

EDITORIAL

Fumar en tiempos revueltos

A lo largo de la historia el concepto de salud, como todo, ha ido cambiando desde el que es un problema mío en el que nadie debe meterse, a ser un derecho que reclamo ante quien haga falta. Decimos que tenemos derecho a la asistencia sanitaria, a que nos hagan el mantenimiento y a que nos reparen cuando enfermamos, eso sí, recuperamos aquel concepto individualista de antaño cuando hablamos del tabaco.

En cualquier bar de nuestra geografía se escuchan reproches a la ley, cuando no insultos a sus promotores; con frecuencia se olvida que en esto de la salud, como en otras cosas, también somos corresponsables.

Lo que la OMS viene diciendo desde hace tiempo sobre el consumo de tabaco no puede caer en saco roto. El tabaquismo origina un problema de salud pública de tal relevancia que lo considera como una de las más graves amenazas para la salud mundial. Se considera que es la principal causa evitable de enfermedad y muerte prematura en los países occidentales. Esto hace que el fumar no sea "mi problema" sino un problema de todos, que más allá de la incomodidad de respirar humo, afecta a la salud de todos.

Mucho se ha hablado de los costes que debe soportar la sociedad para la atención de las enfermedades que padecen los fumadores, pero poco o nada se dice de los costes que tienen que soportar éstos, aunque lo hagan voluntariamente.

En el primer caso, el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo ha estimado que el coste sanitario y social derivado de la atención a las distintas enfermedades asociadas al hábito tabáquico asciende a unos 440 euros por adulto y año, lo que en España supone un total de 7.700 millones de euros al año.

En el segundo caso, el coste que tienen que soportar los propios fumadores, la Revista Española de Salud Pública ha publicado un trabajo realizado en la Universidad Politécnica de Murcia, donde han manejado el concepto de Valor Estadístico de la Vida, que es el precio que la sociedad estaría dispuesta a pagar para reducir riesgos, hasta el punto de conseguir una reducción de una muerte en la tasa de mortalidad. En dicho estudio estiman que el precio de la cajetilla rondaría los 100 euros, 25 veces más que el precio real en el estanco. Es decir, fumando una cajetilla al día, el coste de fumar durante un año sería de unos 146.000 euros, gasto que soportan los sufridos fumadores en exclusividad.

Teniendo en cuenta que la población adulta de Extremadura asciende a unos 930.000 ciudadanos..... Deja de fumar, anda.



Ana García Nieto

Psicóloga clínica
E.S.M. de Coria

Presidenta de la
Asociación
Extremeña de
Rehabilitación
Psicosocial

El estigma de la enfermedad mental

MarcoA raíz del lamentable incidente sucedido hace unos meses en el Centro Sociosanitario de Mérida, donde una trabajadora fue agredida por un paciente, se abrió un debate sobre la seguridad en este tipo de instituciones, el perfil de pacientes susceptibles de ser tratados en ellas, y de forma inevitable, la peligrosidad de las personas con enfermedad mental.

Sin querer entrar en parte de dicho debate, más propio de gestores, como miembro de una Asociación profesional dedicada a la mejora de la atención en salud mental me veo en la obligación de hacer una reflexión sobre la carga del estigma en el tratamiento y la recuperación de personas que sufren un trastorno mental grave.

Una adecuada asistencia a esta población es una carrera de obstáculos. Por una parte el estudio y conocimiento de su enfermedad es todavía insuficiente. Por otro lado, está la dificultad de disponer de tratamientos eficaces y servicios adecuados para atender a padecimientos de evolución crónica que requieren atención continuada, capaces de cubrir los cambios en el curso clínico, además de la discapacidad asociada.

Pero otro factor que complica y limita el abordaje de este tipo de trastorno mental es el estigma y la discriminación. Esto genera una desventaja que se suma a las derivadas directamente de la enfermedad. Una parte esencial del estigma surge de la atribución al enfermo mental de propensión a la violencia. Se identifica al paciente psiquiátrico con la conducta violenta imprevisible, se asimila enfermedad mental a locura y ésta a agresividad.

¿Son los enfermos mentales violentos? Revisando bibliografía sobre el tema, se encuentran datos como los siguientes:

- La prevalencia de conducta violenta entre personas con enfermedad mental grave, asintomáticos y que no consumen drogas, no difiere de la de la población general de similares características (Swanson 1996, Appelbaum 2000, Steadman 1998).

- Los pacientes con esquizofrenia no son más violentos que la población general cuando cumplen con el tratamiento pautado por sus especialistas (Torrey 1994).

- Hay estudios que correlacionan negativamente el riesgo de violencia con el diagnóstico de esquizofrenia y síntomas psicóticos activos (Monahan 2000).

- El consumo de tóxicos es la variable clínica más claramente relacionada con el riesgo de conducta violenta (Norko 2005).

- El abuso de sustancias multiplica por 16 el riesgo de ser detenido y condenado por conducta violenta en las personas diagnosticadas de esquizofrenia (Wallace 2004).

- La presencia de síntomas psicóticos activos se relaciona con mayor riesgo de violencia, especialmente síntomas paranoides - amenaza/control/invasión- (Link 1992).

- Las personas con esquizofrenia no son más violentas que la población general. El mayor riesgo de violencia se daba en personas con trastorno de personalidad y en el abuso de sustancias y alcoholismo (The MacArthur Violence Risk Assessment Study, 2001).

La realidad es que las personas con enfermedad mental grave pueden cometer actos violentos de manera impredecible, de forma muy esporádica e infrecuente. Ahora bien, la mayoría de las personas con dicha enfermedad no se comportan de manera agresiva o violenta; es más frecuente que sean víctimas de la misma (Uriarte 2005). Según estudios recientes, la frecuencia en que los enfermos mentales sufren actos violentos o delictivos multiplica por 14 la tasa de la población general (Teplin, 2005).

A pesar de los datos, la desinformación y la divulgación sensacionalista de noticias que destacan y generalizan la condición de enfermo mental como causa única y directa de la agresión, continúa cuestionando el papel de la atención comunitaria y la desinstitucionalización. En algunos países se está produciendo un peligroso deslizamiento hacia una política asistencial dirigida a contentar la "seguridad" de la población, más que el bienestar de los pacientes (Laurance, 2003).

No toca aquí hablar de seguridad en los recursos y servicios diseñados para la población referida, pero sí destacar una realidad basada en resultados de investigaciones, que no demuestran la supuesta peligrosidad de los enfermos mentales. Esto sucede en un número no significativo de casos, normalmente con problemas sobreañadidos de consumo de tóxicos y alcohol, que llenan secciones informativas.

Sin dejar de entender a la persona afectada por este suceso, y el impacto y la consternación que en el entorno laboral y familiar puede causar un hecho así, debo recordar la otra cara de la enfermedad mental. El mayor porcentaje de personas afectadas por trastornos mentales graves puede vivir y trabajar en la comunidad, manteniendo su medicación y con los apoyos necesarios, como en cualquier otra enfermedad crónica. Tan sólo un pequeño número necesita hospitalizaciones prolongadas o servicios de apoyo intensivos.

El esfuerzo debe ir encaminado a la dotación de recursos y profesionales, capaces de ofrecer una atención integral adecuada según las necesidades y bajo la premisa de la individualidad. A pesar del avance en procesos de rehabilitación y recuperación del enfermo mental grave en contra del estigma, siguen existiendo modos que no facilitan la implantación del modelo comunitario. Es la actitud denominada "Nimby" ("Not in my backyard": no en mi patio) o "Span" (Sí, pero aquí no).

Seguimos reflexionando.