



Artículo especial

Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención



Jesús de Pedro Cuesta^{a,*}, Jerónimo Saiz Ruiz^b, Miquel Roca^c, Isabel Noguer^a
y por el grupo de autores listado[◇]

^a Centro Nacional de Epidemiología, Centro de Investigación Biomédica en Red, Enfermedades Neurodegenerativas (CIBERNED), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^b Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM), Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

^c Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS/IDISPA), Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (Rediapp), Hospital Juan March, Universitat de les Illes Balears, Palma de Mallorca, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de febrero de 2016

Aceptado el 25 de febrero de 2016

Palabras clave:

Vigilancia epidemiológica

Salud mental

Salud pública

Servicios

R E S U M E N

Este documento destaca aspectos de la salud mental de interés en salud pública según una reunión de profesionales. La prevención primaria (más factible en daño cerebral traumático, depresión por estrés sociolaboral o económico, conductas adictivas en jóvenes y trastornos de incidencia creciente) habría de completarse con prevención secundaria y terciaria. La vigilancia según el esquema de las enfermedades crónicas (estudios de encuestas, publicaciones científicas, etc.) priorizaría la depresión, el suicidio, las adicciones y las patologías del espectro autista, así como los pacientes crónicos complejos. Serían abordajes específicos:

- 1) El estudio de diagnósticos al alta hospitalaria y de causas de muerte para trastornos mayores, suicidios, tentativas de suicidio, nuevos pacientes psicóticos y trastornos de personalidad y de conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes.
- 2) La identificación de una red clínica de salud mental de base poblacional capaz de revelar determinados eventos centinela: ejemplo de Italia.
- 3) La realización de encuestas sobre determinadas problemáticas en población asistida.

© 2016 Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental y Centro Nacional de Epidemiología. Publicado por ELSEVIER ESPAÑA, S.L.U en nombre de Elsevier España, S.L.U., la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

Mental health and public health in Spain: Epidemiological surveillance and prevention

A B S T R A C T

This document highlights aspects of mental health of interest in Public Health, as identified in a meeting of health professionals. Primary prevention (most feasible in traumatic brain injury, depression induced by socio-occupational or financial stress, addictive behaviours among adolescents and young adults, and disorders in which incidence is on the increase) would have to be completed with secondary and tertiary prevention. Surveillance patterned on that of chronic diseases (survey studies, scientific papers, etc.) would prioritise depression, suicide, addictions, autism spectrum disorders and complex chronic patients. This would entail specific approaches such as:

Keywords:

Epidemiological surveillance

Mental health

Public health

Services

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jpedro@isciii.es (J. de Pedro Cuesta).

◇ Los nombres de los componentes del grupo están relacionados en el Anexo 1.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psiq.2016.03.001>

1134-5934/© 2016 Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental y Centro Nacional de Epidemiología. Publicado por ELSEVIER ESPAÑA, S.L.U en nombre de Elsevier España, S.L.U., la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/s/by-nc-nd/4.0/>).

- 1) The study of hospital discharge diagnoses and causes of death for major disorders, suicides, attempted suicide, new psychotic patients, and personality and eating disorders among adolescents and youth.
- 2) The identification of a population-based, clinical mental-health networks capable of pinpointing certain sentinel events, as for example in Italy.
- 3) The undertaking of surveys of certain problem areas in the population requiring assistance.

© 2016 Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental and Centro Nacional de Epidemiología. Published by ELSEVIER ESPAÑA, S.L.U on behalf of Elsevier España, S.L.U., Sociedad Española de Psiquiatría and Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En la última década ha surgido con fuerza en las publicaciones científicas y en los medios de comunicación internacionales y nacionales el concepto de salud mental como un problema prioritario de salud pública. A menudo se ha enmarcado en planteamientos más globales relacionados con las enfermedades crónicas y más concretamente con cáncer, problemas cardiovasculares, trastornos metabólicos y nutricionales (obesidad, diabetes) y del aparato locomotor¹. Sin embargo, a diferencia de enfermedades con gran recorrido histórico en definición, etiopatogenia, factores de riesgo y medidas preventivas, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, el ámbito de acción en la salud mental tanto para vigilancia como para la prevención es todavía mal conocido.

