

G.H.M.M. (Sineke) ten Horn

NUEVAS TENDENCIAS EN LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL ¹

RECENT TRENDS IN MENTAL HEALTH RESEARCH

■ RESUMEN

Debido a que el modelo de atención en salud mental ha cambiado desde una orientación hospitalaria a una comunitaria, la orientación de los investigadores ha cambiado también. La nueva tendencia es investigar prestando mayor atención a la prevención, la cronicidad, la colaboración entre salud mental y atención primaria, y el entorno de los sujetos en estudio.

Palabras clave: Programa de investigación «Fuerza del Espíritu» en Países Bajos; trastornos depresivos; psicosis esquizofrénicas; calidad del servicio; pautas multidisciplinares.

■ SUMMARY

Because the orientation in mental health care changed from hospitalbased to communitybased, the orientation of researchers had to change as well. The new tendency is research with more attention paid to prevention, to chronicity, to the collaboration between mental health and primary health care and the involvement of users in research.

Key words: Research program «Brainpower» in the Netherlands; depression; schizophrenia; quality of care; multidisciplinary guidelines.

1 Este artículo es una versión de una ponencia en Jornadas de SESPA, Principado de Asturias, Oviedo 29 de abril de 2003

■ INTRODUCCIÓN

En la actualidad, podemos señalar cuatro futuras tendencias en la investigación en salud mental:

1. Más atención para la orientación preventiva;
2. Más atención para la colaboración entre la psiquiatría y la asistencia primaria para mejorar el tratamiento de la depresión;
3. Más atención para la cronificación de los pacientes con esquizofrenia y con doble diagnóstico;
4. Más atención para encauzar a los usuarios en la investigación.

Por haber cambiado el modelo de atención, la orientación de los investigadores ahora es también diferente. Ilustraré estas nuevas tendencias por medio de una selección de ejemplos de investigaciones holandesas y algunos estudios internacionales.

■ FOMENTAR LA ORIENTACIÓN PREVENTIVA EN SALUD MENTAL

El modelo de atención basado en la comunidad fomenta una orientación preventiva, más que el modelo institucional anterior. La meta última es buena calidad de salud, también de salud mental, para la mayor parte de gente posible. Particularmente, la infancia es un periodo importante para la orientación preventiva. Conociendo posibles factores de riesgo, una intervención preventiva podría reducir la incidencia de trastornos mentales. Por eso, podemos tener ahora mayor interés en la investigación epidemiológica. La epidemiología psiquiátrica en la infancia puede facilitar referencias o enlaces para detectar e identificar a personas vulnerables, tomar medidas preventivas de patologías en general y/o usar medidas profilácticas para prevención de patologías especiales.

Aún son escasamente conocidos los mecanismos etiológicos responsables del desarrollo de trastornos de internalización y de externalización y también se sabe poco de los mecanismos responsables de la cronicidad, una vez que los problemas han surgido.

Por eso, en Holanda, se han empezado dos grandes investigaciones complementarias de población de 0-20 años: «Generation R» y «TRAILS». Son investigaciones epidemiológicas para realizar durante los diez próximos años y forman parte del programa «Fuerza del espíritu» (1). Generation R (2) es una cohorte prospectiva de 10.000 recién nacidos (bebés) de diferentes orígenes étnicos en Rotterdam. «Trails» (Tracking Adolescents Individual Lives Survey) (3) es una cohorte prospectiva de 2.250 niños de 10 años en las tres provincias del norte de Holanda. El estudio se completa con una cohorte de 600 pacientes de 10 años o más, que están en contacto con los servicios de salud mental.

Este programa ofrece la posibilidad única de investigar las relaciones entre el conjunto de factores biológicos (también genéticos), psicológicos y sociales en el origen de la psicopatología de internalización y de externalización. Completando los datos de las entrevistas se utilizan en estas dos grandes investigaciones epidemiológicas datos de los registros de casos psiquiátricos de Rotterdam y de Groningen.

■ MEJORAR LA COLABORACIÓN ENTRE LA PSIQUIATRÍA Y LA ASISTENCIA PRIMARIA

Los pacientes depresivos tienen un importante «peso» en el conjunto total de pacientes que consultan en atención primaria o en psiquiatría. Por un lado, los médicos de cabecera algunas veces tienen dificultades para detectar una depresión o el riesgo de suicidio o autogresión. Por otro lado, los médicos de familia igualmente derivan pacientes a psiquiatría de forma innecesaria (4).

