

Opinión

Replanteamiento de la atención de la salud mental: superar la brecha de credibilidad

Vikram Patel

Las innovaciones en la salud mental mundial se han centrado en abordar las barreras del «lado de la provisión» para reducir la brecha de tratamiento y, al hacerlo así, han redefinido tres supuestos básicos relacionados con la atención de la salud mental, es decir, qué debería incluir una intervención de atención de la salud mental, quién es un profesional sanitario y qué es un servicio de atención de salud mental. Sin embargo, este tipo de innovaciones por sí solas no van a reducir la brecha en el tratamiento en función de la brecha entre el entendimiento del trastorno mental que especialistas en salud mental utilizan, mejor ilustrada mediante los sistemas de diagnóstico y los instrumentos epidemiológicos derivados de ellos, y cómo el resto del mundo conceptualiza el sufrimiento psicológico. Esta brecha de «credibilidad» necesita ser superada de tres maneras: en primer lugar, distinguir trastornos mentales que podrían beneficiarse de intervenciones biomédicas desde estados de ansiedad más leves; ofrecer intervenciones a estados de estrés principalmente a través de intervenciones psicosociales de baja intensidad ofrecidas fuera del sistema de atención de la salud formal y basarse en las descripciones de categorías de diagnóstico en los patrones de fenómenos observados en la población general, más que aquellas observadas en entornos especializados.

Palabras clave: diagnóstico, modelos explicativos, salud mental mundial, brecha de tratamiento

Introducción

La salud mental se ha visto muy influenciada por el concepto de la falta de «tratamiento», es decir, la parte de personas con trastornos mentales en una población que no está en contacto con los servicios ni beneficiándose de tratamientos basados en la evidencia (Patel. 2010). En un intento por reducir esta brecha, ha surgido un número cada vez mayor de modelos innovadores de asistencia a través de una variedad de entornos de recursos bajos que desafían los tres supuestos básicos sobre la atención a la salud mental: qué debería incluir la salud mental, quién es un profesional sanitario y dónde se debería ofrecer la atención de la salud mental. Antes de pasar a la cuestión de la brecha de credibilidad, trataré brevemente cómo las innovaciones que abordan la brecha de tratamiento están redefiniendo cada una de estas premisas.

Redefinir premisas

En primer lugar, consideremos la premisa de qué incluye la atención de la salud mental. Gran parte del discurso sobre la atención de la salud mental se ha centrado en directrices de tratamiento estructurado, mejor ilustrado en *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines*, (Programa de acción para superar las brechas en salud mental) de la Organización Mundial de la Salud, centrándose en los fármacos y las intervenciones psicológicas (Dua et al., 2011). En el centro de estas directrices se encuentra el estatus privilegiado de las categorías de diagnóstico biomédico como la depresión y la esquizofrenia. Sin embargo, ahora está claro que a menudo no es necesario el uso de estas etiquetas y

sus explicaciones biomédicas asociadas y puede incluso ser contraproducente. Integrar modelos explicativos culturalmente adecuados y etiquetas no especializadas en intervenciones, llegando incluso hasta el punto de no utilizar en absoluto términos tales como depresión es el sello de las intervenciones de atención de la salud mental accesibles y eficaces (Patel, Chowdhary, Rahman y Verdeli, 2011). Incorporar intervenciones que abordan los resultados que importan a las personas afectadas y sus familias —por ejemplo, funcionamiento social independiente en personas con esquizofrenia— tiene una posición igual o incluso más destacada que los tratamientos centrados en síntomas psiquiátricos (Balaji et al., 2012). Movilizar recursos personales y de la comunidad, por ejemplo proyectos de bienestar social existentes, es fundamental para abordar los factores determinantes sociales prácticos y las consecuencias de trastornos mentales. Las intervenciones en salud mental, entonces, deben ir bien más allá de los teoremas biomédicos excesivamente definidos y tratamientos.