Este documento es el resultado de una puesta en común de problemáticas y posibles alternativas en ese terreno, tras una única reunión ad hoc de un grupo reducido de profesionales —en su mayoría médicos-psiquiatras implicados en la asistencia sanitaria y la investigación— y profesionales de la vigilancia epidemiológica, de la investigación y de la administración. El motivo es la percepción de la necesidad de una reflexión inicial sobre el marco de trabajo en salud mental y salud pública y, en particular, de la vigilancia epidemiológica de la salud mental. Esta propuesta se basa en la bibliografía referenciada en la citada reunión, en el resultado del debate y en el abordaje multidisciplinar del tema. Ese debate se resume en el acta de la única reunión del 5 de mayo de 2015, todo ello accesible solicitándolo al primer autor.

Salud mental y patologías objeto de interés en salud mental. Dos visiones doblemente complementarias

El conocimiento del estado de la salud mental en las poblaciones, entre ellas la española, es a menudo referido de forma dicotómica: 1) la reflejada por las encuestas poblacionales amplias, como la Encuesta Nacional de Salud², que lo hacen por medio de instrumentos específicos de salud mental, como los cuestionarios referidos a la presencia de síntomas depresivos, ansiedad o disfunción social —véase el Cuestionario de Salud SF-36 (SF-36) o el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)—, y 2) las que reflejan medidas de frecuencia (en general prevalencia o mortalidad por trastornos específicos) o utilización de recursos/servicios, como los ingresos hospitalarios. Aunque ambas se han juzgado de interés, por ejemplo para conocer las diferencias según residencia o cambios en el tiempo, el valor en el terreno que nos ocupa es diferente, por estar la primera basada en datos subjetivos —a menudo reflejando bienestar— y la segunda en diagnósticos y resultados del Sistema Nacional de Salud, sujetos a variaciones de causa extraindividual. Es en esta última visión, y en concreto en el listado de trastornos mentales, en el que se plantean las mayores posibilidades de actuación. Por ejemplo, a los trastornos mentales y de la conducta definidos según la clasificación de la OMS (tabla 1), algunos autores sugieren añadir enfermedades como la enfermedad de Parkinson o la

Tabla 1

Clasificación de trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10)

1.1	F00-F09	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (demencia, delirio, daño cerebral)
1.2	F10-F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas (síndromes de consumo de alcohol y de sustancias, incluyendo uso nocivo, dependencia y abstinencia)
1.3	F20-F29	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes
1.4	F30-F39	Trastornos del humor (afectivos) (manía, hipomanía, trastorno afectivo bipolar y episodios depresivos)
1.5	F40-F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (trastornos fóbicos de ansiedad, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés posttraumático, trastorno de adaptación, trastorno disociativo y trastorno de somatización)
1.6	F50-F59	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (trastornos de la ingesta de alimentos, trastornos no orgánicos del sueño, disfunción sexual)
1.7	F60-F69	Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
1.8	F70-F79	Retraso mental
1.9	F80-F89	Trastornos del desarrollo psicológico
1.10	F90-F98	Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia (trastornos hiperkinéticos, trastornos emocionales y trastornos de la conducta)
1.11	F99	Trastorno mental no especificado

Nota: El término «trastorno mental común» (fuera de tabla) se refiere a las condiciones más prevalentes clasificadas bajo episodio depresivo, trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos. El término también reconoce que los trastornos mentales en la comunidad se caracterizan frecuentemente por la comorbilidad entre estos grupos y cambios en los patrones de síntomas que resisten una clasificación precisa.

esclerosis múltiple con fuerte impacto cognitivo en fases medias o avanzadas del curso clínico².

A partir de una visión de la OMS más completa y positiva, como la expuesta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, la salud mental estaría reflejada independientemente del o los diagnósticos subyacentes por el nivel de funcionamiento en el capítulo 1, que incluye las denominadas funciones corporales mentales (globales, códigos b110-b139 o específicas, códigos b140-b189). En esta perspectiva, es la discapacidad —por ejemplo, en reducción de actividad y limitaciones en participación social— una resultante de la interacción del nivel funcional mental con el resto de determinantes biológicos personales, ambientales-físicos o sociales, donde se incluyen familia y amigos, servicios y políticas sociales u otros trastornos.

La conclusión es que, si bien el diagnóstico de las enfermedades mentales caracteriza el estado de salud de ciertas personas, es la discapacidad —un fenómeno resultante de la interacción social de la enfermedad con los servicios sanitarios y sociales— la que más exactamente define el estado de salud de los individuos afectados.

Los trastornos mentales y su discapacidad. Visión sucinta poblacional

De acuerdo con lo precedente, la visión poblacional de la salud mental presenta 3 niveles bien diferenciados. El primero corresponde a las descripciones de estado de salud mental o bienestar percibido a partir de medidas de síntomas o conductas. El segundo introduce elementos diagnósticos y de los servicios sanitarios. El tercero, todavía en sus inicios, incorpora la dimensión del funcionamiento y el rol de los servicios sociosanitarios en la discapacidad.