En estas dos observaciones se basaba una de las recomendaciones del estudio de la calidad asistencial de la depresión en España de 1997: «A la vista de las evaluaciones que hacen tanto los médicos como los pacientes y sus propuestas de mejora, parece claro que las actuaciones deben dirigirse hacia una formación continuada de los médicos de atención primaria que incluya los capítulos de detección, diagnóstico, indicaciones terapéuticas y guía de recursos asistenciales para conocer mejor las manifestaciones de la depresión, lograr una actitud profesional y personal más segura en este terreno, evitando derivaciones al especialista que no son necesarias por su gravedad» (5).

Pero en la mayoría de estos estudios solamente disponemos de datos obtenidos de un solo nivel asistencial y en un determinado momento. En el programa de investigación «NESDA» (Netherlands Study on Depression and anxiety) (6) los datos de 3.000 pacientes con depresión y/o ansiedad, provenientes, una parte de la población, otra de la atención primaria y una tercera de los servicios de salud mental, se recogerán inicialmente y, a posteriori, al primer, tercer, sexto y noveno año. NESDA es también parte del programa «Fuerza del espíritu».

De esta manera se espera:

- investigar los atributos predictivos de los factores demográficos, psicosociales, clínicos, genéticos y biológicos en el origen, la continuación y las consecuencias del trastorno depresivo (7, 8).
- evaluar durante un periodo largo de tiempo:
 - los actos de los profesionales en los diferentes niveles de asistencia
 - los resultados de las intervenciones a partir de «casos control»(RCT's) para:
 - a. mejorar la calidad de asistencia
 - b. prevenir la cronicidad.

En este programa de investigación de 10 años de duración, van a colaborar intensivamente diferentes universidades, servicios de salud mental y grupos de médicos de cabecera y asociaciones de usuarios de distintas partes de Holanda. También es una colaboración prolongada entre grupos académicos y centros de salud (primaria y mental) comunitarios.

■ MÁS ATENCIÓN PARA LA CRONIFICACIÓN Y DOBLE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico más frecuentemente asignado corresponde al de esquizofrenia y estados paranoides, por ejemplo en el 45% de los internados en el hospital psiquiátrico de Oviedo en 1986. Para el 94% de estos pacientes el tiempo acumulado de internamiento era mayor de 5 años (9). Pero el número de camas en el hospital psiquiátrico ha disminuido (por ejemplo, en Asturias de 666 en 1985 hasta 146 en 1999) (10), y en la actualidad quedan muchas menos, (menos de 40 pacientes).

Todavía la duración de la atención para las psicosis es larga. Desde el punto de vista de los profesionales, la capacidad de respuesta de los servicios sociales u otros recursos alternativos, como los de rehabilitación y la capacidad de los servicios de salud mental en general, no es suficiente. Está claro que los profesionales abogan por el desarrollo o implantación de un programa específico para estos pacientes con trastornos mentales severos y recomiendan la continuidad en la investigación de los resultados. Sabemos que, poco a poco, los estudios epidemiológicos pueden ayudar a comprender cada vez más el proceso de la cronificación.

Para estos profesionales un estudio de esta importancia, como el de Holanda, puede ser de gran interés.

Por primera vez cuatro centros académicos y todos los servicios de salud mental de las distintas áreas comienzan juntos una investigación, que también forma parte de «Fuerza del espíritu».

Es una investigación de:

1. 1000 pacientes con primer episodio de psicosis en los 3 próximos años;
2. 350 hermanos y hermanas;
3. 350 padres;
4. 350 personas «de control».

Se llama el primer grupo, el de los pacientes, «NACTAR» (National Cohort for Treatment and Aetiological research) y los otros tres grupos juntos «NIRP» (National cohort of Individuals with Resilience for Psychosis) (11).

Excepto el grupo de padres, todos serán investigados de nuevo después de 3 y 6 años, y los pacientes además también después 1.5 y 4.5 años. De esta manera es posible probar hipótesis sobre la correlación dinámica durante algún tiempo entre factores protectores y factores de riesgo que dan motivo a necesitar ayuda, y sobre la

variación genética que influye en esta correlación. De igual forma, cuestiones en relación de migración (de turcos y marroquí) son investigadas.

Esta investigación debe servir contemporáneamente para evaluar de forma sistemática la práctica de los tratamientos, para mejorar la red, y para evaluar, posteriormente, los resultados de la mejora. La co-morbilidad recibirá atención especial: particularmente la relación entre psicosis y dependencias (12,13).

Otro estudio de interés para los profesionales puede ser MECCA (14). Éste es un estudio internacional, un RCT, para conocer el efecto de trabajar ambulatoriamente de un manera adecuada con pacientes crónicos-psicóticos. En él, desde el año 2002 hasta el 2005 participan las universidades de Londres, Mannheim, Lund, Zurich, Granada (F.Torres Gonzalez) y Groningen.

