

# La prevención es la revolución pendiente en salud mental

Prevention is the pending revolution in mental health

JORDI ARTIGUE GÓMEZ

*Psicólogo clínico en el Equipo Clínico de Intervención a Domicilio (ECID) Badalona. Profesor asociado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona. Presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría - Profesionales de la Salud Mental.*

*Correspondencia: jordiartigue@gmail.com*

QUISIERA AGRADECER al equipo editor de la revista la oportunidad que me ofrece de expresar mi opinión sobre un tema controvertido pero necesario como es el de la prevención. Desde el año 2007 se sabe, gracias al Instituto de Economía de la Salud Mental de Londres (1), que el coste directo e indirecto que genera una persona con trastorno mental grave, como la esquizofrenia, es superior a los 60.000 € cada año. Con solo reducir la transición hacia este trastorno mental grave en 5 personas al año ya podríamos financiar un equipo de prevención del riesgo de psicosis para una población aproximada de 200.000 habitantes. No hablo de un programa, hablo de un equipo específico, dedicado a este fin.

Sin embargo, la tendencia en nuestro sistema de salud mental no es esta. Es ampliamente conocido e investigado que la psicosis es un trastorno multifactorial donde la epigenética juega un papel importante. Los estudios y metaanálisis sobre factores de riesgo y señales de alarma de este tipo de trastornos son numerosos en Europa y en países desarrollados, también en nuestro entorno (2). La exposición a situaciones adversas durante el embarazo, los sufrimientos obstétricos, las negligencias en la infancia, los abusos sexuales, el maltrato, la violencia, la pobreza y la dependencia de los tóxicos son algunos de los factores de riesgo más prevalentes en este tema (3). Nunca uno aislado puede ser origen de un trastorno tan grave, pero

sí la combinación de varios de ellos junto con determinadas condiciones sociales y una detección tardía de las alteraciones en las relaciones y los vínculos que genera el trastorno en sus fases iniciales.

Ese inicio insidioso, larvado, se puede captar si hacemos prevención. Todo el mundo acepta que, por ejemplo, en la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), e incluso antes, se debería educar sobre hábitos alimentarios porque es una buena forma de prevenir la anorexia u otros trastornos de conducta alimenticia. Sin embargo, hablar sobre hábitos de salud mental saludables es difícil de abordar en los institutos, pese a los buenos resultados obtenidos en las experiencias que se han podido desarrollar (4).

Detectar precozmente un trastorno en salud mental debería ser un objetivo prioritario del sistema de salud. Pero para eso debemos salir de los despachos, debemos salir a la comunidad, establecer lazos y puentes con el sistema de atención primaria de salud, con el sistema educativo, con el sistema de servicios sociales y con el sistema de protección a la infancia. Establecer vínculos, no únicamente reuniones informativas. Ponernos al servicio de y no generar más trabajo a otros sistemas ya suficientemente tensionados. Si hacemos prevención en escuelas e institutos, si trabajamos con profesores y familias, pocos casos se nos van a escapar.

La prevención y detección precoz del trastorno mental es la gran olvidada. Lógico, en parte, porque los servicios de salud mental están saturados y más después de la pandemia. Hay que invertir para colocarnos en la media europea de ratios de profesionales por habitante. No puede ser que nuestro PIB ocupe el cuarto puesto en Europa (5) y la ratio de profesionales de salud mental siga siendo de las más bajas, con 6 por 100.000 habitantes cuando en Europa es de 18 (6). Algunos gestores responden ante esto que no se puede dar más dinero sin una finalidad específica. Un planteamiento a mi parecer erróneo cuando, en determinados territorios, los centros de salud mental infantil (CSMIJ) están pudiendo atender, con una media de solo 7,9 visitas al año, una cada mes y medio (7). Estas cifras son profesionalmente dolorosas cuando los trabajadores de los servicios públicos sabemos y leemos que cualquier enfoque terapéutico, independientemente del modelo teórico que lo acompañe, tiene éxito cuando se puede aplicar con alta intensidad de visitas. Me refiero a cambios perdurables.

