
Opiniones de los profesionales sanitarios acerca de la definición de trastorno mental grave

Opinions of healthcare professionals on the definition of severe mental illness

J.A. Martínez Larrea

Sr. Director:

He leído con mucho interés el estudio cualitativo sobre las opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición del trastorno mental grave publicado en su revista¹. Como bien señalan los autores el concepto de trastorno mental grave se desarrolla como una herramienta para la mejor gestión y organización de los recursos de salud mental, facilitando un uso más racional de los mismos en función de las necesidades de los pacientes. Si bien es cierto, como también señalan los autores, que hasta el momento no se han establecido criterios sólidos y uniformes, ni existe un acuerdo internacional que defina un trastorno mental grave, no es menos ciertos que dicho concepto ha estado presente en la planificación estratégica, en la organización y en el funcionamiento de muchos recursos y organizaciones de Salud Mental desde hace casi 40 años.

En Navarra el concepto se incluye por primera vez en las memorias de salud mental de 1998 y se mantiene hasta la actualidad². Es un momento en el que se intenta reorganizar la asistencia en los centros

de salud mental, trascendiendo el mero diagnóstico clínico utilizado hasta ese momento. Los motivos eran evidentes. La necesidad de priorizar la atención de determinados perfiles de pacientes, facilitando su acceso y mejorando su frecuentación de los centros de salud mental ante una tendencia cada vez mayor a incrementar la atención de personas con trastornos mentales menos graves o incluso sin diagnóstico de trastorno mental que accedían de forma indiscriminada al sistema especializado de atención en salud mental. Esto se unía a un desarrollo de la red de salud mental extrahospitalaria ya entonces notable y unas prácticas de asistencia que primaban la retención de los usuarios, con escasez de altas en todo tipo de pacientes sin discriminar importancia o gravedad de los mismos. Ya entonces, muy lejos aún de los tiempos de la actual crisis, no se contemplaba la posibilidad de un crecimiento de los recursos de salud mental paralelo al incremento de la demanda por lo que se exigía una estrategia de cambio ante el riesgo evidente de perder calidad en la atención, sobre todo de las personas con afectaciones más graves.

An. Sist. Sanit. Navar. 2015; 38 (1): 145-151

Correspondencia:

J.A. Martínez Larrea
Director de Salud Mental.
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Plaza de la Paz, s/n. 2ª Planta
31002 Pamplona (Navarra)
Email: amartinl@cfnavarra.es

En esta primera fase se optó por una agrupación diagnóstica amplia de lo que en Navarra se consideró Trastorno Mental Grave (Tabla 1). Comparando a simple vista los datos de actividad de la Red de Salud Mental de Navarra en 1998 y 2013 podemos concluir que, al menos parcialmente, los objetivos se están cumpliendo. Los pacientes con trastorno mental grave atendidos en la red de salud mental superan a los pacientes con trastorno mental menos grave pese a que la demanda de primeras consultas a la red de salud mental sigue siendo mayor para trastornos mentales menos graves (Fig. 1).

Tabla 1. Diagnósticos incluidos en el programa de trastornos mentales graves de Navarra, 1998.

T. mentales orgánicos
Esquizofrenia
T. paranoide
T. afectivos
Otros trastornos psicóticos
Tentativa de suicidio
Agorafobia con angustia
T. Obsesivo-compulsivo
T. Personalidad
T. conducta alimentaria
T. generalizados del desarrollo
Retraso mental

El concepto de trastorno mental grave ha sido clave también en la Comunidad Foral de Navarra para la planificación y desarrollo del Programa de Atención al Trastorno Mental Grave³ que ha desarrollado desde el año 2005 una amplia oferta de recursos residenciales y rehabilitadores, laborales y de apoyo comunitario en el entorno social y sociosanitario específicos para este perfil de pacientes. Este programa fue objeto de valoración por parte de un grupo de expertos utilizando metodología Delphi que fue publicado en esta revista⁴. En 2010 el programa fue revisado y se precisó el concepto de trastorno mental

grave redefiniendo los grupos diagnósticos priorizados, el niveles de discapacidad o dependencia y una duración de al menos 2 años⁵.