Encauzar a los usuarios en la investigación de la evaluación

Durante los años noventa incluir a los usuarios en la investigación es una tendencia creciente. Particularmente, al investigar la calidad en la salud mental y en la atención primaria, el punto de vista de los usuarios es indispensable en la actualidad (15,16).

Podemos decir que los servicios sanitarios son responsables de ofrecer una atención ajustada al usuario, que responda a una necesidad y que sea eficaz (la eficacia), efectiva (la efectividad) y eficiente (la eficiencia). Los servicios tienen la obligación de desarrollar planes de cuidados justificados. Desde el punto de vista de la emancipación deben hacer participar a los pacientes en el desarrollo de estos planes de cuidados y también en la ejecución. Los servicios necesitan publicar anualmente los resultados, incluso realizar memorias de las prestaciones y de las reclamaciones (17).

Estas nuevas nociones traen consecuencias importantes cuando consideramos la investigación de la calidad del tratamiento y cuidado.

Podemos evaluar la calidad a tres niveles distintos:

1. a nivel individual: de la relación entre el cliente y el profesional;
2. a nivel de la organización: del consejo de usuarios y del servicio; y
3. a nivel del ejercicio profesional: de las asociaciones de usuarios y de los profesionales.

Antes, en la investigación de la calidad se trataba sobre todo de conocer la opinión de los usuarios a nivel de la organización. Con un sistema de quejas y reclamaciones o mediante encuestas, por ejemplo, era posible conocer la calidad del servicio desde el punto de vista de los usuarios (18). Ahora esto ya no es suficiente. Es muy importante conocer la opinión de los usuarios a nivel individual y a nivel de las asociaciones de los profesionales, y, además, dar las posibilidades a los usuarios de influir en la investigación de la calidad de la prestación de cuidados en los tres niveles:

1. A nivel individual

A este nivel, por ejemplo, el plan de tratamiento o cuidado individual y la entrevista de alta son dos fuentes de información.

Para hacer un plan de tratamiento, el usuario y el profesional (médico, psicólogo u otro) fijan juntos los objetivos para el tratamiento. Serán objetivos fundamentados en el diagnóstico y pronóstico por un lado, y en la perspectiva y las necesidades del paciente por otro. Si es necesario se priorizan los objetivos, y, posteriormente, se llevarán a cabo la estrategia, el programa y las actividades. Por último, los resultados son evaluados con ayuda de criterios previamente acordados.

Todo esto quedará reflejado en el plan terapéutico individual. En función de los resultados se adaptará el plan o se dará por finalizado. Por eso, los planes de tratamiento no solamente favorecen la participación de los usuarios en sus tratamientos, sino que también son una buena fuente de información para los investigadores.

Al investigar los planes de tratamiento individual Van der Hijden (19) señala que a mayor participación del usuario en la elaboración del plan, más positiva es su opinión sobre la calidad del tratamiento. Señala también que los pacientes difieren a veces de los profesionales en la primera elección de objetivos. Cuanto más participa el paciente en la definición de los objetivos, mayor es la motivación y, por lo tanto, aprecia el tratamiento de forma más positiva.

2. A nivel de la organización

La satisfacción de los pacientes con el tratamiento, como acabo de decir, es una medida de evaluación pero hay otros instrumentos extensos para medir la calidad de la organización desde el punto de vista de los usuarios. También para evaluar a este nivel la calidad de la atención primaria para usuarios con problemas psíquicos hay actualmente instrumentos (20). Un instrumento para investigar la calidad a nivel de la organización puede incluir diferentes aspectos como el acceso, la seguridad, la coherencia y permanencia del servicio, la competencia y la conducta de los colaboradores y las referencias de la salud mental a la atención primaria y al inverso.

Desde la perspectiva del paciente, los aspectos importantes para valorar pueden ser otros que desde las perspectivas del personal, del servicio, de las compañías de seguros o de la sociedad. Por ley, en Holanda, en cada servicio sanitario el consejo de pacientes toma parte en la elección de los instrumentos y métodos para evaluar la calidad del servicio. Por ejemplo, el consejo puede querer datos de un registro de casos psiquiátricos sobre el porcentaje de ingresos, reingresos o ingresos involuntarios (21) para compararlos con otras áreas u otros años.

Otro método creciente utilizado en Europa es hacer una visita al servicio. Grupos de usuarios de un servicio visitan otro servicio durante uno o más días. El método que se utiliza es comparable con el «Peer Review» de los profesionales (22) o con «Rapid evaluation methods» (23).