Encuestas de salud mental

La prevalencia de síntomas de depresión y ansiedad moderada o alta medidas según el Cuestionario Europeo de Calidad de Vida (EuroQoL) en la Encuesta Nacional de Salud era en 2011-2012 de 4,74%. Para valorar cambios hay que recurrir a comparaciones con datos de 2006 de prevalencias de síntomas subjetivos arriba indicados, que según el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) y el GHQ-12 suponen solo incrementos mínimos.

Epidemiología general de trastornos mentales

En lo referente a las frecuencias de trastornos clínicos, es necesario resaltar la referencia en la bibliografía al elevado infradiagnóstico de depresión o demencia, que resta valor a los datos no obtenidos por cribado, donde se controla mejor este sesgo. Entre estos últimos, las prevalencias de demencia en España en mayores de 65 años en estudios puerta-a-puerta, tanto en Zaragoza como en poblaciones del centro peninsular —ambas alrededor del 6,5%— se consideran ligeramente inferiores a las de mayor latitud europea, siendo la incidencia similar³⁻⁵. Se han sugerido descensos en la prevalencia de demencias en Zaragoza (encuesta *Project on the incidence, prevalence and risk factors of dementia (and depression) in the elderly community of Zaragoza [ZARADEMP]*). En el mismo estudio, a edades iguales o superiores a 55 años, cerca del 12% padecían depresión y el 2% depresión grave. En lo referente a trastornos mentales, uno de los estudios más completos en perspectiva internacional (aunque no incluye el deterioro cognitivo ni las patologías no psicóticas) es el *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD/MHEDEA 2000)*, llevado a cabo en 6 países mediante una entrevista directa estructurada, en España a 2.121 personas. Este estudio en población > 18 años muestra que un 8,4% de las personas presentaron un trastorno mental en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo mayor, que tiene un 3,9% de prevalencia-año. Después del episodio depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia-vida son la fobia específica, el trastorno por abuso de alcohol y la distimia⁵. Los datos analizados en las consultas de atención primaria de todas las comunidades autónomas (CCAA) españolas muestran que es en este primer escalón de salud donde se produce el mayor impacto⁶, especialmente en periodos de crisis económica⁷, por lo que afecta a los trastornos afectivos, de ansiedad y de consumo de alcohol atendidos en atención primaria de salud. A efectos del propio manejo es importante resaltar que una característica importante de los trastornos mentales es la asociación entre distintas categorías (por ejemplo: trastornos de la alimentación con depresión), así como con enfermedades no psiquiátricas⁷. Resulta llamativa la escasa información sobre la prevalencia de los trastornos asociados a la infancia, adolescentes y adultos jóvenes, aunque

el estudio ESEMeD las describe para anorexia nerviosa (0,48%) y otros trastornos.

Discapacidad secundaria a trastornos mentales

A final de siglo acontecen simultáneamente 2 cambios de atención en organismos internacionales, más evidentes en la OMS, donde profesionales de la salud mental, incluyendo españoles (J.L. Vázquez Barquero), han contribuido particularmente en 2 aspectos: 1) la nueva Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud y 2) el lanzamiento de estudios poblacionales de salud mental (*WHO-World Mental Health Surveys*) donde se incluye la medida de la comorbilidad somática (por ejemplo: ESEeMS)⁸. La llamada a la reducción de la carga (en este caso en gran parte debida al peso de la discapacidad), a la prevención y a la equidad del grupo Roamer define el momento actual, trasladando el mensaje al terreno de la salud pública. Paradójicamente, este momento se caracteriza por un contraste entre la escasez de conocimientos sobre las patologías más frecuentes y las evidencias de la existencia de múltiples elementos del ambiente (social o físico) susceptibles de impactar favorablemente en la discapacidad debida a trastornos mentales, a pesar de que esta última no esté todavía bien caracterizada desde el punto de vista epidemiológico. Sin embargo, en esta perspectiva de salud general son las enfermedades mentales las que, con gran diferencia, generan la mayor prevalencia de discapacidad grave, de discapacidad moderada y de carga de enfermedad. Wittchen et al. estiman que la carga de enfermedad por trastornos mentales y cerebrales en la UE alcanza el 26,6% del total, siendo la más elevada por grupos, y constituyendo la depresión y las demencias los factores de mayor peso⁹. Si las consecuencias más importantes de la pérdida de la salud son el impacto en discapacidad y calidad de vida, la prevención de la discapacidad secundaria a trastornos mentales aparece como un objetivo en salud pública que requiere una definición de sus territorios más afectados (participación social —insuficiencia económica, trabajo— y reducción de actividades —movilidad, domésticas, comunicación/relaciones interpersonales, autocuidado—) y una mejora de funciones como consecuencia del acceso a servicios asistenciales y clínicos eficaces.