Para seguir progresando me parecen de extraordinaria importancia las conclusiones del trabajo publicado. Coincido plenamente en la limitada utilidad del criterio diagnóstico clínico y en especial del tiempo de evolución como determinantes de la definición de un trastorno mental grave. Del mismo modo resulta cada vez más evidente la centralidad que el criterio disfunción o discapacidad está tomando en la planificación de los recursos y la asistencia a personas con trastornos mentales. El diagnóstico y el tiempo son factores indicadores de riesgo de padecer una mayor afectación funcional y de que dicha afectación funcional resulte en mayor o menor medida irreversible. Algo tenemos que aprender en el entorno sanitario de los desarrollos realizados en el área de los servicios sociales. Para los servicios sociales es el grado de discapacidad o dependencia el que se asocia al derecho garantizado de una prestación asistencial en función de las necesidades e independientemente del diagnóstico o tiempo de evolución.

También es cierto que ha sido en el ámbito de los servicios sociales donde el criterio de ausencia o existencia de una red de apoyo familiar y/o social se ha introducido no como mecanismo específico de definición de un trastorno mental grave, sino de priorización de la atención por parte de los recursos públicos ante la existencia de recursos limitados.

Muchas son las variables que se pueden relacionar con la gravedad de un trastorno mental grave y teniendo en cuenta nuestro conocimiento de las mismas es tiempo ya de avanzar en la aplicación de tecnologías que nos permitan una más adecuada clasificación de los pacientes en función de sus necesidades contemplando toda esta diversidad de variables. Los modelos de estratificación o segmentación de la población⁶, ampliamente desarrollados en el campo de la salud como pilar fundamental de las estrategias de atención a pacientes crónicos, pueden ser perfectamente apli-

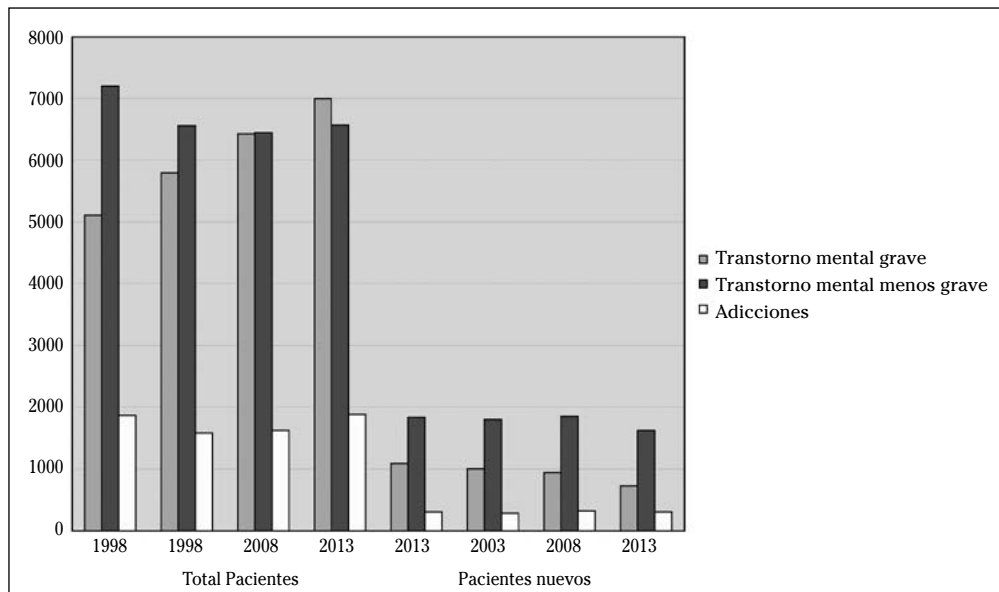


Figura 1. Pacientes menores de 16 años atendidos en los centros de Salud Mental de Navarra. 1998 y 2013 (Datos de las memorias).

cables en nuestro campo. Utilizando herramientas de información basadas en minería de datos podremos identificar colectivos homogéneos de pacientes con patrones de necesidades y comportamiento similares. Esto nos permitirá la priorización clínica de las intervenciones sanitarias para lograr un mayor impacto en términos de resultados en salud.