Redimensionar los servicios de salud mental es importante. Piensen los lectores que el planteamiento finlandés denominado “*Open Dialogue*” surge de esta circunstancia, una reordenación en cuanto a la dimensión de población atendida. Bueno, de ahí y de un planteamiento y modelo asistencial entonces revolucionario (8). Pero vamos a pensar en prevención. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos dice que la primera medida preventiva en salud mental es mejorar la educación de la población y combatir la pobreza. Algo que deberíamos tener en cuenta para

zonas urbanas y no urbanas que acogen a poblaciones marginales, donde estas dos variables condicionan la evolución y maduración de niños y adolescentes, tal y como hemos podido comprobar estudiando la influencia de los factores psicosociales en la incidencia del trastorno mental grave (2). Como profesionales deberíamos ser activos en la promoción de planes educativos y sociales en dichos barrios y mejorar la accesibilidad a nuestros servicios para dichas poblaciones.

El primer escalón preventivo debería centrarse en los primeros momentos de la vida, es decir, en todo aquello que tiene relación con el embarazo, el parto y el postparto: las complicaciones obstétricas, las depresiones pre y postparto, las dificultades en los inicios de la crianza y el apego inseguro que estas circunstancias generan se pueden detectar fácilmente si trabajamos en atención primaria, en los programas de preparación al parto, con comadronas, servicios de ginecología, pediatras y enfermeras pediátricas. Las enfermeras de estos ámbitos son, en mi opinión, las mejor preparadas para realizar esta tarea preventiva: conocen a las familias, hablan con ellas, acostumbran a tomarse tiempo. Ellas podrían liderar la acción que podría dar un salto cualitativo en la prevención y detección precoz: la asistencia domiciliaria periódica cuando se tiene un bebé, al estilo de lo que ya se realiza en Gran Bretaña.

Desde los servicios que atienden la salud mental de los niños y niñas entre 0 y 4 años, los centros de desarrollo infantil y atención precoz (CDIAP, aunque su denominación varía según el territorio), se podría fomentar esta tarea con grupos de reflexión con dichas enfermeras, siguiendo el modelo de los grupos Balint. Incluso proponiendo la técnica de observación terapéutica de bebés a domicilio en aquellos casos en los que peligre el establecimiento de un vínculo seguro. Los CDIAP en aquellos territorios donde existen son un buen ejemplo de atención e integración de la salud mental en la vida cotidiana del infante, al realizar una atención global, integral, no parcializada en profesionales “psi”. Son interesantes las diversas realidades existentes en torno a la interconsulta pediatría–CDIAP–CSMIJ (algunas denominadas “unidades funcionales”), porque cuando es ágil detecta y trata precozmente problemas graves de vinculación y apego en la primera infancia, ya que dichos problemas se manifiestan en retrasos madurativos que sí que se detectan con mayor facilidad en los servicios de pediatría. Por ejemplo, en una buena parte de los retrasos de adquisición del lenguaje existen alteraciones vinculares importantes que se pueden tratar y que van a condicionar, si no se tratan, la evolución del síntoma.

Señalar también la necesidad de que los y las progenitoras puedan pasar “más tiempo con los hijos”, título de un conocido *blog* que reivindica precisamente eso. Así, quizás, algunos o algunas, si lo necesitan, podrían acudir a los grupos de ayuda a la crianza para madres y padres, que son un buen ejemplo de actividad preventiva de la cual las personas que han participado siempre comentan elogios. Existen múl-

tiples técnicas ya contrastadas para la ayuda a la crianza, pero la sensación es que a los profesionales les falta tiempo para aplicarlas por la infradotación de personal.