La sobremortalidad de los trastornos mentales

En el terreno de las consecuencias de la enfermedad mental, es bien conocida la reducción de varios años en la esperanza de vida de los enfermos afectados por estos trastornos. Recientemente parece separarse claramente un grupo de más alto riesgo, constituido por los enfermos que utilizan sustancias adictivas, entre ellas el alcohol¹⁰ (véase más adelante la problemática del suicidio asociado a la enfermedad mental).

Propuestas internacionales de prevención en salud mental

La definición de la OMS de prevención en salud mental es compleja, multidimensional y consiste en las medidas dirigidas a «reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, la duración de los síntomas, los factores de riesgo de las enfermedades mentales, previniendo o retrasando la aparición de recaídas y reduciendo el impacto de la enfermedad en la persona afectada, sus familiares y la sociedad». En términos ya tradicionales esta definición podría cubrir los siguientes aspectos:

Prevención primaria

Descansa en las intervenciones dirigidas a la eliminación de los factores de riesgo. Siendo la prevención primaria el objetivo primordial de la salud pública, tal como se expresa en la bibliografía y en documentos oficiales de algunos países como el Reino

Unido¹¹, la falta de factores de riesgo identificables para muchas de las enfermedades mentales listadas en la [tabla 1](#) (ejemplos: demencias, esquizofrenia, etc.) supone una limitación de la prevención primaria a ciertas actividades que pudieran considerarse espacios preferentes, como podrían ser en España: 1) la prevención del daño cerebral traumático por accidentes de tráfico y laborales; 2) la prevención de la depresión por estrés socioeconómico, social o laboral; 3) la prevención de conductas adictivas en alcohol y otras sustancias, particularmente en jóvenes, y 4) la prevención de ciertos trastornos de incidencia creciente en España y otras sociedades industriales (véase más adelante).

Prevención secundaria

De acuerdo con las definiciones tradicionales, la prevención secundaria es la relacionada con el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano del trastorno. Suele incluir las campañas de cribado. De acuerdo con otros autores, se señala la importancia del diagnóstico en fases iniciales y la prevención secundaria, tanto de la progresión de la enfermedad como de sus consecuencias (desintegración social, etc.). Entre las acciones primordiales se incluyen la referencia, custodia y seguimiento de los pacientes con intento de suicidio a instancias especializadas. Probablemente esta sea el área con mayores posibilidades de intervención, dependiendo de la información disponible y de su comparabilidad en el espacio y en el tiempo.

Prevención terciaria

Independientemente de las acciones llevadas o no a cabo en prevención secundaria, abarcaría las relativas a discapacidad global, grave por trastorno mental o con dependencia no atendida en aspectos instrumentales (actividades domésticas) o integración social (relaciones interpersonales, economía, trabajo, educación).

En resumen, parece aceptable asumir la vigencia en el panorama español de la falta de bases claras para una prevención primaria o universal de la enfermedad mental, pero no las necesarias para la prevención secundaria, terciaria o selectiva y bajo indicación¹¹.

A diferencia de otras áreas de la salud, la salud pública mental se enfrenta a desacuerdos en terminología y territorios. Por ello se precisa profundizar en el conocimiento de: 1) definición y componentes fundamentales de la salud pública/salud mental; 2) relación de conceptos dentro de la salud mental; 3) variaciones importantes en salud mental: medidas e interpretación; 4) reconocimiento del valor de la salud mental y variaciones sociales, y 5) abordaje local de la generación, acumulación y evaluación de la evidencia y de las políticas de salud pública en salud mental.

En nuestro país existen modelos diversos de organización de servicios sobre los que desarrollar actividades preventivas y falta información sobre aspectos sociales. Un modelo de prevención propuesto (Palao Vidal) se desarrollaría en 4 espacios: 1) escuela y servicios de salud pública; 2) atención primaria con énfasis en detección precoz; 3) servicios específicos de salud mental (tratamiento y rehabilitación), y 4) hospitalización en casos graves y gran dependencia.