Nuestra necesidad principal a corto plazo es que cada profesional asistencial pueda identificar fácilmente a los pacientes con mayor carga de enfermedad y por consiguiente con mayores necesidades asistenciales. Una vez identificados podremos diseñar nuevas modalidades de atención más eficaces y eficientes y medir sus resultados para la salud de los pacientes. A medio plazo, estos sistemas de información pueden facilitarnos la predicción de eventos (ingresos, reingresos, institucionalización, etc.) para poder intervenir precozmente en su prevención. Y a largo plazo pueden ser una herramienta muy útil para la asignación más adecuada de los recursos sanitarios.

Son muchos los aspectos en los que la salud mental ha sido pionera en la organización de la asistencia a los pacientes más graves y crónicos: hospitales de día como alternativa a la hospitalización parcial, desarrollo del espacio sociosanitario, definición de perfiles de pacientes, etc. Ahora tenemos la obligación de seguir siendo pioneros compartiendo nuestro conocimiento y aprendiendo de las aportaciones que nos llegan desde otros ámbitos.

BIBLIOGRAFÍA

1. CONEJO CERO S, MORENO PERAL P, MORALES ASENCIO JM, ALOT MONTES A, GARCIA-HERRERA JM, GONZALEZ LOPEZ MJ et al. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 223-233.
2. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Gobierno de Navarra. Memorias de Salud Mental de Navarra. http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Servicio+Navarro+de+Salud/Publicaciones/Memorias/

3. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Gobierno de Navarra. Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave, 2005. <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1A2478B3-2651-418B-89FA-B24BBA5383C0/152344/PROGRAMATMG.pdf>
4. BRUGOS A, ARBELOA B, ASTRAIN MV, LÓPEZ S, OTERO M, MONREAL C et al. Valoración del programa social de atención a personas con trastorno mental grave: un estudio Delphi. *An Sist Sanit Navar* 2007; 30: 101-112.
5. Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Gobierno de Navarra. Reordenación de Programa Atención a Persona con Trastorno Mental Grave. 2010. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/0B760BA1-ED11-4F9D-B142-7B3683B6FDC0/156092/Informe-Reordenaciondefinitivo1.pdf>
6. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. Modelo de Segmentación. En *Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos 2013*, 67-89. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/

Réplica de los autores

Opiniones de los profesionales sanitarios acerca de la definición de trastorno mental grave

B. Moreno Küstner, C. Quemada, A.I. Masedo

Sr. Director:

El autor Martínez Larrea¹, muestra mucho interés y acuerdo con las conclusiones de nuestra publicación sobre la definición de trastorno mental grave (TGM) a partir de un estudio cualitativo². Una de las aportaciones más interesantes es que plantea un tema de máxima actualidad para los servicios de salud mental y por tanto para la atención a las personas con trastornos mentales graves: la aplicación de tecnologías que nos permitan una adecuada clasificación de los pacientes en función de su gravedad y por lo tanto de sus necesidades de atención. De esta forma cada profesional puede identificar fácilmente a los pacientes con enfermedades más graves y esta información permitirá, diseñar nuevas modalidades de atención, más adecuadas a sus necesidades y medir los resultados (*outcome*) en términos de mejora de la salud de los pacientes³.

Sin embargo, creemos que a pesar del desarrollo de las nuevas tecnologías de la información, una de las mayores carencias que presenta el sistema sanitario en general y el sistema de salud mental en particular es la dificultad de crear información relevante para la práctica clínica, la gestión y la investigación sanitaria⁴. En el ámbito de la salud mental, la situación se agrava debido a la complejidad de los servicios sa-

nitarios y a la disparidad del uso que hacen los pacientes de los mismos. Si nos centramos en los pacientes con trastorno mental grave, existen problemas con la fiabilidad de la recogida de información de estos usuarios por los motivos que a continuación planteamos:

1. El nivel de gravedad no es una situación estática, sino todo lo contrario ya que, al estar basada en la funcionalidad y los síntomas psicopatológicos, es fácil que esta situación cambie. Por lo tanto, el sistema de información debería ser lo suficientemente flexible para permitir recoger esta información de forma acumulativa para poder disponer en cada momento de datos actualizados sin perjuicio de perder la información anterior.