Un segundo escalón o ámbito donde centrar las políticas preventivas en nuestro país es la enseñanza secundaria obligatoria (ESO). Existen una serie de razones que justifican centrarnos en este período. La primera es que en esta etapa coinciden todas las personas de la comunidad, independientemente de su origen e intereses y es la última donde coincidirán y donde se pueden aplicar políticas preventivas universales. Posteriormente unos seguirán formaciones diversas y otros se incorporarán al mundo laboral. La segunda es que la edad de 12 a 15 años se considera edad de riesgo en el inicio de los trastornos de salud mental más graves. La tercera es que los grupos clase son un observatorio de relaciones sociales inigualable. La cuarta y última es que los profesionales de la educación, sensibilizados, tienen un sexto sentido y, preguntados, son capaces de detectar el sufrimiento mental en vivo y en directo, incluso antes de que se acuda a un servicio de salud mental.

Equipos con capacidad preventiva podrían desarrollar acciones que, aunque inespecíficas de un trastorno concreto, sensibilizasen a docentes y alumnos sobre la necesidad de tratar y ser tratados cuando aparecen signos de alteraciones emocionales. Acciones para desarrollar con el grupo clase, en espacios de tutoría o en espacios específicos, respetando las organizaciones de cada centro educativo. Pero siempre en grupo, ya que este es un lugar de convivencia donde se generan y se manifiestan conflictos. Nuestra experiencia nos lleva a afirmar que la capacidad preventiva del grupo es enorme, siempre que demos la voz a los y las adolescentes. Con un buen estímulo inicial se pueden abordar temas como el maltrato, el acoso, la violencia intrafamiliar, el estigma, el conflicto entre profesores y alumnos, el significado de un trastorno mental, cómo ayudar a una persona con él, que es vivir con una persona con trastornos y así un largo etcétera de temas que surgen de forma improvisada.

Existen múltiples experiencias y quizás sea el momento de analizar, debatir e implantar algunas de ellas haciéndolas extensivas a toda la población de la ESO. Es interesante en este ámbito contar con los testimonios y organizaciones en primera persona, donde la proximidad de las vivencias las convierte en un recurso facilitador del diálogo.

Seguro que más de un lector está pensando en otros ámbitos preventivos que aquí no se han nombrado y seguro que tiene razón. Ojalá un día se pueda debatir sobre ello. Aquí tan solo quería sensibilizar sobre un déficit de nuestro sistema de salud mental y sobre la rentabilidad que, a todos los niveles, tendría abordar el tema de la prevención en nuestra sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Mangalore R, Knapp M. Cost of schizophrenia in England. *J Ment Health Policy Econ.* 2007;10(1): 23-41.
- (2) Tizón JL, Ferrando J, Artigue J, Parra B, Parés A, Gomà M, et al. Neighborhood differences in psychoses: prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona. *Schizophr Res.* 2009;112(1-3):143-8.
- (3) Sonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *J Am Acad Pediatr.* 2012;129:232-46.
- (4) Artigue J, Manzano A, Oriol A, Martínez, M, Gassó, JM, Franquesa A, et al. Taller de sensibilización en salud mental: una experiencia de prevención con adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente* 2013; 55:31-6.
- (5) Expansión. Datos macro. [Citado 31 de octubre de 2022]. España. Disponible en: <https://datosmacro.expansion.com/paises/grupos/union-europea>
- (6) Remacha B, Ordaz A. Un informe muestra las carencias de España en salud mental: hay tres veces menos psicólogos que la media de Europa. 30 de Enero de 2020. *elDiario.es* [Internet]. [Consultado el 31 de Octubre de 2022]. Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/defensor-pueblo-sanidad-psicologos-habitantes\\_1\\_1053594.html](https://www.eldiario.es/sociedad/defensor-pueblo-sanidad-psicologos-habitantes_1_1053594.html)
- (7) Observatori dels drets de la infància. Departament de Drets Socials. Generalitat de Catalunya. Barcelona 2022.
- (8) Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J. The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 2011;3(3):192-204.