Vigilancia de la salud mental de la población. Marco y espacios autónomos

La vigilancia de la salud pública en salud mental aparece recientemente tras el desarrollo de la de enfermedades transmisibles y la de enfermedades crónicas (vasculares, diabetes o cáncer). Asumiendo que en vigilancia de la salud mental o de otro tipo se mantienen separadas la parte epidemiológica y la parte de control o acción, parece aceptable la siguiente definición: «la vigilancia de

la salud pública es la práctica sistemática de la recogida, análisis, interpretación y difusión de datos de salud para la planificación, puesta en práctica y evaluación de las acciones de salud pública»¹².

Metodológicamente la vigilancia de la salud mental es similar a la de otras enfermedades crónicas, en el sentido de estar basada en el acceso y análisis de amplias fuentes de información, incluyendo encuestas poblacionales ad hoc, registros, informes científicos de validez externa aplicable a la población española, vigilancia centinela, informes de enfermos, redes sociales, etc. De acuerdo con estudios recientes como el de Alonso et al., existe un consenso acerca de la necesidad de integrar en la vigilancia el conocimiento sobre necesidades de atención no satisfechas y los aspectos de salud física/patologías somáticas, así como de asumir un marco internacional de trabajo¹³. Persiste una cierta indefinición acerca de la delimitación de las tareas de vigilancia *versus* investigación, sin descartarse la posibilidad de combinar estas funciones. Respecto a puntos de apoyo básicos, se propicia la existencia de modelos integrados basados en servicios de salud mental (al nivel más adecuado de especialización), pero también en atención primaria. Las prioridades de vigilancia epidemiológica habrían de basarse en: depresión, suicidio; adicciones (alcohol y toxicomanías); primeros episodios psicóticos; niños y adolescentes (espectro autista, trastornos de la conducta en adolescentes, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, etc.) y paciente crónico complejo (pacientes graves y muy demandantes de atención). La focalización en patologías concretas parece ser esencial.

Sistemas de información: principios, necesidades en salud pública y en atención sanitaria

Existen 2 principales fuentes de información, que reflejan de forma precisa tendencias y dimensión de los problemas: la mortalidad y el conjunto mínimo básico de datos (CMBD). No obstante, los participantes manifiestan las graves dificultades de estas fuentes, debido a la escasa validez y falta de exhaustividad de los registros. Existen discordancias importantes entre las clasificaciones internacionales y la práctica clínica, y este desajuste parece extenderse a nivel internacional. Aun reconociéndose el interés de ambas fuentes, el uso de datos aislados parece insuficiente, planteándose la necesidad del enlace de registros.

Es de gran interés disponer de indicadores de salud mental útiles (tras resumir grandes cantidades de información) para la valoración de necesidades, uso de recursos y resultados, siendo esto último lo más problemático para la atribución de efectos a datos de uso de servicios.

Tras la discusión se concluye que los indicadores actualmente disponibles en España son poco útiles, tanto para la clínica como para la administración, a pesar de su abundancia (200 identificados de 600 propuestos por la Sociedad Española de Psiquiatría). Las principales razones son la falta de recursos para su obtención, la disponibilidad/calidad de las fuentes, su naturaleza negativa (suicidio como fracaso del sistema) y la gran heterogeneidad de la práctica clínica, sistemas de codificación y nivel de prioridad otorgado por el sistema sanitario a estos registros.

La perspectiva internacional, aunque limitada a la UE, proporciona una visión generosa reflejando la diversidad de materiales y procedimientos y el nivel y/o calidad de experiencias particulares. Independientemente de la existencia de encuestas regionales de salud mental (no abordadas), algunos países (Finlandia, Georgia, Lituania, etc.) disponen de sistemas de información nacionales, destacando quizá los de Alemania y Polonia. Un ejemplo en menor tamaño poblacional, pero más interesante por la profundidad del abordaje, es el de Escocia, donde se declaró explícitamente la prioridad de la salud mental, y la red de centros en Italia, que cubre unos 2.000.000 de personas. Encuestas transnacionales

como el ESEMeD y otras proporcionan información comparable. El resumen del panorama internacional sugiere que: los sistemas de información diferencian entre vigilancia e investigación; existe una mayor experiencia en vigilancia de enfermedades crónicas, excluyendo la salud mental, y la heterogeneidad (lenguaje, conceptos y métodos) y la dispersión (datos no unificados de servicios sociales, comunitarios, hospitalarios, etc.) suponen graves problemas de interpretación, siendo los sistemas de vigilancia de salud mental relativamente recientes¹⁴.