En segundo lugar, consideremos la premisa de *quién* es un profesional sanitario de salud mental. La hipótesis de que los profesionales sanitarios de salud mental son análogos a los especialistas en salud mental ha sido tremendamente cuestionada por innovaciones que incluyen las intervenciones en salud mental de vanguardia, que comparten tareas, implicando a la comunidad y a trabajadores sanitarios profanos. Un órgano sustantivo de evidencia, probablemente el mayor para cualquier enfermedad no transmisible, es el testimonio de la eficacia de este enfoque (van Ginneken et al., 2013). Al ser capaz de utilizar esos recursos humanos tan ampliamente disponibles y asequibles para ofrecer atención de primera línea, logramos un cambio de paradigma desde centrarse en la falta de recursos humanos especializados a la movilización eficaz de

los recursos humanos disponibles. Desde luego, estos recursos humanos necesitan una formación meticulosamente diseñada e, incluso más importante, supervisión continua para ofrecer atención con calidad sostenible. La dependencia de los especialistas para formar y supervisar la conducta presenta otro obstáculo potencial para mejorar el acceso a modelos de reparto de tareas de la atención sanitaria. Sin embargo, la reciente evaluación empírica ha demostrado que, cuando se logra la competencia, los consejeros profanos pueden evaluar la calidad de las sesiones de apoyo con una precisión comparable a la de los especialistas (Singla et al., presentado) Este modelo de reparto de tareas de supervisión significa que el papel de los especialistas se centra cada día más en el diseño de programas, control de calidad y envío a un especialista para los casos complejos o reacios al tratamiento, permitiendo así una cobertura a una población mucho mayor para cada especialista.

En tercer lugar, consideremos de premisa de *dónde* se puede ofrecer la atención a la salud mental. Un aspecto único de las innovaciones en salud mental mundial es que prácticamente ninguna se ofrece en entornos especializados. Los centros de salud de atención primaria son, desde luego, una plataforma previsible de suministro, pero, tal vez de manera más creativa, la atención de la salud mental se suministra ahora en una serie de otras plataformas «no sanitarias», en particular en los hogares de los pacientes y en las escuelas para niños. De esta manera, se está abordando parte de las principales barreras del tiempo, relacionadas con el estigma y el coste del acceso al tratamiento y el seguimiento, lo que lleva a unas tasas de finalización del tratamiento superiores y, en consecuencia, mejores resultados.

Demanda y la brecha de credibilidad

Mientras mucha parte de la innovación en la salud mental global que se ha resumido

anteriormente se ha centrado en abordar las barreras del «lado de la provisión» para reducir la brecha en el tratamiento, por ejemplo la escasez de recursos humanos especializados, esta brecha también se puede atribuir a las barreras del lado de la demanda relacionada con los puntos de vista infinitamente diferentes mantenidos por la comunidad acerca de los trastornos mentales. Por cierto, la hipótesis primordial planteada en este artículo es que las estrategias solas desde el lado de la oferta no reducirán significativamente la brecha del tratamiento. Incluso en los países más ricos del mundo que disfrutan de un sistema de atención sanitaria universal con atención de la salud mental gratuita, multidisciplinar, orientada a la comunidad, completa y coordinada (como los países de Europa occidental), una parte sustancial (incluso la mayoría en algunos países) de personas con un trastorno mental, en particular con trastornos por el uso de sustancias, estado de ánimo y ansiedad, diagnosticados en inspecciones no han tenido acceso a servicios de atención de salud mental especializada (Wang et al., 2007). Mientras que la reconfiguración del contenido de las intervenciones, el reparto de tareas a recursos humanos no especializados y la prestación de atención en plataformas no sanitarias puede abordar estas brechas hasta cierto punto, es improbable que sean suficientes. Propongo que un problema clave radica en la brecha entre el entendimiento del trastorno mental que especialistas en salud mental utilizan, mejor ilustrado mediante los sistemas de diagnóstico y los instrumentos epidemiológicos derivados de ellos, y cómo el resto del mundo se plantea el sufrimiento psicológico. En resumen, esta es la brecha, a la que me refiero como la brecha de «credibilidad», que necesitamos superar y para hacerlo, puede que necesitemos revisar sustancialmente nuestros conceptos de trastorno mental y estar preparados para renunciar a algunas de nuestras creencias fervorosas.

Sin embargo, en primer lugar, tengo que aclarar que mi propuesta no niega la existencia de trastornos mentales ni de sus fundamentos biológicos. No cabe duda (al menos en mi cabeza) que los fenómenos que describimos como características de trastornos mentales que clasificaremos aún más en modelos observados de agrupamiento tienen una base biológica en el cerebro. ¿Cómo podríamos explicar las experiencias humanas universales de fatiga, anhedonia (la profunda pérdida de interés que caracteriza la experiencia de la depresión), alucinaciones o el ansia por una sustancia dañina? Sin embargo, desde luego, estas experiencias también están unidas de manera inseparable a poderosos determinantes sociales y culturales y, tal vez excepcionalmente a trastornos mentales, con una identidad propia de una persona de sí mismo. Bajo este aspecto, los trastornos mentales son muy diferentes de las afecciones de salud física: sencillamente no hay similitud entre un forúnculo doloroso y sentirse deprimido o entre una fiebre alta y oír voces. Deseosas algunas secciones de la comunidad de especialistas en salud mental (posiblemente, los sectores más dominantes) por pertenecer al poderoso gremio de la medicina, se ha producido una deliberada inclinación en el equilibrio entre la descripción y el concepto biomédico hacia este último, adoptando una jerga cada vez más misteriosa de categorías de diagnóstico para comunicarse entre ellos y, tal vez, para impresionar a nuestros colegas de otras ramas de la medicina. Sin embargo, al hacerlo, parece que hemos perdido la capacidad de comunicarnos prácticamente con los demás en nuestras propias comunidades.

Las recientes controversias en torno a Diagnostic and Statistical Manual-V (Frances, 2013) son, en gran medida, reflejo de esta falta de credibilidad. Las críticas se centran en que algunas de las categorías de diagnóstico reflejan una medicalización de fenómenos normativos

y son culpables de privilegiar lo biológico sobre lo social. Quizás esto es más cierto en diagnósticos sobre trastornos de ansiedad y de estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias y trastornos emocionales y de la conducta en la infancia, todo lo cual representa dicotomías artificiales impuestas en dimensiones de respuestas psicológicas que ocurren naturalmente frente a experiencias de la vida humana habituales. Desde luego, la imposición de dicotomías artificiales también es cierto en muchas afecciones de salud física tales como la hipertensión y la diabetes, pero, como señalé anteriormente, existe una marcada diferencia en cómo las comunidades ven estas afecciones de salud física, en particular que son vistas como «*enfermedades*» que son distintas e independientes de la identidad personal propia. Por otro lado, la inmensa mayoría de personas que cuentan con un diagnóstico de depresión o de consumo abusivo de alcohol, basado en una entrevista psiquiátrica o diagnóstico clínico, no entienden su problema como un estado de salud diferente con un agente causal biomédico, en lugar de eso, utilizan etiquetas culturalmente significativas y explicaciones causales de su angustia como algo inextricablemente unido a sus vidas personales. Desde luego, a este respecto, sus puntos de vista son completamente coherentes con la información epidemiológica publicada sobre los determinantes de estos trastornos mentales.

Nada de lo que he propuesto es nuevo; varios autores han afirmado durante mucho tiempo que no hay necesidad de revisar nuestros conceptos sobre los trastornos mentales para acomodar los puntos de vista prevalentes de la comunidad. En pocas palabras, esta brecha de credibilidad entre las comunidades de especialistas en salud mental y el resto del mundo es uno de los motivos más importantes de la brecha en el tratamiento en todas las regiones del mundo. La brecha

de credibilidad viene ejemplificada por tres observaciones esenciales: la medicalización de los mundos emocionales y la imposición de dicotomías artificiales sobre las dimensiones de las experiencias psicológicas que son normativas, el uso de términos de la jerga cada vez más complejos, como la etiqueta diagnóstica nueva de desregulación del estado de ánimo disruptivo en niños y el creciente énfasis en una atención de la salud mental orientada biomédicamente como la solución principal a estos problemas.