Los usuarios valoran la calidad del servicio comparándolo con la de otros servicios. Utilizan esquemas de observación y criterios definidos, desarrollados por una asociación nacional de consejos de pacientes (24). Hablan con los usuarios y los profesionales del servicio que visitan y realizan una memoria con un juicio cuantitativo y cualitativo de la calidad del servicio desde la perspectiva del paciente. Como a nivel individual, en el que la evaluación puede conducir a la adaptación del plan individual, esta memoria u otras valoraciones, a nivel de la organización, pueden conducir a adaptaciones en el servicio. De todas formas, en Holanda, el servicio debe publicar los resultados.

Recientemente la asociación de pacientes con psicosis esquizofrénica «Anoiksis», la asociación de las familias de estos pacientes «Ypsilon» y los profesionales, comenzaron a desarrollar de forma conjunta instrumentos y criterios específicos para valorar la calidad del cuidado en las psicosis esquizofrénicas dentro de los servicios.

3. A nivel de los profesionales

Asociaciones de profesionales de diferentes países conocen desde hace muchos años el «Medical Audit» (Auditoría Médica) y el «Peer Review». Además, han desarrollado pautas y líneas de orientación para atender a grupos específicos. Las pautas de la Asociación Psiquiátrica de América (25) son muy conocidas. Con estas pautas los psiquiatras intentan garantizar de la mejor manera posible las condiciones profesionales, para dar buena calidad en el tratamiento. Por eso, los resultados de muchas investigaciones son utilizados para desarrollar estas pautas.

En Holanda, desde el año 2001, los psiquiatras han comenzado a desarrollar pautas multidisciplinarias junto con los médicos de cabecera, los psicólogos, los psicoterapeutas, las enfermeras y otros profesionales, para grupos de determinados diagnósticos.

En este momento, existen seis pautas de tratamiento para:

- Trastornos Depresivos
- Trastornos de Ansiedad
- Las Psicosis Esquizofrénicas
- Trastornos de la Personalidad
- Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
- Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Seguirán para otros grupos diagnósticos.

Profesionales y pacientes deben trabajar con estas pautas en las decisiones sobre el tratamiento, como he mencionado anteriormente en el nivel individual. Es por eso por lo que, en este nivel, los pacientes también participan en el desarrollo de las pautas (26).

Una comisión, en la que están representadas 15 asociaciones de pacientes (y familias) -yo soy presidente independiente de esta comisión- ha hecho un «Checklist», una lista con criterios para analizar el contenido de las pautas. Criterios como por ejemplo: ¿Tiene la pauta recomendaciones claras sobre qué investigaciones, qué métodos e instrumentos son necesarios en la atención primaria y cuáles en la salud mental para este grupo específico?

Otro ejemplo, para analizar el texto de la pauta sobre el tratamiento: ¿Tiene la pauta recomendaciones sobre cómo relacionarse con formas alternativas de provisión de ayuda? Representantes de las asociaciones de pacientes específicos participan en los grupos multidisciplinares que desarrollan las pautas para cada uno de los seis grupos diagnósticos dichos.

Para las pautas, el conocimiento científico es importante y también las experiencias de los profesionales y de los usuarios (27,28). Los representantes utilizan datos de sus investigaciones y de las experiencias de los pacientes con sus tratamientos. En 2003 esperan que las primeras pautas estén preparadas. Y, naturalmente, después de trabajar algunos años con ellas es necesaria una evaluación.

■ DISCUSIÓN

Al haber cambiado el modelo de atención, la orientación de los investigadores ahora es también diferente. Los estudios son más epidemiológicos, dirigidos a poblaciones generales y a pacientes en la asistencia primaria junto con pacientes en la salud mental con un mayor interés en la orientación preventiva en vista a mejorar la atención.

Hemos visto ejemplos de estudios con una orientación preventiva para reducir la incidencia de trastornos mentales en la infancia o reducir la cronificación de los pacientes con esquizofrenia, ejemplos de estudios sobre la colaboración entre la asistencia primaria y los servicios de salud mental para tratar la depresión y mejorar el tratamiento de los pacientes con psicosis o con doble diagnóstico.

De todos modos, la participación de los pacientes se incluye, ahora también, en el campo de la investigación. Los pacientes participan no solamente como objetos de investigación, sino también eligiendo los temas de estudio y utilizando los resultados de las investigaciones como, por ejemplo, en el desarrollo de las pautas, las recomendaciones de mejora y cambios en la atención de salud (mental y primaria).