2. Un volumen importante de los pacientes con trastornos mentales graves carece de plena "conciencia de enfermedad". Esta situación implica una dificultad añadida para obtener información fiable sobre su sintomatología, especialmente si esta evaluación se realiza de forma individual. Por lo tanto deben ser los familiares o incluso los profesionales sanitarios (trabajadores sociales, generalmente), los que aportan la información para que el usuario no sea valorado de forma individual y evitar el riesgo de una recogida de información fuera de toda realidad. Esto redundaría en la calidad de los datos de cada paciente.

Correspondencia:

Berta Moreno Küstner
Departamento de Personalidad, Evaluación y
Tratamiento Psicológico
Facultad de Psicología
Campus Universitario Teatinos, s/n
29071 Málaga. España
Email: bertamk@uma.es

3. Otro problema importante de los sistemas de información en salud mental es que en determinadas ocasiones, se pierde información sobre los pacientes porque el paciente ha desaparecido del entorno sanitario. Esta situación puede ocurrir por ingresar en centros penitenciarios o incluso por su fallecimiento. Sin embargo, no tenemos la posibilidad de que el sistema de información se pueda cruzar con otras administraciones ajenas al ámbito sanitario que nos permita un seguimiento de los pacientes.

4. Los sistemas de recogida de datos que utilizan los servicios sanitarios y sociales son, en general, poco sensibles para la valoración del grado de funcionalidad del paciente con TMG. La mayoría de la información que se recoge hace referencia a las dificultades físicas para la independencia y autonomía. Una persona con TMG a veces adolece de la falta de determinada área de funcionamiento, pero no porque no posea las habilidades ni posibilidades físicas para hacerlo, sino porque sencillamente "no lo hace". Esto, hoy por hoy, es aún difícil de valorar.

5. Es habitual registrar en la historia clínica sanitaria del paciente toda la información relativa a alteraciones de la ingesta, la eliminación, de la integridad de la piel... dejando atrás la valoración más específica propia de la salud mental como pueden ser variables sociodemográficas, tipo de convivencia, situación laboral, nivel económico, que se consideran de gran importancia en el ámbito de la salud mental.

A continuación se presentan algunos ejemplos de sistemas de información en salud mental en el ámbito internacional cuyas características van desde los clásicos registros de casos psiquiátricos, los cuales han sido referentes en la investigación de evaluación de servicios de salud mental, hasta las grandes bases de datos clínicas que se han convertido en instrumentos muy útiles para la evaluación sanitaria, a partir de la aplicación de la tecnología de la información⁵.

El registro del caso psiquiátrico de Groningen se está utilizando como un instrumento para la evaluación de los servicios y en algunas demarcaciones se están reco-

giendo medidas de resultados para medir la efectividad de las intervenciones. En la provincia de Verona, al norte de Italia, funciona un sistema de información con las características de los registros de casos psiquiátricos, integrado en el sistema sanitario, con conexión on-line por parte de los profesionales, conectado con el Instituto de Estadística y con capacidad operativa para enviar los datos a los organismos centrales de gestión sanitaria⁶. Un ejemplo de registros de casos monográficos de pacientes con esquizofrenia está el proyecto *MINT (Medical Informatics Network Tool)*, desarrollado en Los Ángeles, cuyo objetivo es ofrecer información sobre medidas de resultados, de forma rutinaria en la práctica clínica, de los pacientes atendidos en los servicios de salud mental⁷. En España, el RESMA (Registro de Esquizofrenia de Málaga de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Regional Universitario Carlos Haya) se creó como un instrumento para identificar los pacientes con trastornos mentales graves y aplicarles un plan de tratamiento individualizado unificando toda la información de la atención a la salud mental en una base de datos⁸. Este registro nos ha permitido identificar variables predictoras del uso de servicios de salud mental así como calcular la prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines en dicha área⁹. Un ejemplo de una gran base de datos clínica es *The SLAM BRC Case Register (South London and Maudsley NHS Foundation Trust)* que tiene como objetivo crear una interface de investigación que facilita bases de datos anónimas. Está formada por el *Patient Journey System* que es un registro unificado y completo con toda la información clínica del paciente al acudir a los servicios del *SLAM*: datos demográficos, fecha de los contactos, derivaciones, plan de tratamiento, medicación, actividades clínicas, evaluaciones clínicas: físicas y mentales, medidas de resultados (HoNoS). El *CRIS (Case Register Interactive Search)* permite búsquedas en campos estructurados como en formato libre como, por ejemplo, un código diagnósticos o una cadena de texto respectivamente¹⁰.