En muchos aspectos, los enfoques adoptados por los innovadores en salud mental a nivel mundial antes descritos apuntan específicamente el abordar algunos de estos desafíos. Muchos rechazan el uso de complicadas categorías de diagnóstico y jerga (por ejemplo, la mayoría de las pruebas de éxito del tratamiento psicológico de la depresión en países en vías de desarrollo no utilizan el término «*depresión*» en su componente educativo para pacientes), utilizan trabajadores sanitarios profanos para ofrecer intervenciones, ampliar la definición de una intervención en salud mental para incorporar personal movilizado y recursos y estrategias de la comunidad que son contextualmente relevantes y ofrecer las intervenciones donde prefiere la persona, incluso en sus propios hogares o en otros entornos de la comunidad. Sin embargo, los innovadores de salud mental globales deben tener cuidado de no caer en la misma trampa que los sistemas de atención de salud mental encuentran en los países ricos, es decir, atención que está muy profesionalizada e inflexible, impulsada por las categorías de diagnóstico biomédico y modelos de tratamiento estrictamente definidos y con sistemas de suministro de arriba a abajo que excluyen a las comunidades de jugar un papel activo. Propongo un conjunto de estrategias que, espero, pueda reducir el abismo, y quizás incluso ampliar, la brecha de credibilidad entre los profesionales de la salud mental y sus comunidades.

Estrategias

En primer lugar, tenemos que abandonar nuestro uso de las estimaciones de prevalencia generados por las encuestas epidemiológicas como fuente de evidencia para definir el denominador de la fracción que indica la brecha del tratamiento. Es probable que sea una sugerencia provocativa, sin embargo, para estar seguros, solo una pequeña fracción de la población mundial cree de hecho alguna de las cifras increíblemente grandes que arrojan estas encuestas. Estas cifras sencillamente carecen de validez porque unen el sufrimiento emocional con los trastornos mentales que requieren de intervenciones biomédicas específicas. Desde luego importan los diagnósticos. Sin embargo, el modo de superar la brecha de credibilidad en este contexto es establecer umbrales para la formulación de los diagnósticos de trastornos específicos no solo el agrupamiento de los síntomas y su impacto, sino también sobre la probabilidad de que se beneficien de las intervenciones biomédicas disponibles, en particular en la reducción de las deficiencias en tareas clave de la vida diaria. Si se hiciese esto, hasta la mitad de aquellos que reciben diagnósticos de trastornos de ansiedad, de estado de ánimo o uso de sustancias, contabilizando todos ellos el 75 % de la carga global de trastornos mentales, probablemente no podrían clasificarse más como «*con trastornos*». Tal vez la etiqueta de «*distrés*», que tiene un trasfondo menos biomédico, sin mayor distinción en subcategorías, puede ofrecer una forma de describir a estas personas que, aunque no cumplen los criterios del umbral para un diagnóstico de trastorno específico, todavía no actúan de manera óptima. Esta propuesta se ve apoyada por la evidencia empírica sustancial de que, en el extremo más leve de las dimensiones de los síndromes de salud mental habituales, es sumamente difícil (y, sin duda, completamente artificial) para distinguir subcategorías de «*trastornos*».

En segundo lugar, es necesario que reconozcamos que, mientras que a las personas que están con «*distrés*» (pero no con «*trastornos*») se les podría ayudar a hacer frente al problema mejor, la ayuda que necesitan podría ser suministrada de maneras totalmente diferentes fuera del sistema de atención sanitaria formal, por ejemplo a través de intervenciones sociales de bajo coste, tales como establecimiento de amistad, ofrecimiento de ayuda práctica en las dificultades económicas, movilización y refuerzo de las fuentes no biomédicas de ayuda existentes que son aceptables contextualmente (tales como intervenciones espirituales en algunos lugares) y promocionando la autoayuda facilitada mediante libros o Internet (Fairburn y Patel., 2014). No es solo más barato, sino también coherente con la comprensión de su problema por parte de la persona, el curso y el resultado de estos estados de distrés y la prueba del tratamiento.

En tercer lugar, como he sostenido en otro lugar (Jacob y Patel, 2014), las descripciones de categorías de diagnóstico se deben basar en los patrones de fenómenos observados en la población general, antes que aquellos observados en entornos especializados. Si fuésemos a seguir este axioma, entonces probablemente no habría ninguna justificación para la separación en el diagnóstico de trastornos de estado de ánimo, ansiedad y somatomorfos (al menos en entornos no especializados), puesto que, para la gran mayoría de las personas, los fenómenos asociados con estos diagnósticos se dan juntos, y, no sorprendentemente, estos trastornos comparten etiologías y se benefician de intervenciones similares. El concepto de trastornos mentales comunes, defendido durante más de dos décadas por facultativos de la salud mental de atención primaria, sigue siendo el término más válido para describir estas experiencias heterogéneas en la población.

Conclusión

En conclusión, los trastornos mentales son formas de sufrimiento humano verdaderas, observadas globalmente en todas las poblaciones, con notables similitudes en la fenomenología de todas las culturas. Sin embargo, esto no implica que los términos biomédicos, psiquiátricos de arriba a abajo y paradigmas terapéuticos sean universalmente aplicables y útiles. Hay un abismo enorme, al que me refiero como la brecha de credibilidad en este artículo, entre tales paradigmas y las creencias mantenidas por extensas secciones de las comunidades en todos los países. Esta brecha se debe en gran medida a las diferencias fundamentales entre enfermedades «somáticas» y «psicológicas» en la manera en la que se conceptualizan, influidas por determinantes sociales y tratadas por las intervenciones. Esta observación de ninguna manera es original ni novedosa: las comunidades de profesionales y promotores de la causa que trabajan en entornos humanitarios han ofrecido una perspectiva similar sobre la conceptualización de las consecuencias de la salud mental de los conflictos y otras situaciones críticas. Estas diferencias fundamentales que establecen la práctica de la atención de la salud mental aparte de la atención de salud física son, de hecho, la esencia misma de su singularidad y atractivo. Antes que restar importancia en el deseo de ser respetado y formar parte del monolito de la medicina, es necesario defender y resaltar estas diferencias, si hemos de cerrar la brecha de credibilidad entre los especialistas de salud mental y las comunidades a las que servimos. Al hacerlo, solamente reafirmaríamos nuestro lugar que nos corresponde en el espacio único entre la medicina y la sociedad que la práctica de la salud mental ha ocupado tradicionalmente.

Agradecimientos

El autor posee una beca doctoral de investigación clínica de Wellcome Trust y

subvenciones de UKAid, Grand Challenges Canada y NIMH.

Referencias

- Balaji, M., Chatterjee, S., Brennan, B., Rangaswamy, T., Thornicroft, G., Patel V. (2012). Outcomes that matter: a qualitative study with persons with schizophrenia and their primary caregivers in India. *Asian J Psychiatr.*, 5(3),258-65.
- Dua, T., Barbu, i C., Clark, N., Fleischmann, A., Poznyak, V., Van Ommeren, M., et al.(2011). Evidence-Based Guidelines for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in Low- and Middle-Income Countries: Summary of WHO Recommendations. *PLoS Med.*, 8(11),e1001122.
- Fairburn, C.G. & Patel, V. (2014). The global dissemination of psychological treatments: a road map for research and practice. *Am J Psychiatry*, 1;171(5),495-8.
- Frances, A. (2013). The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 12(2),111-2.
- Jacob, K.S. Patel, V.(2014) Classification of mental disorders: a global mental health perspective. *Lancet*, 383,1433-5.
- Patel, V. & Prince, M. (2010). Global mental health: a new global health field comes of age. *JAMA*, 303(19),1976-7.
- Patel, V., Chowdhary, N., Rahman, A., Verdeli, H. (2011). Improving access to psychological treatments: Lessons from developing countries. *Behav Res Ther*,49(9),523-8.

Singla, D.R., Weobong, B., Nadkarni, A., Chowdhary, N., Shinde, S., Anand, A., Patel, V. Improving the scalability of psychological treatments in developing countries: a study of peer-led supervision and therapy quality in India. Behavioral Research and Therapy. In Press.

Van Ginneken, N., Tharyan, P., Lewin, S., Rao, G.N., Meera, S., Pian, J, et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev.,11,CD009149.

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet, 370(9590), 841-50.

*Vikram Patel es catedrático de Salud mental internacional y es investigador senior de Wellcome Trust en ciencia clínica, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido, y Fundación de salud pública de India y Sangath, India.
email: vikram.patel@lshtm.ac.uk*