La diversidad regional, percibida a través de las presentaciones de las CCAA de Galicia y Cataluña, parece destacar. Así, por ejemplo, en Galicia se constata la existencia de una red de trastornos adictivos de titularidad municipal, el Servicio Gallego de Salud (SERGAS), asociaciones de enfermos y el desarrollo de la historia clínica electrónica, incluyendo módulos de salud mental (depresión y trastornos adictivos), así como la tendencia a la integración de la salud mental con los sistemas de información de dependencias. Empiezan a diseñarse sistemas de análisis de las diferentes fases (aguda, seguimiento, mantenimiento y recaídas). Respecto a la situación en Cataluña, destaca la precocidad del paso de la salud mental administrada desde las diputaciones a la Generalitat en 1990 y la existencia del CMBD desde 1990, que incorpora datos de atención primaria desde 1998. La historia clínica es accesible desde hospitales, centros de salud y centros sociosanitarios. Los proveedores de datos son 121 empresas. La Encuesta de salud mental y el Atlas generado por Salvador-Carulla, así como la carta personal de servicios accesibles son logros particulares. Un proceso asistencial diferencial es el iniciado a partir del código SUICIDIO, que pone en marcha un procedimiento destinado a prevenir autoagresiones. Algunos problemas a destacar son los costes de la asistencia y la carga de la depresión.

En la discusión se resalta la falta de integración de la información epidemiológica y la de los servicios de salud mental en suicidios consumados. Desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) se llama la atención acerca de que: no llega información de atención primaria, hay una gran variabilidad de servicios y prestaciones, y la información recogida sufre una priorización en las CCAA, desconociéndose esta al llegar al MSSSI. Por otra parte, la salud mental no es una prioridad en la Comisión de Información que puede analizar datos de salud mental de la historia clínica; se trabaja para conocer las diferencias en la informatización de los centros de salud mental en las CCAA. Otros profesionales apuntan a que la sobrecarga en las agendas de atención primaria dificulta, por ejemplo, la existencia de guías de prevención de suicidio. El cribado de la depresión podría constituir un proceso de prevención secundaria importante. Para ello deben impulsarse las tecnologías de la información y la comunicación.

El abordaje transversal del tema de los sistemas de información señala como prioridades la necesidad de avanzar: en el conocimiento de lo existente en un número importante de CCAA; en trabajos concluyentes acerca de la selección de indicadores; en el conocimiento en profundidad de experiencias exitosas europeas y más próximas a nuestras latitudes, y en la selección de iniciativas concretas (programas de cribados, aplicación de procesos concretos —por ejemplo en el caso del suicidio—, organizaciones asistenciales locales implantadas con éxito, rol del MSSSI, etc.).

En resumen, existe una amplia gama de servicios cada vez más adaptados a las necesidades de los pacientes (servicios sociales, pisos de acogida, atención domiciliaria, atención de día, etc.) y además existen fuentes de información que reflejan la dimensión de los problemas de salud mental y sus consecuencias morbimortales, pero carecemos de sistemas que permitan integrar la información epidemiológica y la generada en el Sistema Nacional de Salud con la finalidad de ligar recursos-procesos y resultados. Solo de esta forma lograremos saber si nuestros esfuerzos por organizarnos a medida de las necesidades son efectivos o no en términos de resultados.

Fronteras y relaciones intra e intersectoriales (salud, justicia, trabajo, educación, servicios, etc.)

La complejidad de los elementos biológicos y sociales en el determinismo de las lesiones y la naturaleza de la salud mental han hecho particularmente complejo el marco de relaciones con otros sectores de actividad. La perspectiva histórica así lo diferencia de otras patologías. Dentro del sector de salud y en lo referente al manejo clínico, se plantean relaciones con los campos de la neurología, la geriatría y la atención primaria, así como con diversos sectores profesionales específicos (enfermería, trabajo social, etc.) poco tratados en este documento. La aplicación de la Ley de Autonomía de 2006 plantea problemas particulares no resueltos todavía en la valoración del estado mental y los grados de discapacidad. El empleo protegido, a menudo apoyado desde sectores municipales, forma parte de aspectos fundamentales de la integración, una vez cubierto el acceso a la asistencia clínica y los fármacos. El predominio de la discapacidad grave prevalente debida a trastornos mentales tanto en jóvenes (trastornos del desarrollo cognitivo, esquizofrenia, daño cerebral adquirido) como en mayores de 50 años (demencias y depresión, así como enfermedad mental grave —psicosis, trastorno bipolar, etc.—) permite afirmar que no se desarrollarán este tipo de servicios hasta que no cubran a las personas con enfermedad mental, a pesar de que ciertos trastornos muy comunes (síndromes de ansiedad) sean comparativamente poco discapacitantes. En momentos de frecuente fracaso escolar, las tradicionales dificultades por la frecuencia de trastornos del desarrollo cognitivo (que desciende, a excepción de lo acontecido en prematuros) plantean la importancia de conocer el impacto de ciertos problemas de salud mental, como el trastorno de conducta en adolescentes y otros, así como la educación en centros de educación especial. En lo referente a justicia, el papel profesional precoz de la psiquiatría en la prevención por medios judiciales del daño (a sí mismo o a otros) generado por la enfermedad mental, la evaluación de la salud mental en casos de violencia y la colaboración en la rehabilitación de personas con conductas adictivas y/o violentas son temas mal conocidos que afectan a sectores de la población importantes.

La Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las comunidades autónomas como documento de partida

El documento de casi un centenar de páginas está destinado a definir estrategias para el periodo 2009-2013. En la primera parte aborda temas contextuales, OMS, Unión Europea (UE), etc. y en el resto plantea 6 líneas de actuación: promoción y prevención en salud mental, servicios/atención, coordinación institucional, formación e investigación. No se prevé un sistema integrado de información/vigilancia epidemiológica que pueda documentar el sentido de los progresos. En el documento de evaluación se reconoce que los objetivos logrados son solo los de investigación (muy relacionados con la actividad del Consorcio de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental [CIBERSAM]). La Estrategia de Salud Mental desconoce grandes temas como la demencia, quizá compensada por el abordaje llevado a cabo en la Estrategia Nacional de Enfermedades Neurodegenerativas (ver más adelante). En general, la documentación epidemiológica se refiere a estados de salud y la de servicios a datos administrativos del sistema sanitario, a menudo relacionados con diagnósticos.

En el documento de Evaluación de la Estrategia¹⁵ se especifica que los objetivos logrados se refieren a aspectos relacionados con la participación, la formación de los profesionales y la investigación. Ninguno de los objetivos relacionados con la población o con la atención a los usuarios fue clasificado como logrado. Uno de ellos (el

objetivo específico 6.2. «Las Comunidades Autónomas establecerán un marco general que determine la implicación y el papel de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” en las personas con dependencia por enfermedad mental») se reconoce por todas las CCAA como «no iniciado».

La Estrategia Nacional de Enfermedades Neurodegenerativas, con 4 líneas de actuación preferentes en enfermedades en más del 95% mentales (Alzheimer, Parkinson y enfermedad de Huntington, esclerosis lateral amiotrófica y enfermedades neuroinmunes primarias), parece enfatizar la atención integral sociosanitaria de forma separada (<http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=3417>).

Elementos para una propuesta de actualización y arranque en vigilancia de la salud mental

Este documento ha tratado de abordar, a través del análisis de publicaciones y evaluaciones profesionales, así como de datos de gestores de servicios clínicos y responsables de las políticas más importantes, la problemática de las necesidades y el desarrollo de la vigilancia epidemiológica de la salud mental en un momento en que existen precedentes de desarrollo más avanzados en otras poblaciones europeas. Desde el punto de vista de los principios percibidos, pueden listarse los siguientes:

Independientemente de la existencia de encuestas de salud mental sobre bienestar (síntomas), el abordaje propio para intervenciones parece deber asentarse sobre trastornos mentales, es decir, diagnósticos sobre discapacidad determinada por la función mental.

La vigilancia de la salud pública en salud mental debe seguir los patrones definidos para la vigilancia de las enfermedades crónicas, explícitamente definidos y aceptados por las autoridades sanitarias, e incluir el análisis de la efectividad de las intervenciones preventivas, aunque algunas se lleven a cabo fuera del sistema clínico asistencial.

La existencia de sistemas de información poco útiles o incompatibles con una homogeneización debe ser bien conocida tanto entre las CCAA como entre los sistemas por sectores (servicios sociales, trabajo, etc.).

Las intervenciones en salud pública deberían ajustarse a los principios de base en evidencias probadas^{14,16}.

Una vez examinada la panoplia de actividades más prometedoras y necesarias y las experiencias internacionales más eficaces, debería instarse a un cambio de la perspectiva administrativa y de servicios a la poblacional y de trastornos. Un primer abordaje podría implicar la realización de:

Estudios de problemas priorizados (trastornos mentales graves, suicidios, tentativas de suicidio, nuevos pacientes psicóticos y trastornos de personalidad y de conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes) mediante análisis de códigos CMBD y estadísticas de mortalidad, validados.