■ BIBLIOGRAFÍA

1. Geestkracht, www.zonmw.nl, 2003.
2. «La Voz de Asturias (2000). Sobre el Plan estratégico de salud mental de Asturias», *La Voz de Asturias*, 21 de Diciembre de 2000: 39.

3. Juste, S.A.Q.F., *La calidad asistencial de la depresión en España*, Madrid, NILO Industria Gráfica, S.A., 1997.
4. Sartorius, N. et al, «Depression comorbid with anxiety: results from the WHO-study on psychological disorders in primary health care». *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168 (suppl.): 38-43.
5. Wittchen, H-U et al, «Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study». *Acta Scandinavica Psychiatrica*, 2000, 102 (suppl. 406): 14-23.
6. Jordá Moscardó, E. et al, Estudio de los pacientes de larga estancia internados en ocho hospitales psiquiátricos españoles. En: Espinosa, J., coordinador, *Cronicidad en psiquiatría*, Madrid, AEN, 1986, Nº 6: 121-236.
7. Sespa, *Plan estratégico para el desarrollo de los servicios de salud mental 2001-2003*, Principado de Asturias, Oviedo, 2000.
8. Van Os, J. et al, «Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study», *American Journal Epidemiology*, 2002, 156: 319-327.
9. Horn, G.H.M.M. ten, *A magic eye in mental health care: a matter of good tuning and steering*, 2nd European Conference on quality in mental health care, Barcelona, 19-21 November 1998.
10. Horn, G.H.M.M. ten, *La calidad del tratamiento en salud mental y atención primaria desde el punto de vista de usuarios: pautas y trabajo de sastre*. Simposium «La calidad en salud mental: un reto permanente», El 25 Aniversario del hospital universitario Reina Sofía, Córdoba, 15 de Octubre de 2001.
11. Bravo Ortiz, Fe et al (coord.), *Hacia una atención comunitaria de salud mental de calidad*, Madrid, AEN, 2000: 90.
12. Aparicio Basauri, V., Evaluación de los servicios de salud. Conceptos y componentes. En: Aparicio Basauri, V. (coord.)
13. Hijden, E.J.E. van der, *Negotiating is not the central issue. Client participation in methodic rehabilitation in Sheltered Housing and the effects on satisfaction*, Amsterdam, Thela thesis, 1998.
14. Sixma, H.J., «Quality of care from the patients perspective; the empowerment of patients organisations», *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1999, 32-2 (supplement): 41.
15. Horn, G.H.M.M. ten, Giel, R.Gulbinat, W.H., Henderson J.H. (eds.), *Registro de casos psiquiátricos en salud pública: un inventario mundial 1960-1985*, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1989.
16. Berrios, G.E., «Evaluación de servicios de salud mental». *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 1991, vol. XI, 37: 87-92.
17. Anker, M., Guidotti, R.G., Orzeszyna, S., Sapirie, S.A., Thuriaux, M.C., «Rapid evaluation methods (REM) of health services performance: methodological observations», *WHO-bulletin*, 1993, vol. 71: 15-21.

18. Rijkschroeff, F., Winants, B., *Handleiding bewoners-raadpleging/visitatie in de sector beschermd wonen. Een systeem van kwaliteitsbeoordeling vanuit bewonersperspectief*, Utrecht, IGPB, 1996.
19. American Psychiatric Association Internet-site: <http://www.psych.org>.APA, 1998.
20. Franx, G., «Formulieren van richtlijnen in de GGZ», *Deviant*, 2001, 30: 16-17.
21. Bastian, H., «Raising the standard: Practice guidelines and consumer participation». *International Journal for Quality in Health Care*, 1996,8, n° 9: 485-490.
22. Wersch van A. & Eccles M., «Involvement of consumers in the development of evidence based clinical guidelines: practical experiences from the North of England evidence based guideline development programme», *Quality in Health Care*, 2001, 10: 10-16.

E-mails de contacto:

1. Verhulst (Generation-R): Verhulst@psys.azr.nl
2. Ormel (TRAILS): J.Ormel@med.rug.nl
3. Dyck van (NESDA): richard@ggzba.nl
4. Kahn (NACTAR y NIRP): r.kahn@azu.nl
5. Van Os, J (NACTAR y NIRP): j.vanos@sp.unimaas.nl
6. Wolters, K (MECCA): k.j.k.wolters@med.rug.nl

G.H.M.M. (Sineke) ten Horn
Socióloga independiente

Correspondencia:

Dr. G.H.M.M. (Sineke) ten Horn
Nico Rostlaan 5
9721 ZN Groningen
Los Países Bajos
Tel: +31 50 5257917
Email: Sineke.tenhorn@planet.nl