En conclusión, aunque nos encontramos en la era del desarrollo de la tecnología de la información al servicio de nuestra vida cotidiana, en el ámbito de la salud mental en España la aplicación de las nuevas tecnologías no se ha visto concretado de manera eficiente. Este es un nuevo reto para la salud mental en general como bien apunta Martínez-Larrea¹ y debemos aprender de otros ámbitos sanitarios, de otras administraciones públicas españolas, como por ejemplo la Agencia Tributaria⁴ y de otros sistemas de información de salud mental que se están desarrollando en otros países fuera de España. En los servicios de salud mental hay que adoptar sistemas de información integrados debido a la participación de muchos profesionales en la atención sanitaria y a la gran diversidad de servicios, unido al concepto integral de la salud, lo que supone la utilización de procedimientos unificados centrados en los pacientes. Y este es el nuevo reto del sistema de salud mental en general y de la atención a las personas con trastornos mentales graves, en particular.

BIBLIOGRAFÍA

- MARTÍNEZ-LARREA JA. Opiniones de los profesionales sanitarios acerca de la definición de trastorno mental grave. *An Sist Sanit Navar* 2015; 38.
- CONEJO CERÓN S, MORENO PERAL P, MORALES ASENCIO, JM, ALOT MONTES, A, GARCÍA-HERRERA JM, GONZÁLEZ LÓPEZ MJ, QUEMADA GONZÁLEZ C, REQUENA ALBARRACÍN J, MORENO KÜSTNER B. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de Trastorno Mental Grave. Un estudio cualitativo. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 223-234.
- MORENO-KÜSTNER, B a). ¿Por qué no funcionan los sistemas de información en salud mental? Diez requisitos necesarios para su implementación. *Rev Asoc Española Neuropsiq* 2012; 32: 26-36.
- MORENO-KÜSTNER B. La información sanitaria se enreda en la informática. *Gac Sanit* 2011; 25: 342-344.
- MORENO-KÜSTNER B b). Sistemas de información en salud Mental. en: Asean A. (coord.). *Manual de Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental*. Madrid, Edicomplet, S.L.; 2012.
- AMADDEO F. The small scale clinical psychiatric case registers. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 130: 80-82.
- YOUNG AS, MINTZ J, COHEN AN, CHINMAN MJ. A network-based system to improve care for schizophrenia: The Medical Informatics Network Tool (MINT). *J Am Med Inform Assoc* 2004; 11: 358-367.
- MORENO-KÜSTNER B, MAYORAL F, PÉREZ O, GARCÍA JM, ALGARRA J, RIVAS F et al. The Malaga Schizophrenia Case-Register (RESMA): Overview of methodology and patient cohort. *Int J Soc Psychiatry* 2009; 55: 5-15.
- MORENO-KÜSTNER B, MAYORAL F, RIVAS F, ANGONA P, REQUENA J, GARCÍA-HERRERA JM et al. Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients, using multilevel analysis. *BMC Health Services* 2011; 11: 257.
- STEWART R, SOREMEKUN M, PERERA G, BROADBENT M, CALLARD F, DENIS M et al. The South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLAM BRC) case register: development and descriptive data. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 51.