La identificación de una red clínica de salud mental de base poblacional y cubierta por especialistas capaces de abordar temáticas relacionadas con eventos centinela.

Opcionalmente, estudios de prevalencia (encuestas sobre determinadas problemáticas) en muestras de población asistida en centros específicos.

Todo ello con el objeto de proponer actividades de vigilancia concretas y sistemáticas y obtener su aceptación por las autoridades sanitarias, los profesionales y la población, en el marco de iniciativas globales de promoción de la salud mental, y que contribuyan a la toma de decisiones en la promoción de inversiones en salud mental y salud pública.

Declaraciones

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma: que este manuscrito es un informe honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a *PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA*; que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio, según lo previsto, se han explicado y, si son relevantes, han sido registradas.

Financiación

Los gastos de viaje de participantes no residentes en Madrid fueron cubiertos por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, y las tasas por publicación Open Access conjuntamente con el Centro Nacional de Epidemiología.

Autoría

IN concibió el encuentro y los cuatro autores diseñaron el programa de la reunión y asignaron ponentes, con la colaboración de los Presidentes y Comités Ejecutivos de la Sociedad Española de Psiquiatría y de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Conflicto de intereses

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses.

Anexo 1. Listado de los componentes del grupo

Antonio Bulbena Vilarrasa, Cataluña
 Carlos Mur de Viu, Madrid
 Consuelo Morant Ginestar, Madrid
 Diego J. Palao Vidal, Cataluña
 Enrique Echeburúa Odrizola, País Vasco
 Fernando García López, Madrid
 Francisco Ferre Navarrete, Madrid
 Guillermo Barrera Hernández, Madrid
 Iñaki Galán Labaca, Madrid
 Isabel Noguer Zambrano, Madrid
 Javier Almazán Isla, Madrid
 Javier Damián Moreno, Madrid
 Jerónimo Saiz Ruiz, Madrid
 Jesús de Pedro Cuesta, Madrid
 Jose Rodríguez Escobar, Madrid
 Juan Manuel Sendra Gutiérrez, Madrid
 Luís Rojo Moreno, Valencia
 Manuel Arrojo Romero, Galicia
 Mariana Haeberer, Madrid
 Mario Páramo Fernández, Galicia
 Miguel Bernardo Arroyo, Cataluña
 Miguel Gutiérrez Fraile, País Vasco
 Miguel Roca, Islas Baleares
 Paloma Casado Duráñez, Madrid
 Rafael Fernández Cuenca, Madrid

Bibliografía

1. IOM (Institute of Medicine). A Nationwide Framework for Surveillance of Cardiovascular and Chronic Lung Diseases. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
2. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007;370:859-77.
3. Gracia-García P, de-la-Cámara C, Santabábara J, López-Antón R, Quintanilla MA, Ventura T, et al. Depression and incident Alzheimer disease: The impact of disease severity. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23:119-29.
4. Tola-Arribas MA, Yugueros MI, Gareta MJ, Ortega-Valín F, Cerón-Fernández A, Fernández-Malvido B, et al. Prevalence of dementia and subtypes in Valladolid, northwestern Spain: The DEMINVALL Study. *PLoS One*. 2013; 8:e77688.

5. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*. 2006;126:445-51.
6. Roca M, Gili M, García-García M, Salva J, Vives M, García Campayo J, et al. Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *J Affect Disord*. 2009;119:52-8.
7. Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Serrano-Blanco A, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010;32:240-5.
8. König HH, Bernert S, Angermeyer MC, Matschinger H, Martínez M, Vilagut G, et al., ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Comparison of population health status in six European countries: Results of a representative survey using the EQ-5D questionnaire. *Med Care*. 2009;47:255-61.
9. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011;21:655-79.
10. Hjorthøj C, Østergaard ML, Benros ME, Toftdahl NG, Erlangsen A, Andersen JT, et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: A nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2:801-8.
11. Mehta N, Croudace T, Davies SC. Public mental health: Evidenced-based priorities. *Lancet*. 2015;385:1472-5.
12. Choi BCK. The past, present and future of public health surveillance. *Scientifica (Cairo)*. 2012;2012:1-26.
13. Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl. 2:3-9.
14. Freeman EJ, Colpe LJ, Strine TW, Dhingra S, McGuire LC, Elam-Evans LD, et al. Public health surveillance for mental health. *Prev Chronic Dis*. 2010;7.
15. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2014.
16. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization [consultado 21 Feb 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf