# Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Período 2021- 2026

SANIDAD (AÑO DE PUBLICACIÓN)

MINISTERIO DE SANIDAD



# Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Período 2021-2026 SANIDAD (AÑO DE PUBLICACIÓN)

MINISTERIO DE SANIDAD

Documento aprobado por el Comité Institucional de la Estrategia de Salud Mental.

Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día xx de xxx de xxxx.



# Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud



### Asesores científicos

María Eugenia Díez Fernández. Doctora en Psicología, especialista en Psicología Clínica, Hospital Universitario Central de Asturias. Profesora Asociada en Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo Montserrat García Sastre. Enfermera especialista en Salud Mental. Facultad de Enfermería de la Universidad de Alcalá de Henares

Nel Anxelu González Zapico. Confederación Salud Mental España

José Luis Pedreira Massa. Psiquiatra y psicoterapeuta de infancia y adolescencia. Profesor de Psicopatología, Grado de Criminología, UNED



Sociedades científicas, asociaciones, organizaciones y otros expertos consultados

Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Pública

Pilar Aparicio Azcárraga

Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad

Pilar Campos Esteban

Yolanda Agra Varela

Andrés Suárez Alonso

Observatorio de Salud de las Mujeres

Rosa López Rodríguez

Subdirección General de Información Sanitaria

Miguel de Bustos Guadaño

Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO

Ministerio de Consumo
Dirección General de Ordenación del Juego

El editor final de este documento es el Ministerio de Sanidad. Las propuestas expuestas reflejan las aportaciones de muchos profesionales, en particular las realizadas por los asesores científicos. El texto final, no refleja necesariamente las opiniones de todos los participantes en el complejo proceso de redacción.



## ÍNDICE

PRI	ESENTACIÓN	1
١.	INTRODUCCIÓN	2
II.	NOTA TÉCNICA	4
III.	ASPECTOS GENERALES	5
a.	Justificación	5
b.	Finalidad de la estrategia: misión, visión, valores, objetivo general y principios	6
ľ	Misión	6
١	/isión	6
١	Valores	6
(	Objetivo general	6
F	Principios	7
c.	Población diana	
d.	Análisis de situación	10
	Antecedentes	
	Epidemiología de la salud mental	
	Recursos de atención a la salud mental	
L	a salud mental infanto- juvenil	38
	La evolución de los problemas de salud mental. La rehabilitación y reinserción social: la	
	ntervención basada en la recuperación	
	a conducta suicida como un problema de salud pública	
	Salud mental y género	
ļ	Análisis DAFO	
IV.	LÍNEAS ESTRATÉGICAS	
	ea estratégica 1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona	49
Lín tra:	ea estratégica 2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los stornos mentales	56
Lín	ea estratégica 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida	60
	ea estratégica 4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el odelo de recuperación en el ámbito comunitario	63
Lín	ea estratégica 5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia	71
_ \	ea estratégica 6. Atención e intervención familiar	
Lín	ea estratégica 7. Coordinación	80
Lín	ea estratégica 8. Participación de la ciudadanía	83
Lín	ea estratégica 9. Formación	85
	ea estratégica 10. Investigación, innovación y conocimiento	
V.	SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA	93
VI.	EVALUACIÓN	98
\/II	ΔΝΕΥΟ ΜΔΡΟΟ ΝΟΡΜΑΤΙΛΟ	114

## Borrador versión v. 2021 06 24

VIII.	ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	123
IX.	ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	124
X.	BIBLIOGRAFÍA	126



## 1 PRESENTACIÓN

El Ministerio de Sanidad impulsa y promueve la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS), desarrollada desde el año 2006 en colaboración con las comunidades autónomas, que integra las aportaciones de las personas con problemas de salud mental y familiares y de los profesionales sanitarios a través de sus organizaciones. (1) La Estrategia adoptaba entonces un enfoque integrado combinando la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas de salud mental, el diagnóstico y el tratamiento de las personas con problemas de salud mental, la coordinación intra e interinstitucional, así como la adopción de medidas que fomentaran la integración social de las personas con problemas de salud mental y la lucha contra el estigma. Constituyó un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con problemas de salud mental. Entre sus objetivos estaba potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitieran evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como el seguimiento y desarrollo de la propia estrategia.

A partir del acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS de 21 de junio de 2017 sobre la reorientación de la Estrategia de Salud Mental, se plantea esta actualización para el periodo 2021- 2026, con el fin de tener un instrumento que dé una visión general de lo realizado previamente y facilite la reflexión y la toma de decisiones consensuadas en torno a la salud mental en el SNS para este nuevo periodo. La valoración de lo realizado supone reconocer que: la colaboración y la corresponsabilidad institucional de las comunidades autónomas han funcionado de manera fructífera; que la aportación de las y los profesionales y sus organizaciones ha resultado crucial; que las sociedades científicas han cumplido con un papel relevante; y que las personas con problemas de salud mental y familiares, a través de sus organizaciones, han sido un elemento innovador que ha permitido avanzar en el empoderamiento de las mismos. La actualización que aquí se presenta, incorpora nuevas líneas estratégicas; recoge las recomendaciones actuales en materia de salud mental; propone objetivos y el desarrollo de un sistema de evaluación consensuado con las comunidades autónomas, que permitirá medir de forma estandarizada el alcance de esta nueva estrategia. Gracias a las personas con problemas de salud mental y familiares, a través de sus organizaciones, a los miembros del comité institucional de las comunidades autónomas, así como a los profesionales, a través de sus sociedades científicas, que participan con sus aportaciones y compromiso y demás personas expertas interesadas en la salud mental que han participado en la presente Estrategia.

Mi agradecimiento a todas las personas que han participado en la elaboración de este documento que, sin duda, contribuirá a mejorar la salud mental en el SNS.

Ministra de Sanidad

## 41 I. INTRODUCCIÓN

42 La mejora de la calidad asistencial ha sido siempre inherente a los principios del Sistema

43 Nacional de Salud (en adelante, SNS), como se desprende de la Ley General de Sanidad que en

el Título I. (2) Esta ley supuso el marco de referencia en el tema de la calidad en los servicios

45 sanitarios que ha sido objeto de desarrollo normativo en las distintas comunidades

46 autónomas.

47 48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61 62

63

64

65 66

67 68

69 70

71

77

**7**9

80 81

82

83

(7)

En este contexto y amparado por la Ley de cohesión y calidad del año 2003, el, en la actualidad, Ministerio de Sanidad comenzó a desarrollar en el año 2006, en colaboración con las administraciones autonómicas, la Estrategia de Salud Mental del SNS basada en recomendaciones internacionales y de expertos españoles. (1) Esta estrategia, incluida en el Plan de Calidad de 2010 (3), ha servido de herramienta y marco de referencia para el despliegue de programas y acciones que se han ido desarrollando en España sobre salud mental. El Plan de Calidad de 2010 ha contribuido a la financiación de proyectos concretos en temas tan relevantes como la salud mental. En concreto: la celebración en el marco de la Presidencia Europea, la Conferencia "Mental Health and Well-being of Older People - Making it Happen" (4), ha permitido participar activamente en el desarrollo de compromisos internacionales como la Conferencia de Helsinki de la OMS (5), el desarrollo de compromisos incluidos en el Pacto Europeo por la Salud Mental de la OMS-Europa y de la Comisión de la UE (6), en los indicadores OCDE (Health Care Quaility Indicators- Mental Health Care OECDE) y Derechos humanos (Consejo de Europa), así como la elaboración de una guía general de buenas prácticas sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención en contra de la voluntad del paciente. Para la evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006 se constituyó un Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE), formado por los representantes de diferentes unidades del Ministerio Sanidad, de las comunidades autónomas (CC. AA.), del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, de las sociedades científicas del ámbito de la Estrategia y asociaciones de pacientes y familiares [Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y Fundación Mundo Bipolar]. Se consensuó la metodología de evaluación, diseñándose un modelo de recogida de información. Se elaboró el informe de evaluación que se hizo público.

72 A continuación, se elaboró una 2ª versión de la Estrategia que sería aprobada por el Consejo

73 Interterritorial del SNS (en adelante, CISNS) en 2009 (Estrategia en Salud Mental del Sistema

74 Nacional de Salud 2009- 2013). (8)

A partir de la evaluación de esa 2ª versión, en 2016 se presentó al CISNS una nueva

76 actualización que no fue aprobada. (9)

Tras el acuerdo del CISNS de 21 de junio de 2017 sobre la reorientación de la Estrategia de Salud Mental (10) y la aprobación en 2017 de la Proposición No de Ley sobre la Actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (11), se plantea esta nueva actualización para 2021- 2026, con un nuevo enfoque basado principalmente en los derechos de la ciudadanía, la integración social, la lucha contra el estigma, la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, la prevención de la conducta suicida y la recuperación de la persona. Durante los trabajos de actualización está teniendo lugar la

pandemia de COVID-19 lo que ha llevado a añadir un capítulo dedicado a la importancia de prestar especial atención a la salud mental de la población durante y tras una pandemia de estas dimensiones.



## 88 II. NOTA TÉCNICA

89	Este d	documento consta de diez partes diferenciadas:
90 91	1.	Introducción, donde se hace un breve recorrido de las versiones previas de la Estrategia de Salud Mental del SNS, evaluaciones e intentos de actualización.
92	2.	Nota técnica.
93 94	3.	Aspectos generales, abordan la justificación de la Estrategia de salud mental, finalidad, población diana y el análisis de situación.
95	4.	Líneas estratégicas, desarrollan los principios básicos de la estrategia:
96		Línea 1: Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.
97 98		Línea 2: Promoción de la salud mental en la población y prevención de trastornos mentales.
99		Línea 3: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
100 101		Línea 4: Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.
102		Línea 5: Salud mental en la infancia y en la adolescencia.
103		Línea 6: Atención e intervención familiar.
104		Línea 7: Coordinación.
105		Línea 8: Participación de la ciudadanía.
106		Línea 9: Formación.
107		Línea 10: Investigación, innovación y conocimiento.
108	5.	Salud mental y la pandemia de COVID 19.
109	6.	Evaluación.
110	7.	Anexo normativo sobre salud mental.
111	8.	Lista de ábreviaturas y acrónimos.
112	9.	Índice de figuras y tablas.
113	10.	Bibliografía.

## 115 III. ASPECTOS GENERALES

## a. Justificación

116

117	La atención a la salud	l mental de las person	as y de las comunidade	es de las que	éstas formar
<b>TT</b> /	La attricion a la salut	i iliciitai ac ias peisoli	as y ac las collidinadas	LO UL IUO UUL	Cotao Iominan

- parte es condición indispensable para el desarrollo de calidad de vida y el ejercicio pleno de
- una ciudadanía en la que se conjuguen los derechos y deberes. Tal y como estableció en su día
- 120 la Declaración de Helsinki de la Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental de
- 121 2005, "no hay salud sin salud mental". (12)
- 122 El cuidado a la salud mental aún sigue siendo una cuestión insuficientemente atendida. El
- 123 ejercicio de los diversos derechos (civiles, políticos, económicos, sociales, culturales) y el
- desarrollo de una vida digna para todas y todos solo serán posibles con la colaboración entre
- los distintos grupos, organizaciones e instituciones que componen una comunidad.
- La desinformación y la falta de sensibilización sobre la salud mental producen que en muchas
- ocasiones la sociedad discrimine, rechace o estigmatice a las personas con problemas de salud
- 128 mental y, sin embargo, puede afirmarse que, nadie está exento de padecer algún tipo de
- problema de salud mental a lo largo de su vida o la de las personas de su entorno cercano. (i)
- 130 Por encima de los síntomas de su problema de salud, muchas veces el estigma y la
- discriminación son las principales barreras en las actitudes de la población general. Esto
- dificulta la recuperación y la integración social de las personas con problemas de salud mental.
- 133 El estigma y la discriminación desalientan a las personas a reconocer su problema de salud y a
- iniciar su proceso de recuperación. La pervivencia de mitos, prejuicios y estereotipos
- contribuyen a la consolidación del estigma y conducen a la normalización de graves conductas
- 136 discriminatorias.
- 137 Cuando no se considera a la persona en su diversidad pueden producirse graves vulneraciones
- de derechos. Los trastornos mentales, por acción y efecto del estigma, se erigen en una suerte
- de etiqueta tras la que la persona queda anulada y reducida a un diagnóstico que impide su
- 140 consideración integral y la adecuada atención de sus necesidades específicas. De alguna
- manera, tener o presumir que se tenga un problema de salud mental continúa constituyendo
- una justificación, comúnmente asumida, para desproveer a la persona de sus derechos.
- 143 En este contexto y como respuesta a la sensibilidad y empatía que los problemas de salud
- 144 mental despiertan entre la ciudadanía, profesionales, gestores de servicios sociales y
- sanitarios, asociaciones de personas con problemas de salud mental, sus familiares y personas
- 146 allegadas, desde el Ministerio de Sanidad se estableció entre sus principales objetivos la
- 147 atención integral a la salud mental.

Por ello, a lo largo de la última década este Ministerio de Sanidad ha liderado la elaboración y

149 puesta en marcha de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, contando

<sup>(</sup>i) "e) .. la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". Naciones Unidas. Epígrafe e) del Preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. (13)

### Borrador versión v. 2021 06 24

- para ello con las personas con problemas de salud mental, sus familiares y personas allegadas,
- 151 los profesionales, a través de sus organizaciones, y los gestores de servicios sociales y
- sanitarios.
- 153 Para la elaboración de la actualización de la Estrategia que ahora se presenta se contó con la
- participación de personas expertas del ámbito de la salud mental, representantes de personas
- con problemas de salud mental y familiares, constituyendo el grupo de asesores científicos
- 156 (ver índice de colaboradores), quienes hicieron aportaciones al presente documento a partir
- de los antecedentes de las versiones previas de la Estrategia y sus evaluaciones, las novedades
- 158 surgidas en los campos científicos y organizativos y las consideraciones del Consejo
- 159 Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a la propuesta presentada con anterioridad
- 160 (secuencia completa que se detalla en el apartado dedicado a la Introducción).
- 161 El objetivo de esta Estrategia es proporcionar una herramienta útil para la mejora de la salud
- mental de la población, atender de forma integral a las personas con problemas de salud
- mental, apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitario que
- 164 favorezca la recuperación e integración social.

## b. Finalidad de la estrategia: misión, visión, valores, objetivo general y principios

## 167 Misión

165

166

173

178

184

- 168 Establecer objetivos y recomendaciones orientados a la mejora de la salud mental de la
- población, atender de forma eficaz a las personas con problemas de salud mental desde el
- momento en que se presentan, independientemente de su edad o nivel de desarrollo, apoyar
- 171 a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la
- 172 recuperación y la integración social.

## Visión

- 174 Esta Estrategia pretende ser un elemento de referencia para la mejora de la salud mental en el
- 175 Sistema Nacional de Salud, desde la equidad y la sostenibilidad del sistema, teniendo en
- 176 cuenta las mejores evidencias disponibles, las recomendaciones efectuadas y la factibilidad de
- 177 su implementación.

## Valores

- 179 Esta estrategia se basa en la importancia de la promoción de la salud mental y en el
- 180 reconocimiento de los derechos de las personas con problemas de salud mental buscando la
- 181 equidad, la sostenibilidad y la calidad en la atención a las personas con problemas de salud
- mental, basada en el modelo de recuperación, incorporando la participación ciudadana y todo
- 183 ello desde una perspectiva de género y de eliminación de las inequidades sociales en salud.

### Objetivo general

- "Mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención del
- 186 Sistema Nacional de Salud".

## **Principios**

- Esta Estrategia parte de la convicción de que cualquier actuación o modelo debe respetar los derechos de las personas con problemas de salud mental y debe, ineludiblemente, dar una respuesta adecuada a las necesidades de apoyo o atención que puedan tener en cada momento de su vida.
- 192 Así, los principios sobre los que se asienta la actualización de la estrategia son los siguientes:
- La persona con problemas de salud mental como sujeto de derecho. Con la entrada en vigor de la Convención de la ONU de los derechos de las personas con discapacidad, se abordan los problemas de salud mental como una cuestión de derechos humanos y desde una perspectiva donde predomina el "modelo social". (13) Aumenta el convencimiento de que la persona con problemas de salud mental es titular de derechos, los cuales deben ser respetados. Se hace imprescindible para ello, garantizar el cumplimiento no sólo de la Convención, sino del resto de la legislación vigente en materia de discapacidad y ofrecer una atención basada en el cumplimiento de los derechos, garantizando la equidad e igualdad en el acceso a los recursos y a las atenciones necesarias. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y de la legislación vigente en las distintas comunidades autónomas, reconoce el derecho del paciente a ser informado en caso de incapacidad, así como a su representante legal si fuera necesario. (14)
  - Enfoque de género. Significa tener en cuenta las diferentes necesidades de las mujeres y de los hombres en todo el proceso de planificación y prestación de servicios de salud mental. Considera un enfoque holístico psicosocial donde el género es un pilar fundamental, reconociendo que los factores psicosociales sitúan a las mujeres en desventaja y perjudican la salud mental de las mismas. Implica una voluntad de participar en la consecución de la igualdad real entre hombres y mujeres.
    - Participación de la persona con problemas de salud mental y familiares. En el marco del modelo comunitario de atención en salud mental, la recuperación de las personas con problemas de salud mental y de sus familias se debe afrontar desde una perspectiva de derechos. En este sentido, la participación es un derecho fundamental de la persona con problemas de salud mental y sus familias para participar en igualdad de condiciones con los y las profesionales, garantizando de ese modo que las decisiones tomadas para el desarrollo de la intervención sean consensuadas y tengan un impacto claro en todos los niveles: planificación, desarrollo y evaluación.
    - Diálogo y escucha activa. Son elementos fundamentales sobre los que se debe basar la relación terapéutica y la intervención en salud mental. La red de atención en Salud Mental requiere de profesionales bien preparados técnicamente, así como, bien preparados para establecer alianzas terapéuticas, relaciones empáticas y de apoyo con las personas con problemas de salud mental y sus familias. Todo ello llevará a que el proceso de toma de decisiones sea compartido y acordado entre profesionales y usuarios.

- 228 Recuperación personal. La recuperación es un proceso único e individual unido al 229 crecimiento personal de cada individuo. Este proceso está ligado a una modificación 230 sustancial de actitudes, valores, sentimientos, objetivos y roles de la persona con problemas de salud mental en la construcción de un nuevo proyecto de vida que no esté 231 232 centrada en el diagnóstico y los síntomas del problema de salud, en la que la propia 233 persona ocupa un rol protagonista. Ello está ligado al descubrimiento o 234 redescubrimiento de un sentido de identidad personal separado de la enfermedad o 235 discapacidad. Una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin que, 236 necesariamente, se haya recuperado de su problema de salud (recuperación clínica).
- Atención personalizada. Tratamiento y trato individualizado. Todas las personas con problemas de salud mental no son iguales, por tanto la relación terapéutica y los planes de tratamiento deben individualizarse ajustándose desde el inicio y posteriormente de manera periódica a las necesidades que presenta la persona en cada momento. Es imprescindible facilitar entornos terapéuticos en los que las personas con este problema de salud, de manera continuada, puedan ofrecer sus opiniones sobre la evolución y la satisfacción con los cuidados que recibe.
- Continuidad asistencial y de cuidados. La continuidad de cuidados deriva de la 244 245 necesidad de muchas personas con problemas de salud mental de tener atención, cuidados, tratamiento y apoyo social de forma continuada. La medida en la que este 246 247 objetivo pueda alcanzarse refleja, en parte, la coordinación entre servicios y el grado de 248 actuación armónica conjunta de los diversos servicios de un área local. La continuidad 249 de cuidados es la capacidad de la red asistencial para proporcionar atención, cuidados y 250 apoyo a lo largo de la vida de la persona (continuidad longitudinal) y de forma 251 coherente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal), con un 252 enfoque de atención comunitaria a la salud mental, en el que la coordinación de 253 servicios para garantizar la continuidad de cuidados se realiza desde los equipos de 254 salud mental de los diferentes dispositivos y desde la consideración de la implicación 255 directa de los sujetos en su proceso (incluyendo agudos y crónicos, equipos de 256 tratamiento asertivo, diálogo abierto, etc.).
  - Las personas formando parte de una sociedad con derechos y obligaciones que pueden verse debilitados por la irrupción de acontecimientos voluntarios o involuntarios que pongan al descubierto grupos vulnerables con necesidad de protección social. Está visto que desastres naturales, el impacto humano sobre el medio ambiente, crisis económicas, guerras y pandemias —ej. la reciente pandemia COVID-19-, entre otros, generan estrés postraumático, mostrando de forma específica grupos vulnerables para la salud mental y que necesitan ser abordados.

## c. Población diana

257

258

259

260

261

262

263

264

265

**26**6

267

268

269

Esta estrategia está dirigida a toda la población, y especialmente a todas las personas que reciben atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud (SNS), a sus profesionales (del ámbito clínico y de gestión), organizaciones y proveedores de asistencia sanitaria en el SNS, y a todas aquellas entidades académicas y agentes involucrados en la mejora de la salud mental en España.



#### Análisis de situación d.

## Antecedentes

271

272

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294 295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

**30**9

311

312

273 Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de 274 bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las 275 tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de 276 hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, se puede decir que no corresponde solo a 277 la ausencia de problemas de salud mental, sino que está muy relacionado con la promoción del 278 bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y 279 recuperación de las personas.

Diversos organismos internacionales, entre ellos la OMS, así como las observaciones de los y las profesionales en su atención directa a las personas, alertan de que el incremento del sufrimiento psíquico y de diversos problemas de salud mental está estrechamente vinculado a los estilos, condiciones de vida y a todo el conjunto de factores denominados determinantes sociales, que se suman a los determinantes biológicos, para hablar de determinantes biopsicosociales, por lo que es necesario entender la salud mental como un aspecto más del bienestar de cada persona. En el diseño de la presente estrategia se incluye la concepción biopsicosocial, formulada por Engel, que posibilita un abordaje actualizado y con perspectivas de futuro en su desarrollo. (15)

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como factores neurobiológicos, la interacción entra la genética del individuo y el ambiente (epigenética), la capacidad para gestionar los pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Los determinantes de la salud de la población pueden conceptualizarse como estratos de influencia similares a un arco iris, con factores individuales en el centro y alrededor los factores relacionados con los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales. Para establecer prioridades y proponer intervenciones y estrategias adecuadas, se debe evaluar la importancia de la contribución de distintos factores de riesgo a la carga total de enfermedad. (16)

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) desarrolla en colaboración con la Comisión Europea una serie de informes Health at a Glance, en ellos se evalúa el progreso hacia sistemas de salud eficaces, accesibles y resistentes en toda la UE. En el informe publicado en 2018 (58) se estimaba que el coste total de los problemas de salud mental representa el 4 % del PIB en los países de la UE: 190.000 millones de euros (1,3 % del PIB) refleja el gasto directo en asistencia sanitaria, 170.000 millones de euros (1,2 % del PIB) se gastan en programas de seguridad social y aproximadamente 240.000 millones de euros (1,6 % del PIB) representan costes indirectos para el mercado laboral debido a la reducción del empleo y de la disminución de la productividad laboral.

310

La atención a la salud mental debe girar, por ser coherente con una cuestión de derechos, hacia un enfoque de atención centrada en la persona, lo que implica dotar de protagonismo en

### Borrador versión v. 2021 06 24

351

352

313 su proceso de recuperación a la propia persona que ha experimentado problemas en su salud 314 mental. Es imprescindible evitar percepciones de la persona con problemas de salud mental 315 como solamente alguien que sufre, poniendo énfasis en todo momento en sus fortalezas, 316 capacidades y recursos y situándola en el centro, en definitiva, asumiendo la atención centrada 317 en la persona. 318 Esta Estrategia se basa en el modelo de recuperación, en el cual se sitúa a la persona como 319 protagonista de su proceso, y en el modelo de atención comunitaria. La recuperación es un 320 proceso único e individual ligado al crecimiento personal y que a veces incluye un cambio de 321 actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Está ligado al 322 proceso de construir un proyecto de vida nuevo, que la propia persona ha de definir y que sin 323 duda va más allá de los síntomas. 324 Este modelo requiere un cambio en las relaciones entre las personas con problemas de salud 325 mental y los profesionales de los ámbitos sanitario y social. Se precisa un giro hacia una 326 posición de colaboración y construcción conjunta de planes de tratamiento, presentando 327 desde el ámbito profesional las opciones terapéuticas existentes y apoyando a la persona con 328 problemas de salud mental en la elección del camino de recuperación más adecuado a sus 329 propios intereses y posibilidades. 330 El modelo de recuperación también va a implicar la consideración de la perspectiva de género 331 en todas las actuaciones, para garantizar la adecuación de los programas y servicios de salud 332 mental a las características diferenciales de mujeres y hombres, tal como recomiendan el 333 Parlamento Europeo en Resolución del 14 de febrero de 2017. (17) En 2018 se publicó la evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales 334 335 en España (18) que se proponía en la Estrategia en Salud Mental del SNS aprobada en el CISNS 336 en 2009. (8) Las conclusiones más importantes de este estudio fueron que las carencias más 337 importantes en la implementación del modelo comunitario en 2014 se relacionaron con la 338 ausencia de una perspectiva de salud pública, con la mala gestión y rendición de cuentas, y la 339 ralentización del desarrollo de equipos, servicios y redes de servicios de orientación 340 comunitaria. 341 El modelo se modificó poco globalmente entre 2008 y 2014, pero algunas prácticas clave, 342 como la universalidad y gratuidad del sistema, la atención sectorizada, el acortamiento de los 343 tiempos de espera, las subvenciones a las asociaciones de usuarios y familiares, y la aplicación 344 de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a 345 las personas en situación de dependencia se redujeron de forma sustancial en muchas 346 comunidades coincidiendo con los peores años de la crisis económica. 347 Otras prácticas, como la historia clínica informatizada, los planes Individualizados de atención y 348 el tratamiento asertivo comunitario, incrementaron su cobertura en algunas comunidades a 349 pesar de la recesión. **35**0 La Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS "Empoderamiento del usuario de

salud mental" (19) propone las acciones siguientes en relación con la educación y formación de

los profesionales, usuarios/as, cuidadores/as y la comunidad:

### Borrador versión v. 2021 06 24

- Diseñar e impartir la formación a los y las profesionales de salud mental, con la participación real y efectiva de las personas con experiencia propia y sus familiares.
- Buscar personas formadoras relacionadas específicamente con niñas y mujeres con
   problemas de salud mental.
- Incluir el estigma de los problemas de salud mental en el currículo de atención primaria
   y de los profesionales de salud mental.
- Ofrecer formación a agentes sociales relevantes tales como policía, sistema judicial y empresas.
- Ofrecer formación a personas con problemas de salud mental y familiares en habilidades
   para participar en comisiones de trabajo y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de rutas y vías para la persona con experiencia propia en salud mental, en los roles y oportunidades que tienen las profesiones asistenciales a nivel de grado y posgrado.
- La aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 (2) supuso uno de los mayores hitos en la 366 367 atención a la salud mental en el Estado Español al equiparar la atención de las personas con 368 trastorno mental con la atención al resto de problemas de salud. Dicha Ley incorporó las líneas 369 generales del Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la 370 atención a la salud mental, del Plan para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y de Salud 371 Mental de 1985. (20) La implementación de dichas recomendaciones fue desigual, en particular en lo que respecta al desarrollo de algunos términos como por ejemplo: servicios 372 373 comunitarios, integración, rehabilitación, interconsulta, psicoterapia, trabajo comunitario, 374 prevención, evaluación y calidad.
- A pesar de la importante evolución que se ha producido en el modelo de atención a las personas con problemas de salud mental en los últimos años, es urgente e imprescindible introducir una serie de principios que permitan evolucionar hacia un modelo en el que se ofrezca la posibilidad de avanzar en inclusión social, así como la capacidad de disfrutar de un rol social pleno en el medio comunitario y no en servicios segregados.
- 380 El cambio de modelo en la atención a las personas con problemas de salud mental, dejando 381 atrás otros modelos que vulneraban los derechos de este colectivo, debe realizarse desde el 382 prisma de que la persona con problemas de salud mental es sujeto de derechos. En este 383 sentido, en su proceso de recuperación las personas se pueden encontrar con dificultades para 384 evadirse del rol de ser dirigidas.
- 385 Para lograr esta situación es necesario:
- 386 a. Potenciar la autonomía de las personas con problemas de salud mental, desarrollando sus capacidades, recursos, activos de salud o habilidades.
- 388 b. Aumentar la posibilidad de tomar decisiones en diferentes esferas que afectan directamente a su desarrollo personal.
- 390 c. Respetar sus tiempos, necesidades y valores, en definitiva, respetar su diversidad.

## Epidemiología de la salud mental

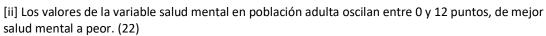
### Riesgo de mala salud mental en la población

394	La Encuesta	Nacional de	Salud (ENSE	) valora (	el riesgo de	e mala salu	d mental.	(21)

En la población adulta (15 y más años) lo hace mediante el cuestionario de salud general de Goldberg GHQ-12, que permite detectar la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de padecimiento psicológico. Se trata de un cuestionario autoadministrado que explora síntomas subjetivos de distrés psicológico, manifestaciones somáticas frecuentemente asociadas a ansiedad, depresión, dificultades de relación y de cumplimiento de los roles sociales, familiares y profesionales, es decir, la evaluación que hace la persona de su estado de bienestar general. Es un instrumento de cribado no siendo adecuado para hacer diagnósticos clínicos ni para valorar trastornos crónicos. Los valores oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. (22)

Según los datos ofrecidos por la Encuesta Nacional de Salud de 2017 el valor promedio en la población de 15 y más años fue de 1,4 (DE 2,6). En hombres la puntuación fue más baja (1,1; DE 2,3) (mejor percepción de salud mental) que en mujeres (1,6; DE 2,8). [ii]

En relación con la actividad económica (figura 4), el trabajo remunerado fue uno de los principales determinantes del estado general de salud de la persona y de la salud mental en particular. Obtuvo diferente puntuación la población desempleada (1,9; DE 3,0) que la que estaba trabajando (0,9; DE 1,9), aunque los valores más elevados se observaron en la población incapacitada para trabajar (4,1; DE 4,3). (23)



414

415

418

419 420

421

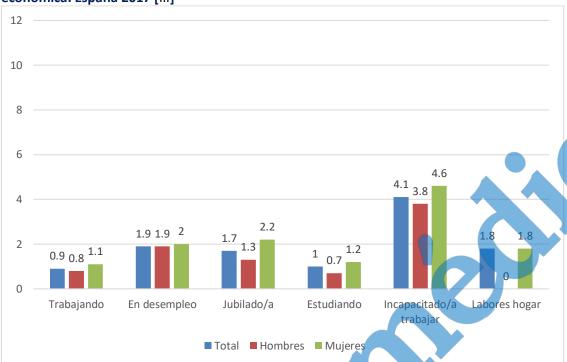
422

423

424 425

426

## Figura 1. Riesgo de mala salud mental en población adulta según sexo y la actividad económica. España 2017 [iii]



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (23)

Al igual que para la población adulta, la <u>Encuesta Nacional de Salud (ENSE)</u> valora también <u>el riesgo de mala salud mental en la población infantil</u>. (21) El riesgo de mala salud mental en la población infantil de 4 a 14 años se mide con el cuestionario *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). (iv) Estudia cinco dimensiones: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización o conducta prosocial. (v, vi) (24)

En 2017, de las cuatro dimensiones negativas estudiadas, los niños obtuvieron una puntuación más alta (peor salud mental) que las niñas en tres de ellas, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con los compañeros, y las niñas, en síntomas emocionales (figura

iii Salud mental en población adulta según sexo y la actividad económica. Puntuación media (escala 0-12) obtenida en el GHQ-12 (a mayor puntuación peor salud mental). Población de 15 y más años. España 2017

SDQ. Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires 2014.
www.sdqinfo.com

VEL SDQ es un cuestionario breve diseñado en 1997 por Goodman para la identificación de problemas de salud mental en los niños de entre 4 y 16 años. Ha mostrado efectividad para el cribado de los trastornos de conducta, emocionales y de hiperactividad. Consta de 25 items agrupados en 5 dimensiones

vi Los valores de cada categoría de la variable "salud mental en población infantil" oscilan entre 0 y 10 puntos, de mejor a peor salud mental para las escalas "síntomas emocionales", "problemas de conducta", "hiperactividad" y "problemas con compañeros" y de peor a mejor para la escala de "conducta prosocial". Es decir, a mayor puntuación, peor salud mental, excepto para la dimensión prosocial que puntúa en dirección contraria (a más puntuación mejor salud). La suma de las 4 primeras dimensiones (todas excepto la prosocial), genera el *Total Difficulties Score* (TDS) del cuestionario SDQ o puntuación total de las dificultades, cuyo recorrido de valores es entre 0 y 40. A mayor puntuación en el TDS, peor salud mental.

430

431

450 451

452

453

454

455 456

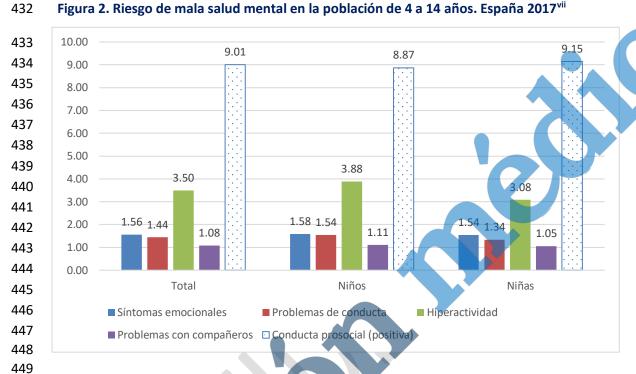
457

458

427 8). La conducta prosocial (dimensión positiva) presenta valores más altos en niñas (9,2) que en 428 niños (8,9).

Los datos disponibles en la encuesta de 2017 mostraron que en la población infantil estudiada una frecuencia de hiperactividad de 3,5 %, de síntomas emocionales 1,6 % y de problemas de la conducta de 1,4 %. (29)

Figura 2. Riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años. España 2017<sup>vii</sup>



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (23)

## Población en riesgo de mala salud mental

Estratificando según el punto de corte establecido para estimar la población de 15 y más años en riesgo de padecer un trastorno mental (GHQ-12 ≥ 3)viii, esta fue el 18,0% en la ENSE de 2017: 13,9% de los hombres y 21,9% de las mujeres. El riesgo fue mayor a mayor edad, con un salto más marcado en los grupos de mayor edad: 12,6% en el grupo de 15 a 24 años vs. 31,9% en el de 85 años y más (figura 5).

il Puntuación media (escala 0-10) obtenida en 5 dimensiones del SDQ. Los valores de cada categoría de la variable "salud mental en población infantil" oscilan entre 0 y 10 puntos, de mejor a peor salud mental para las escalas "síntomas emocionales", "problemas de conducta", "hiperactividad" y próblemas con compañeros" y de peor a mejor para la escala de "conducta prosocial". Población de 4-14 años. España 2017. ENSE

viii El punto de corte para identificar los posibles casos psiquiátricos es 3, de manera que un individuo que obtenga una puntuación de 3 o más es un posible caso psiquiátrico o está en riesgo de padecer un trastorno mental (se utiliza la expresión mala salud mental para esta puntuación), teniendo en cuenta que se trata de un instrumento de cribado y no diagnóstico. Diferentes estudios demuestran que hay diferencias culturales que determinan diferencias en las respuestas y, consecuentemente, en el punto dónde se debe situar el corte. Es conveniente valorar la evolución de las series más que los datos puntuales obtenidos.

## Figura 3. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3) en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (23)

En el análisis por comunidades autónomas, en cuanto a la estimación de la población adulta en riesgo de mala salud mental, Murcia y Andalucía ocuparon los primeros puestos, por encima del 25%. En el extremo contrario Galicia, Extremadura y Ceuta presentaron los menores porcentajes (figura 6). Esta distribución según la comunidad autónoma no concuerda con la morbilidad declarada. Asturias y Galicia, donde más del 20% de las mujeres refirieron "alguna enfermedad mental" (ansiedad crónica, depresión y/u otras), presentan valores inferiores a la media en el GHQ-12. Por el contrario, Andalucía, la Comunidad Valenciana y Murcia destacan por obtener los resultados más altos con el GHQ-12, ocupando lugares intermedios en la morbilidad declarada. Tampoco guarda relación directa el GHQ-12 con el consumo de antidepresivos y tranquilizantes.

476

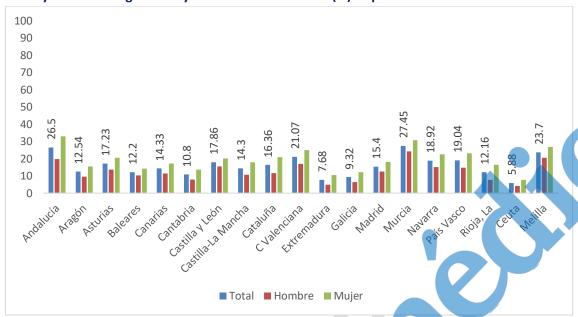
477

480

489

490

## Figura 4. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3) en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma (%). España 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (23)

Población infantil en riesgo de mala salud mental

Al estratificar según el punto de corte establecido para el SDQ (14 o más puntos) (ix), el porcentaje de población entre los 4 y los 14 años en riesgo de mala salud mental fue en 2017 de 13,2%: mayor en niños (15,6%) que en niñas (10,5%).

Por grupos de edad, los niños de 4 a 9 años presentaron porcentajes más altos (14,2%) que los del grupo de 10 a 14 años (11,9%), tanto en niños como en niñas (tabla 1).

Por comunidades autónomas, Andalucía, Castilla y León y Cataluña presentaron los porcentajes más altos, con población infantil en riesgo de mala salud mental por encima del 15%.

Tabla 1. Población infantil en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). Población de 4-14 años. España, ENSE 2017

	SDQ ≥14			
	Total	Niños	Niñas	
Número de encuestados	4723	2449	2274	
	%	%	%	
Total (de 4-14 años)	13,16	15,63	10,53	
Grupo de edad				

ix Los autores originales del instrumento desarrollaron puntos de corte a partir de los cuales es posible estratificar la salud mental en categorías. En este apartado se describe la variable "en riesgo de mala salud mental" definida como las puntuaciones ≥ 14 en la escala TDS.

	SDQ ≥14		
	Total	Niños	Niñas
De 4 a 9 años	14,20	16,62	11,57
De 10 a 14 años	11,91	14,41	9,32
Clase social			
1	8,54	10,50	6,66
П	9,20	9,39	8,99
III	10,43	11,35	9,42
IV	12,61	14,86	10,34
V	15,69	21,29	10,18
VI	20,96	20,38	21,62
No consta	10,45	13,80	5,14
Comunidad autónoma			
Andalucía	17,60	19,06	16,12
Aragón	13,11	17,35	8,36
Asturias	12,89	17,52	7,53
Baleares	10,63	7,20	14,45
Canarias	5,74	9,01	2,44
Cantabria	6,94	3,47	10,40
Castilla y León	16,21	20,25	11,85
Castilla-La Mancha	14,53	16,63	12,27
Cataluña	15,56	20,09	10,73
C Valenciana	10,62	14,37	6,54
Extremadura	6,89	12,69	0,79
Galicia	8,29	12,29	4,16
Madrid	11,64	13,34	9,82
Murcia	8,79	8,20	9,46
Navarra	14,14	13,26	15,05
País Vasco	14,28	14,47	14,07
La Rioja	8,38	6,83	10,25
<u> </u>	1	1	

<sup>\*</sup>Ceuta y Melilla no se presentan por número de efectivos insuficiente.

3

492 Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD 493 MENTAL (23)

Tabla 2. Evolución de la población infantil en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). Población de 4-14 años. España, ENSE 2006- 2011- 2017

•	• •	•	
	% SDQ ≥14		
	2006	2011	2017
Total	22,50	17,09	13,16
Niños	23,66	18,18	15,63
Niñas	21,3	15,92	10,53

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (23)

## Problemas de salud mental en la población general

Desde la introducción de criterios diagnósticos específicos para los problemas de salud mental en la década de 1970, ha habido una rápida expansión en el número de encuestas de salud mental a gran escala que proporcionan estimaciones en la población de la prevalencia combinada de los problemas de salud mental comunes.

En la revisión sistemática realizada entre los años 1980- 2013 por Steel Z *et al.* sobre la prevalencia global de los problemas de salud mental, en 63 países del mundo, se identificó que 29,2 % (25,9- 32,6 %) de las personas encuestadas habían experimentado un trastorno mental en algún momento durante sus vidas. Un efecto de género consistente en la prevalencia de trastorno mental común fue evidente: las mujeres presentaban tasas más altas de trastornos del estado de ánimo (7,3 % vs. 4 %) y ansiedad (8,7 % vs. 4,3 %) durante los últimos 12 meses y los hombres tenían tasas más altas de trastornos por consumo de sustancias (2 % vs. 7,5 %), con un patrón similar para prevalencia de por vida (algún trastorno mental en algún momento de su vida). Esta revisión sistemática confirmó que los trastornos mentales comunes son altamente prevalentes a nivel mundial y afectan a personas en todas las regiones del mundo. (25)

En el estudio "The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys", Kessler et al (2009) se concluyó que la prevalencia- vida de los trastornos mentales era de 18,1 % a 36,1 % y la prevalencia-año de 9,8 % a 19,1 %. De estos, entre el 4 %- 6,8 % son trastornos mentales graves en la mitad de los países y muchos comienzan en la infancia y adolescencia. (26)

La Encuesta de Salud de la OMS realizada en 11 países de América, Europa y Asia revela que a pesar de las diferencias entre países las tasas de prevalencia de los trastornos bipolares fueron muy similares, también su gravedad y comorbilidad. La prevalencia vida de los trastornos del espectro bipolar fue de 0,6 % para el trastorno bipolar tipo I y el 0,4% para el trastorno bipolar tipo II, y las prevalencias año fueron menores siendo 0,4 % y 0,3 % respectivamente. Los episodios depresivos revelaron una gravedad mayor y mayor frecuencia que los episodios maniacos (74 % con depresión y 50 % con manía). (27)

### Borrador versión v. 2021 06 24

- 526 Según un estudio europeo de prevalencia de los trastornos mentales en Europa, cada año casi
- 527 165 millones de personas sufren un trastorno mental como depresión, ansiedad, insomnio o
- 528 demencia. (28) El estudio calificó los trastornos mentales como "el mayor desafío de la Europa
- 529 del siglo XXI".
- 530 En Europa (28) se estima que cada año el 38,2 % de la población sufre un trastorno mental. Los
- trastornos más frecuentes son trastornos de ansiedad (14 %), insomnio (7 %), depresión mayor
- 532 (6,9 %), trastornos somatomorfos (6,3 %), dependencia del alcohol y las drogas (> 4 %). Los
- trastornos del cerebro y los trastornos mentales, contribuyen en un 26,6 % al total de todas las
- causas de discapacidad, lo que representa una mayor proporción en comparación con otras
- regiones del mundo. Las afecciones individuales más incapacitantes fueron: depresión,
- 536 demencias y trastornos por consumo de alcohol.
- 537 En España la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud en España
- 538 (EESE) ofrecen información periódica sobre el estado de la salud mental de la población. Se
- van alternando cada 5 años lo que permite hacer un seguimiento de las cuestiones que
- comparten cada 2,5 años. La evaluación del riesgo de mala salud mental y la prevalencia de
- 541 trastornos mentales en población de 0 a 14 años solo está disponible en la Encuesta Nacional
- de Salud, por lo que se cuenta con datos cada 5 años. Se trata de cuestionarios diseñados para
- 543 proporcionar información sobre la valoración del estado de salud general, identificar los
- principales problemas de salud de los ciudadanos, conocer el grado de acceso y utilización de
- los servicios de salud, y especificar los factores determinantes de la salud. (29, 30)
- En el momento de redacción de la Estrategia, la última Encuesta Europea de Salud en España
- 547 (EESE) es del año 2020. (30)
- Los principales resultados que refleja en salud mental en el año 2020 son:<sup>x</sup>
- Entre los problemas de salud mental más frecuentes están la ansiedad y la depresión.
- El 5,84 % de la población adulta de 15 o más años declara haber sido diagnosticado de ansiedad crónica, 3,50 % de los hombres y 8,06 % de las mujeres.
  - El diagnóstico de <u>depresión</u> se refiere en el 5,28 %. Al igual que la ansiedad, la frecuencia de depresión en la población adulta es más del doble en mujeres 7,22 % que en hombres 3,23 %.
  - La prevalencia de depresión es 3 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,62 %) que entre los que están trabajando (2,47 %) y alcanza el 23,71% entre quienes están incapacitados para trabajar. Algo similar ocurre en el caso de la ansiedad crónica con un 8,52 %, 4,4 % y 24,44%, respectivamente.
  - El 10,86 % de la población de 15 o más años declara haber consumido medicamentos del tipo de los tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir en las últimas 2 semanas (14,19 % de las mujeres y 7,35 % de los hombres) y el 4,52 % antidepresivos o estimulantes (6,33 % de las mujeres y 2,6 % de los hombres).
- Un 4,77 % de la población de 15 o más años <u>refiere haber acudido al psicólogo</u>,
   psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, 5,49 % de las mujeres y 4 % de los hombres.

.

552

553554

555

556

557558

559

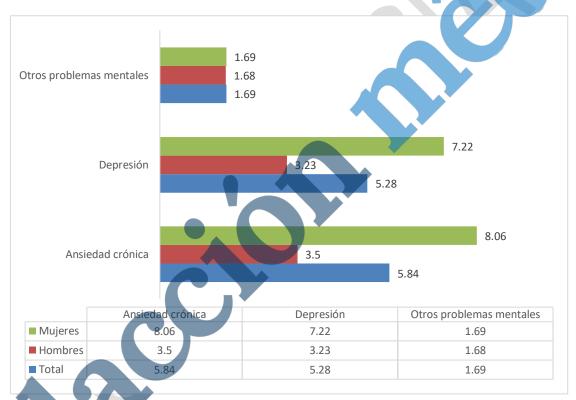
560 561

<sup>\*</sup> Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

Los trastornos depresivos están detrás de gran cantidad de días laborales perdidos al año por enfermedad. (31, 32, 33).

En la figura 7 se muestran los datos de prevalencia de depresión y ansiedad crónica en la población adulta de 15 y más años. Se trata de la frecuencia autodeclarada de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico, según recoge tanto la Encuesta Nacional de Salud como la Encuesta Europea de Salud en España. La aparición de sintomatología depresiva es más frecuente que los cuadros depresivos en sentido estricto. El relacionar duelo con trastorno depresivo, hablar del "bajón" adolescente como si fuera una depresión o confundir estados de tristeza con padecer una depresión, incluso estados de cansancio o decaimiento se confunden con cuadros depresivos, puede ser una de las razones para el incremento del diagnóstico de estos trastornos.

Figura 5. Prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%). España 2020<sup>xi</sup>



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. (30)

Cuando se analiza por grupos de edad se observa que las diferencias por sexo en la frecuencia de ansiedad crónica y depresión se hacen 2 veces más frecuentes a partir de los 45 y 55 años.

xi Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

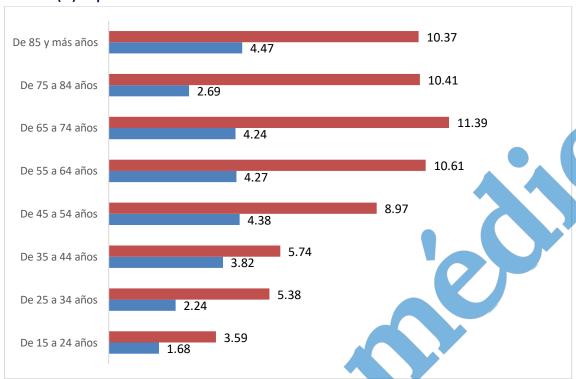
587

588 589

590

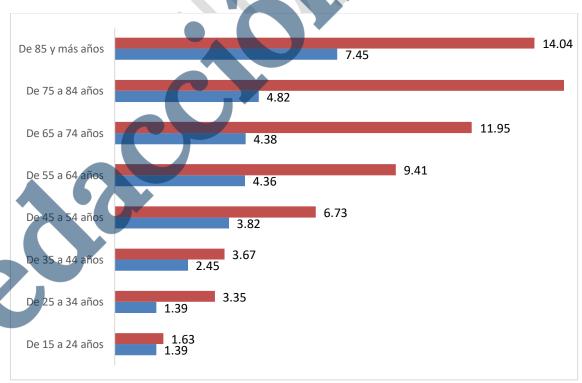
591

## Figura 6. Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020<sup>xii</sup>



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. (30)

Figura 7. Prevalencia de depresión en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. (30)

xii Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

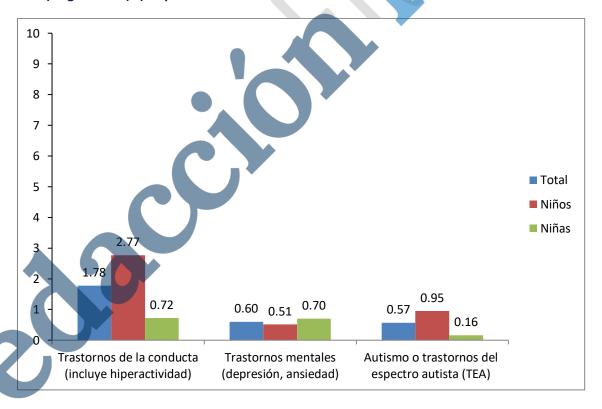
La Encuesta Nacional de Salud no incluye problemas de salud mental, tales como el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el trastorno obsesivo compulsivo, el trastorno límite de la personalidad, los trastornos alimentarios, etc.

En cuanto a la prevalencia de problemas de salud mental en población infantil la Encuesta Europea de Salud en España no estudia esta población por lo que los últimos datos disponibles son los de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2017. La Encuesta Nacional de Salud explora de forma específica en la población la presencia de determinados problemas padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico: en la población de 0 a 14 años trastornos de la conducta y del estado de ánimo y en la población de 3 a 14 años se añaden los trastornos del espectro autista.

En 2017 la prevalencia de menores que habían sido diagnosticados de trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad) fue del 1,78%, de trastornos mentales (depresión, ansiedad), el 0,6%, y de autismo o trastornos del espectro autista (3-14 años), el 0,6%. Esta última se recogía por primera vez.

Los problemas de salud mental explorados fueron más frecuentes en varones, a expensas de los trastornos de la conducta y del espectro autista.

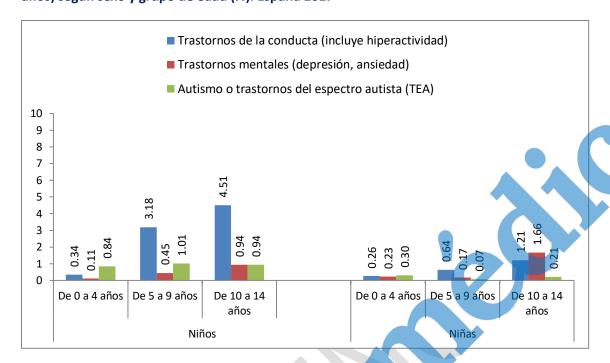
Figura 8. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población infantil (0- 14 años) según sexo (%). España 2017



\*Padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (23)

Todos los trastornos presentaron un gradiente ascendente con la edad, especialmente los trastornos de la conducta en niños, que fue además el grupo de problemas declarado con mayor frecuencia.

## Figura 9. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población infantil (0- 14 años) según sexo y grupo de edad (%). España 2017



\*Padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (23)

Los problemas de salud estudiados en menores se mantuvieron en niveles semejantes a los de años anteriores (tabla 3).

Tabla 3. Evolución de la prevalencia declarada de trastornos de salud mental en la población infantil (0- 14 años). España, ENSE 2006- 2011- 2017

Problema de salud/ año	2006	2011	2017
Trastornos de la conducta (incluye hiperactividad)	1,95 %	2,2 %	1,78 %
Trastornos mentales (depresión, ansiedad)	0,82	1,0	0,60

\*Padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL (23)

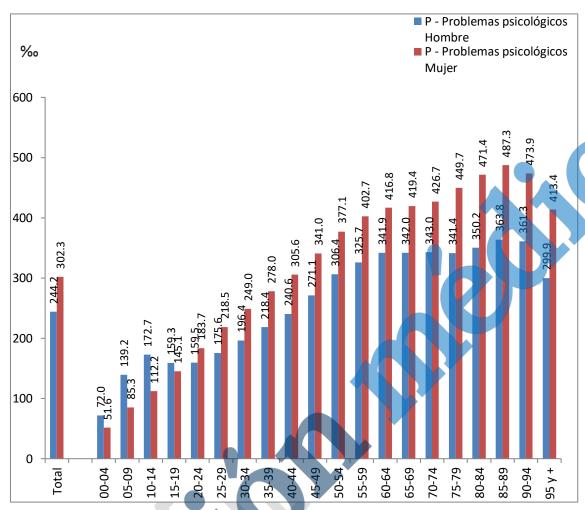
## Registro de problemas de salud mental en Atención primaria

En España la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (en adelante, BDCAP) recoge información clínica de una amplia muestra (4,8 millones en 2017) de historias clínicas de las personas asignadas a atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Anualmente se recopila, para cada individuo de la muestra, información sobre sus problemas de salud activos, las interconsultas al segundo nivel, los procedimientos (de imagen, laboratorio y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos), el valor de una selección de parámetros, los medicamentos que han sido prescritos y dispensados y los contactos con atención primaria.

- En relación a los datos registrados en BDCAP los resultados más destacados relacionados con la prevalencia de problemas de salud mental en 2017 fueron: (34, 35)
- La prevalencia global registrada en Atención primaria de problemas de salud mental en 2017 es del 27,4%.
  - El problema de salud mental más frecuentemente registrado en las historias clínicas de atención primaria es el trastorno de ansiedad que afecta al 6,7% de población con tarjeta sanitaria.
  - El trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población y se va incrementando con la edad.
  - Las psicosis en conjunto afectan al 1,2%.
  - El síntoma más frecuente es el trastorno del sueño, que afecta al 5,4%.
  - Se observa un predominio femenino en los adultos, fundamentalmente en el caso de la anorexia nerviosa (7 veces más) y el trastorno depresivo (3 veces más).
  - Es frecuente la existencia de gradiente social (el problema de salud es más prevalente a medida que disminuye el nivel de rentas) en especial en las psicosis (esquizofrenia, 12 veces más en el nivel de renta más bajo respecto al más alto), los trastornos de la personalidad (11 veces más) y los trastornos de somatización (7 veces más).
  - El 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años retiró en la farmacia al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio, 2017. En términos cuantitativos se dispensaron un total de 203,6 DHD (dosis diarias definidas por mil personas y día), siendo los más utilizados los antidepresivos (98,8 DHD), los ansiolíticos (64,5 DHD) y los hipnóticos y sedantes (40,2 DHD).

Analizando un poco más en profundidad estos datos, se observa que la prevalencia global registrada en Atención primaria de problemas de salud mental en 2017 es del 27,4% (porcentaje de personas asignadas a Atención primaria que presenta algunos de los problemas psicológicos o de salud mental recogidos en la Clasificación Internacional de Atención Primaria-CIAP2 bajo el epígrafe P-Problemas psicológicos). La frecuencia es mayor en mujeres (30,2%) que en los hombres (24,4%), aunque varía con la edad, figura 10.

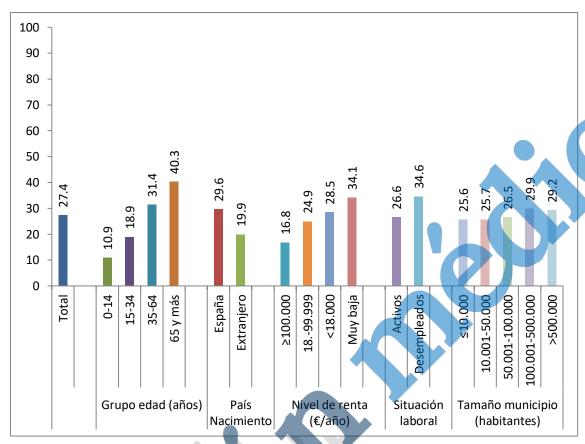
Figura 10. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad y sexo, año 2017



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, 2017 (34)

Al analizar las personas con al menos un problema psicológico registrado en la BDCAP en el año 2017 (apartado P de CIAP2) por país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio por habitantes, los resultados que se observan son: hay un gradiente social en ambos sexos mayor declaración y registro de problemas psicológicos en las rentas más bajas y en las personas en situación de desempleo (activos 26,6% vs desempleados 34,6%). En cuanto al país de nacimiento la frecuencia es mayor entre las personas nacidas en España frente a las nacidas en el extranjero (29,6% vs 19,9%). Cuando se analiza en relación con el tamaño del municipio los problemas psicológicos son algo más frecuentes en municipios de más de 100,000 habitantes (ver figura 11).

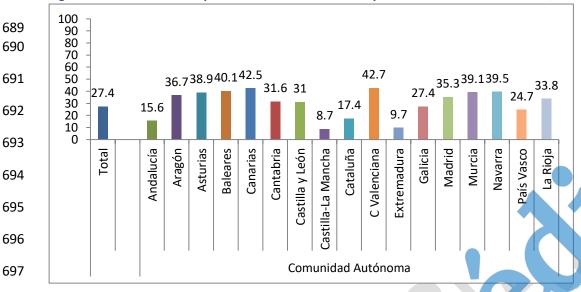
## Figura 11. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio, año 2017



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, 2017 (34)

En la siguiente figura se muestran las diferencias en la prevalencia de problemas psicológicos entre comunidades autónomas.

Figura 12. Prevalencia de problemas de salud mental por comunidades autónomas, año 2017



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, 2017 (34)

## Consumo de psicofármacos

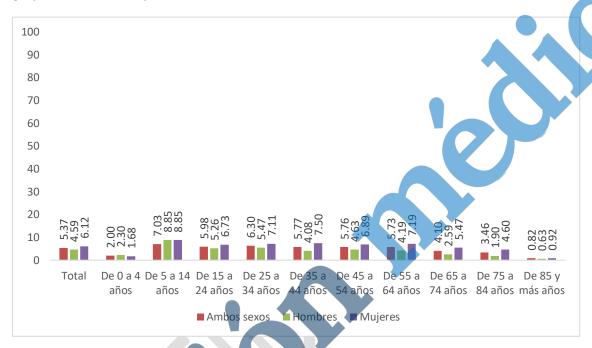
Otro dato de interés es el consumo de psicofármacos. Se estima a partir del número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre estudios de utilización de medicamentos, los consumos de los medicamentos se expresan en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). En 2017, según la información registrada en la Base de Datos Clínicos en Atención Primaria (BDCAP), por cada 1.000 personas asignadas/día, el grupo de psicofármacos más dispensado fue el de los antidepresivos (N06A) con 62,18 DHD (89,36 DHD en mujeres y 33,61 DHD en hombres), seguido por los ansiolíticos (N05B) con 40,7 DHD (52,54 DHD en mujeres y 27,17 DHD en hombres) y por los hipnóticos y sedantes (N05C) 24,06 DHD (31,86 DHD en mujeres y 15,85 DHD en hombres). El consumo del grupo de antipsicóticos (N05A) fue de 7,97 DHD (6,73 DHD en mujeres y 9,28 DHD en hombres). (36)

Otra aproximación es la que ofrecen la Encuesta Nacional de Salud, ENSE, y la Encuesta Europea de Salud en España, EESE. En dichas encuestas se pregunta si la persona ha consumido medicamentos en las últimas dos semanas, cuáles ha consumido (en relación con salud mental se pregunta por si ha consumido medicamentos categorizados en la encuesta en dos tipos: "Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir" o "Antidepresivos, estimulantes") y cuáles de estos le fueron recetados. Algunos de los datos observados en la ENSE de 2017 fueron: el 5,6% de la población de 15 y más años refirió haber consumido antidepresivos o estimulantes en las últimas 2 semanas, mientras que el 12,5% refirió haber consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir. La gran mayoría refiere haberlos consumido con prescripción médica: 99,6% en el caso de los medicamentos del tipo "antidepresivos, estimulantes" y 97% en el caso de los medicamentos del tipo "tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir" (automedicación algo mayor en hombres, 4% que en mujeres 2,5%). (23)

#### Consulta con un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra

La Encuesta Nacional de Salud, ENSE, y la Encuesta Europea de Salud en España, EESE, también ofrecen información sobre el porcentaje de población las consultas realizadas a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra (público o privado) en los últimos 12 meses. La EESE recoge datos a partir de los 15 años de edad mientras que la ENSE lo hace desde los 0 años.

Figura 13. Visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en el último año, según sexo y grupo de edad (%). España 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017.

Otro ámbito donde la atención a la salud mental requiere de una especial atención es en los centros penitenciarios. Los datos recogidos en la <u>Informe general 2017 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias</u> señalan que el 4 % de la población reclusa padece un trastorno mental grave lo que pone de manifiesto la importancia de la coordinación entre la administración penitenciara, dependiente del gobierno central, y la administración sanitaria dependiente de las comunidades autónomas. (37)

## Recursos de atención a la salud mental

### Gasto sanitario

Los datos de gasto total en atención especializada en salud mental de España para el SNS correspondientes al año 2017 -haciendo una estimación con base en diferentes fuentes (Estadística de Centros de Atención Especializada y RAE-CMBD)- se aproximan al 4% del total de gasto de atención especializada. En la tabla 4 se recogen los datos calculados desglosados por tipo de hospital. A estos datos faltaría añadir por una parte el gasto en farmacia y por otra, la estimación del gasto derivado de la atención a problemas de salud mental en el nivel de atención primaria, (porcentaje de gasto de dicho nivel asistencial que se dedica a dicha atención).

Tabla 4. Gasto total en la atención a la salud mental en hospitales SNS, España, 2017

	Gasto total	Gasto atención salud mental	% sobre total
Hospitales de agudos*	38.806.337.865	945.452.666	2,44%
Hospitales de media y larga estancia**	742.650.465	14.195.519	1,91%
Hospitales de salud mental y toxicomanías	521.133.334	521.133.334	100%
Total	40.070.121.664	1.480.781.519	3,70%

<sup>\*</sup>Calculado con base en el coste por proceso hospitalario en el SNS (RAE-CMBD) para hospitalización mediante coste UPA para actividad ambulatoria y hospital de día.

### **Recursos hospitalarios**

La Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada relativa a los centros hospitalarios, centros de especialidades dependientes de los mismos y centros ambulatorios de atención especializada cubre todo el ámbito de la actividad hospitalaria a nivel nacional incluyendo información de todos los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, así como centros sin internamiento que ofertan actividad especializada, de cirugía ambulatoria y de diagnóstico por imagen. (38)

En esta Estadística los hospitales se clasifican por finalidad asistencial según el anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en C.1. Hospitales: C.1.1. Hospitales Generales, C.1.2. Hospitales Especializados, C.1.3. Hospitales de Media y Larga Estancia, C.1.4. Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías

Tabla 5. Hospitales y centros de especialidades periféricos (CEP) según finalidad asistencial. Año 2018

	Hospitales generales				media y l	lospitales de nedia y larga estancia		Hospitales de salud mental y toxicomanías		Total	
	Hospital	СЕР	Hospital	СЕР	Hospital	CEP	Hospital	CEP	Hospital	CEP	
Público - SNS	291	330	30	4	103	6	44	23	468	363	
Privado	206	18	43	0	20	0	45	0	314	18	
Total	497	348	73	4	123	6	89	23	782	381	

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (39)

<sup>\*\*</sup>Calculado mediante el coste UPA estimado para estancias, hospital de día y consultas psiquiátricas más el porcentaje estimado de urgencias (proporcional al resto modalidades)

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/ Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (41)

La Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada, Hospitales y Centros sin Internamiento ofrece también información sobre las Unidades Funcionales que el centro tiene autorizadas de acuerdo con la clasificación establecida en el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. (38) En el año 2018 los centros que contaban con oferta asistencial de psiquiatría y psicología clínica fueron los siguientes:

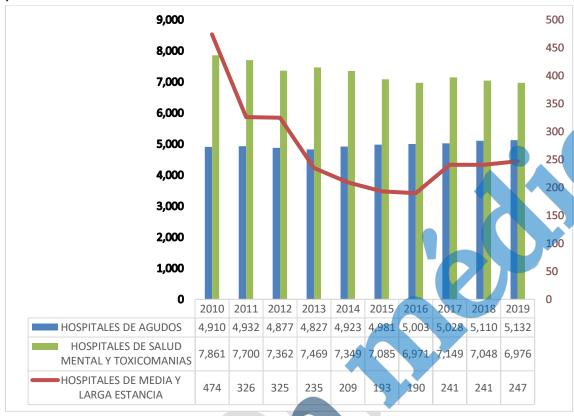
Tabla 6. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. 2018

	Públicos		Priv	ados	Total de centros		
Oferta asistencial	Total de centros	% sobre el total de centros	Total de centros	% sobre el total de centros	Total de centros	% sobre el total de centros	
Psiquiatría	284	61%	222	71%	506	65%	
Psicología clínica	290	62%	164	52%	454	58%	
Terapia ocupacional	280	60%	70	22%	350	45%	

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (40)

El número total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS (contando tanto las unidades de agudos como las de media y larga estancia), entre 2010 y 2019, en los hospitales de agudos se ha mantenido prácticamente constante, entorno a las 5.000 camas, en los hospitales de media y larga estancia ha descendido, sobre todo en los primeros años de la serie, pasando de 474 a 247 camas, y en el caso de los hospitales de salud mental y toxicomanías ha descendido de 7.861 a 6.976 camas.

Figura 14. № total de camas de psiquiatría en hospitales por finalidad asistencial del SNS, periodo 2010- 2019



Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (41)

En cuanto a la tasa de camas de psiquiatría por tipo de hospital (xiii) por 100.000 hab. en los hospitales de agudos, de salud mental y toxicomanías y de media y larga estancia del SNS, se observa que en los hospitales de agudos se ha incrementado ligeramente pasando de 10,66 en el año 2010 a 10,89 en 2019, en los hospitales de media y larga estancia ha pasado de 1,03 a 0,52 del 2010 al 2019 y en los hospitales de salud mental y toxicomanías se ha pasado de 17,06 a 14,81.

(xiii) La clasificación por finalidad de los centros C1 Hospitales (centros con internamiento) que se emplea es la recogida en el anexo II del RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios: C.1.1. Hospitales Generales, C.1.2. Hospitales Especializados (estos dos agrupados como "Hospitales de agudos"), C.1.3. Hospitales de Media y Larga Estancia y C.1.4. Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías.

Figura 15. Tasa de camas de psiquiatría por tipo de hospital por 100.000 habitantes en los hospitales de agudos, de media y larga estancia y de salud mental y toxicomanías del SNS, periodo 2010- 2019



Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (41)

La evolución de la estancia media en psiquiatría de los ingresos en unidades de agudos desde el año 2010 al 2017 se puede ver en la siguiente figura:

Figura 16. Estancia media en días en unidades de agudos por tipo de hospital (hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y toxicomanías) del SNS, periodo 2010- 2019



Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (41)

#### Centros de salud mental

En cuanto a los centros de salud mental definidos por el Real decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios como aquellos centros sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de las enfermedades mentales (código C.2.5.11), los datos volcados por las comunidades autónomas a junio de 2021 en el Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios se muestran en la tabla siguiente:

#### Tabla 7. Centros de salud mental, año 2021

	Centros de	salud mental
	Públicos	Privados
Andalucía	83	1
Aragón	5	28
Asturias, Principado de	16	5
Canarias		1
Cantabria		2
Castilla-La Mancha	12	14
Castilla y León	5	
Cataluña	51	225
Comunitat Valenciana	86	14
Extremadura	1	1
Galicia		1
Madrid, Comunidad de	16	26
Murcia, Región de	13	20
Navarra, Comunidad Foral de	11	2
País Vasco	73	26
Total	372	366

846 Fuente: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios – REGCESS

http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do

#### **Profesionales**

El personal vinculado con la especialidad de **psiquiatría** en centros sanitarios públicos del SNS en 2018 fue de 3.999 psiquiatras, año en el que hubo 898 médicos internos residentes formándose en dicha especialidad. (38)

La ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes en España pasó de 7,8 en el año 2010 a 9,8 en el año 2019, un aumento de 2 puntos porcentuales en 10 años de los que la mitad fueron entre 2018 y 2019, como se puede observar en la gráfica siguiente:

855

847

848

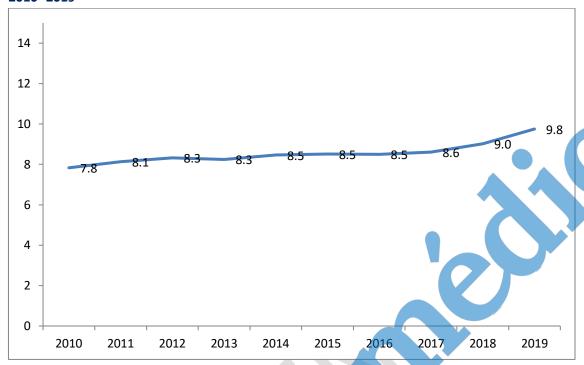
849

850 851

852

853854

Figura 17. Evolución de la ratio de psiquiatras en España por 100.000 habitantes, periodo 2010- 2019



Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (41)

Por comunidad autónoma, País Vasco, Cataluña, Asturias y Madrid son las que muestran las ratios más elevadas.

Tabla 8. Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., periodo 2010-2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ANDALUCÍA	7,5	7,4	7,4	6,9	7,5	7,6	7,7	6,0	6,5	10,2
ARAGÓN	9,0	9,3	9,3	8,7	9,0	9,5	9,6	9,4	9,7	10,0
ASTURIAS	8,8	10,8	11,0	11,2	11,1	11,1	11,1	11,8	12,5	12,0
ILLES BALEARS	8,4	8,9	8,8	8,6	8,9	9,1	8,8	8,9	9,7	9,3
CANARIAS	7,5	6,7	6,7	7,1	7,8	7,8	7,2	7,4	7,3	7,2
CANTABRIA	7,6	7,4	7,1	6,6	6,8	6,9	6,9	8,1	8,1	9,1
CASTILLA Y LEÓN	8,2	8,3	8,8	8,5	8,7	9,1	8,8	10,3	10,0	9,7
CASTILLA-LA MANCHA	8,2	8,1	8,2	8,3	8,0	8,6	8,5	7,8	8,0	7,9
CATALUÑA	11,1	11,5	10,4	10,3	10,7	10,1	10,5	12,0	12,3	12,5
COMUNIDAD VALENCIA	5,1	5,1	5,0	5,6	5,0	5,1	4,9	5,1	5,6	6,0
EXTREMADURA	6,0	6,6	7,0	5,8	6,6	6,1	5,3	5,4	5,5	5,5
GALICIA	7,7	7,4	7,3	7,7	7,7	7,1	7,2	7,2	7,6	8,7
MADRID	7,6	8,9	10,0	9,9	10,1	10,4	10,4	10,9	11,4	11,6
REGIÓN DE MURCIA	5,3	6,0	6,0	6,0	5,9	5,5	5,2	5,1	5,1	5,2
C. FORAL DE NAVARRA	6,1	6,3	7,2	7,1	7,2	7,5	7,5	7,3	9,4	7,2
PAÍS VASCO	6,8	7,4	11,5	11,5	11,7	13,2	12,9	13,0	14,1	12,9
LA RIOJA	7,0	5,8	5,5	5,7	5,7	5,8	6,1	7,0	7,0	7,0
CEUTA	2,7	3,9	3,9	3,6	3,5	1,2	3,5	3,5	5,9	5,9
MELILLA	4,1	4,0	3,9	3,6	3,6	3,5	5,9	5,9	4,7	5,9
Total España	7.8	8,1	8,3	8,3	8,5	8,5	8,5	8.6	9,0	9,8
Eugnto: Ministorio do Ca	nidad C	ictoma	la Infarr	nación o	la Atana	ión Ecno	cializada	- (CIAE)	Ectadíct	ica da

Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (41)

En cuanto a los especialistas en **psicología clínica** y los profesionales de **enfermería con el título de especialista en salud mental** que se encuentran trabajando en unidades de salud mental del SNS, en el momento de escribir esta Estrategia no se dispone de información actualizada ni completa de personal vinculado en centros sanitarios públicos del SNS en todas las comunidades autónomas y por tipo de centro como para poder presentar una cifra fiable de la ratio de profesionales de estas especialidades en tareas asistenciales a nivel nacional. En estas especialidades, a nivel nacional, la información más actualizada es la relativa a los profesionales con los títulos de especialista mencionados, obtenidos bien a través de la residencia bien a través de alguna de las homologaciones o reconocimientos reconocidos para alcanzar el título de especialista, lo que obviamente no significa que todos ellos estén trabajando en tareas asistenciales, ni que quienes lo hagan lo estén haciendo en centros públicos del SNS. En una situación de reconocida falta recursos suficientes en estas especialidades, los datos mencionados a junio de 2021 son los siguientes:

	Títulos especialista vía residencia	Homologa ciones/Rec onocimien tos	TOTAL	Títulos especialista vía residencia <65 años	Homologaci ones/Recon ocimientos < 65 años	Total <65 años
Psicólogos						
Clínicos	8.041	35	8.076	6.010	33	6.043
Profesionales						
de Enfermería						
especialistas				<b>R</b>		
en Salud						
Mental	7.159	6	7.165	5.994	6	6.000

Fuente: Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad

El Ministerio de Sanidad está trabajando en la mejora de los sistemas de información para, con la ayuda de las comunidades autónomas y de los centros sanitarios, contar con la información de cuántos de estos titulados están ejerciendo en salud mental y en qué tipo de centro dentro del <u>Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)</u>. Se espera que en el proceso de evaluación de la Estrategia se pueda analizar esta información con los datos de personal vinculado en los diferentes centros públicos del SNS que prestan atención a nivel nacional en salud mental procedentes del portal REPS.

Los trabajadores sociales vinculados a centros sanitarios públicos del SNS (en centros públicos, con concierto sustitutorio y Red de Utilización Pública, RUP) fueron en el año 2018 1.845 trabajadores. (38)

# La salud mental infanto- juvenil

Las primeras etapas del desarrollo humano constituyen un área prioritaria de interés para la salud mental por varios motivos. Por un lado, en ese período se gesta la maduración biológica, psicológica y social de la persona y ello va a condicionar de forma clave la salud y la enfermedad en la vida adulta. Por otro, muchos problemas de salud mental, especialmente los más graves, dan comienzo de hecho en la niñez y la adolescencia por lo que una atención temprana puede influir poderosamente en el bienestar inmediato y futuro de la persona. En esta etapa, una asistencia dirigida a la recuperación que se base en una intervención biopsicosocial, en el marco de un respeto absoluto a los derechos y autonomía de las personas, ocupa un lugar especialmente prioritario. Para conseguir este objetivo es importante contar con profesionales con formación específica en este campo y que puedan dar una intervención de calidad.

- 908 Es importante abordar, de forma precoz, los problemas de salud mental desde la etapa de 909 infancia y adolescencia, ya que el 70 % de los trastornos mentales, en general, se inician en la 910 etapa infanto-juvenil. (42)
- De forma reciente, se han realizado estudios internacionales, como un estudio sobre prevalencia y distribución de diferentes tipos de problemas de salud mental en estudiantes universitarios de primer año en 8 países. (43) Se estudiaron seis trastornos comunes de la clasificación DSM-IV: depresión mayor, manía/hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de sustancias. El resultado fue que el 35 % de estudiantes dio positivo para al menos uno de los trastornos comunes evaluados en el análisis de prevalencia a lo largo de la vida y el 31 % dio positivo para al menos un trastorno en el análisis de prevalencia de 12 meses. Estos síndromes generalmente tuvieron inicio en la adolescencia temprana y persistieron en el año de la encuesta.
  - Los nuevos tiempos y sus nuevos estilos de vida han influido en la aparición de nuevos problemas emergentes de salud mental, así se ha puesto de relieve los temas relativos al consumo abusivo de instrumentos de pantalla, así como una de sus consecuencias en forma de comportamientos de acoso y ciberacoso, en la etapa de la infancia y adolescencia. (44).

Las conductas adictivas sin sustancias (ciberadicción y ciberacoso) no han sido integradas como tales trastornos en la clasificación americana DSM-5 y en la propuesta de clasificación de la WHO ICD-11 (en el momento de la redacción la CIE 11 todavía no está adoptada en España) se incluyen como "adicción a los videojuegos" (y a internet: gambling disorder y gaming disorder). (45) La comunidad científica las acepta bajo el nombre de adicciones comportamentales, (trastornos como la adicción al juego problemático o patológico, la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y el uso indiscriminado de los instrumentos de pantalla). El uso de las TIC es diferente al abuso y a las conductas de dependencia. La utilización de TIC es potencialmente adictiva por dos características: su uso produce una gratificación inmediata y porque producen evasión del mundo que les rodea. Su uso habitual produce tolerancia (necesidad de mayor tiempo de utilización para producir la misma respuesta), abstinencia (producción de ansiedad de gran intensidad ante su ausencia), pérdida de control, ocultación de su uso, abandono de otras actividades habituales con cambio

966

967

968

969

970

971

938 de comportamiento y "craving" (anhelo por su uso), todas estas características se presentan de 939 forma particular en cada persona, de acuerdo a la estructura de su personalidad, presentando 940 consecuencias físicas, emocionales y sociales que hacen síntomas en el sujeto. En ocasiones el 941 uso de estos instrumentos (videojuegos, hiperutilización de redes sociales) es tan grave que 942 origina un autoconfinamiento del sujeto para solamente relacionarse por y a través de estos 943 medios informáticos, un trastorno conocido como "Hikikomori", por ser Japón el lugar donde 944 se describió. También existe una utilización disfuncional de las TIC: acosar/ser acosado a través 945 de las TIC, con contenidos difamatorios para acosar a un par o grupo de iguales, mediante 946 ataques personales, existen autores que consideran estas conductas un verdadero problema de 947 salud pública en sus múltiples formas de presentación (ciberacoso o cyberbullying, ciberacecho 948 o cyberstaking, abuso sexual o grooming, cebo o luring, grabaciones para ridiculizar o web 949 *apaleator,* mensajes insultantes a foros o *flame*) (46). La mayor repercusión y prevalencia de 950 estas situaciones se dan en la infancia y la adolescencia, con todo su impacto real en el proceso 951 de desarrollo mental tanto a corto, medio y largo plazo pudiendo llegar a síntomas incluidos en 952 el síndrome de estrés postraumático. (44)

- El ciberacoso, o acoso cibernético, incluye enviar mensajes o comentarios ofensívos en línea, difundir rumores, excluyendo víctimas de grupos en línea y otras formas de acoso (OCDE, 2017). (47) Al igual que la intimidación, la exposición al ciberacoso se ha relacionado con una amplia gama de resultados negativos, incluidos el estrés y los pensamientos suicidas. (Kowalski et al., 2014), (48) depresión y ansiedad (Fahy et al., 2016). (49)
- En la encuesta de comportamiento de salud en niños y niñas en edad escolar (HBSC) de 42 países se les preguntó sobre sus experiencias de acoso escolar en internet, y encontraron que en promedio el 11 % de los niños y niñas de 11, 13 y 15 años informó haber sufrido acoso cibernético a través de mensajes al menos una vez. Poco más del 3 % de los niños y niñas informó haber sufrido ciberacoso por mensaje al menos 2-3 veces al mes. En todos los países se encontró relación con la tasa de acoso escolar. (50)
  - En el caso de los niños y niñas en edad escolar, la escuela es el entorno ideal para desarrollar intervenciones preventivas que promuevan el bienestar mental. Estas intervenciones escolares pueden mejorar la salud mental, desarrollar elementos favorecedores en salud mental, respetar la diversidad y mejorar los resultados sociales y educativos. Dentro de los beneficios a largo plazo se incluyen un mejor rendimiento académico, mejor resiliencia y mejores habilidades cognitivas (Weare y Nind, 2011; Durlak *et al.*, 2011). (51,52) Invertir en una buena salud mental de niños y niñas en edad escolar puede reducir el riesgo de que éstos abandonen la escuela o tengan una transición difícil de la escuela al trabajo (OCDE, 2015). (53)
- P72 Las intervenciones realizadas en las escuelas pueden incluir acciones focalizadas en prevenir el acoso escolar y el ciberacoso. Estas actividades realizadas para prevenir el acoso en el aula ayudan a mejorar el ambiente de aula, reducir la intimidación y mejorar las calificaciones académicas (Clarke, Bunting y Barry, 2014). (54)
- Los trastornos del comportamiento en la adolescencia (violencia filio-parental y social)
  constituyen uno de los problemas emergentes en salud mental.
- 978 Estos problemas se refieren a instancias en las que los adolescentes evidencian un patrón de 979 comportamiento antisocial, que supone una significativa dificultad, casi a diario, para su

1008

1009

1010

1011

1012

1013

1014

- funcionamiento en casa o en la escuela, o cuando el comportamiento es referido como inmanejable de forma significativa por las personas de referencia.
- Abordar el trastorno de comportamiento en la adolescencia incluye dilucidar las variables que predisponen, desencadenan y mantienen la reacción agresiva en cada caso particular. No se debe olvidar que en muchas ocasiones estos adolescentes muestran un déficit relevante en la solución de problemas, percepciones, autoestima, y autoatribuciones. Los adolescentes que presentan estos comportamientos manifiestan una baja tolerancia a la frustración y un gran nivel de exigencia, que se acompañan de conductas adictivas a las tecnologías de la información y comunicación (TIC), agudizándose los enfrentamientos.
- Los niños agresivos, a menudo, interpretan la intención en las acciones de los otros como hostiles teniendo una pobre relación social con los iguales, con los profesores y con las figuras parentales. La violencia interpares y el fenómeno de acoso escolar o fenómeno "bullying" pone en evidencia que un 40% de los niños rechazados por sus iguales se muestran agresivos y tienen un alto riesgo de desarrollar conducta antisocial en la adolescencia.
- 994 Entre las familias que inician el tratamiento, existe un 40- 60% de ellas que lo terminan 995 prematuramente y que aquellos individuos que abandonan precozmente el tratamiento tienen 996 patologías más graves que aquellos que lo continúan. También se debe identificar la presencia 997 de factores protectores, como poseer un adecuado nivel de autoestima, un soporte familiar orientado a la supervisión, mantener la continuidad en la intervención terapéutica si fue 998 999 iniciada, la realización de un diagnóstico precoz que comporta un tratamiento precoz, una 1000 buena accesibilidad a los servicios asistenciales de salud mental de la infancia y la 1001 adolescencia, un soporte social adecuado con los pares y en el contexto social y, por fin, un 1002 soporte escolar adecuado.
- Para hacer frente a los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, se ha incluido en la Estrategia una línea estratégica en la cual se desarrollan los objetivos específicos y recomendaciones. Dadas sus especificidades, se prevé que requerirá de la creación de un grupo de trabajo ad hoc para facilitar su implementación.

# La evolución de los problemas de salud mental. La rehabilitación y reinserción social: la intervención basada en la recuperación

- La evidencia científica disponible pone de manifiesto una cierta tendencia a la evolución crónica de muchos de los problemas de salud mental. Además, existe evidencia de la emergencia de nueva cronicidad como expresión de acudir como usuario de un servicio de salud mental y no acabar de obtener el alta. Estos dos tipos de evolución crónica coexisten en la actualidad en los servicios asistenciales, una de ellas evolutiva y dependiente del proceso y la segunda, casi iatrogénica, dependiente de una interacción terapéutica que no se resuelve.
- La evolución crónica dependiente del proceso, requiere de programas activos de rehabilitación y reinserción social con el fin de evitar el deterioro cognitivo y social, a la par que se potencie la autonomía de las personas y disminuir los niveles de dependencia de la familia y de la comunidad.

10361037

1038

1039

1040

1041

1042

1043

10441045

1046

1047

1048

1049

1050

1051

1052 1053

1054

1055

1056

1057

1058

1059

1060

- Las evoluciones crónicas emergentes incluyen aspectos muy relacionados con el sentido y evolución de la acción terapéutica y del "rol enfermo".
- Toda acción terapéutica debe tender a superar el rol enfermo, facilitando la autonomía de la persona. En ocasiones, el sujeto busca el cuidado y los consejos de forma constante, bien sea
- por razones de su propia personalidad, bien sea porque desde los servicios asistenciales se incrementan las acciones que fomentan esa dependencia del centro. Este tipo de evoluciones
- no se suele dar importancia, pero ocupa tiempo asistencial y coste económico.

#### 1026 La rehabilitación y reinserción social: la intervención basada en la recuperación

1027 Desde esta perspectiva, la recuperación como meta, tiene el objetivo final de que la persona 1028 desarrolle su vida en igualdad y dignidad lo cual incluye un desarrollo laboral, formativo, 1029 afectivo, sexual y social. El paradigma de la recuperación implica un proceso de cambio en la 1030 persona que padece la dificultad o el trastorno y le compromete a una mayor implicación y 1031 protagonismo en su propio proceso; a quienes le acompañan en la vida cotidiana y construyen 1032 juntos las formas de vivir; a los profesionales o técnicos que han de pasar de poseedores del saber a acompañantes en el proceso y a la sociedad que ha de ofrecer el marco de ejercicio de 1033 1034 la autonomía, la libertad y el desarrollo del derecho a vivir en situaciones de igualdad.

# La conducta suicida como un problema de salud pública

En Europa, en el año 2015, se atribuyeron a suicidio las muertes de más de 56.000 personas, con predominio en hombres (43.000 hombres y 13.000 mujeres). (55) En Europa, el número de suicidios aumenta constantemente con la edad entre hombres y mujeres, alcanzando un pico entre los 45- 64 años. Por país, la tasa de suicidio entre la población de todas las edades es más alta, con diferencia, en Lituania, con tasas (estandarizadas por edad) de 30 muertes por 100.000 habitantes en 2015. Eslovenia, Letonia y Hungría también tienen tasas elevadas de alrededor de 20 muertes por cada 100.000 habitantes, que es casi dos veces mayor que el promedio de la UE (11 por 100.000 habitantes). (56) Las tasas más bajas se dan en los países del sur de Europa (Grecia, Chipre, Italia, Malta y España). Se requiere cierta precaución al interpretar las tasas de suicidio, ya que éstas pueden reflejar, al menos en parte, diferencias en las formas de registrar. En promedio en todos los países de la UE, las tasas de suicidio entre los hombres eran 3,7 veces mayores que entre las mujeres (diferencia que puede estar en parte afectada por un mayor porcentaje de tentativas de suicidio que consiguen su objetivo en el caso de los hombres). La tasa de alta hospitalaria por intentos de suicidio fue un 52 % mayor entre las mujeres en 2015 (Observatoire National du Suicide, 2018). (57). Esta brecha de género fue mayor en los cuatro países con la tasa más alta, pero también en Estonia, Polonia y Rumanía. El suicidio es, sin embargo, una de las principales causas de muerte entre adolescentes y personas jóvenes adultas. 3.400 personas jóvenes de 15 a 24 años murieron por suicidio en países de la UE en 2015, haciendo de esta la principal causa de muerte en este grupo de edad después de las lesiones por accidentes de tráfico. En personas jóvenes es más probable que intenten suicidarse si tienen antecedentes familiares de alcohol y drogas.

Según estimaciones recientes, más de una de cada seis personas en la UE tenían un problema de salud mental en 2016, lo que equivaldría a unos 84 millones de personas. (58) Un análisis transnacional basado en el *WHO World Mental Health Surveys* encontró que una amplia gama de trastornos mentales aumentó las probabilidades de experimentar pensamientos suicidas y

1070

1071

1072

1073

1074

1092

1093

1094

1095

1096

1097

1098

1099

1061 un número menor de trastornos aumentaron las probabilidades de actuar en tales 1062 pensamientos (Nock et al., 2009). (59) Muchos factores diferentes pueden explicar porqué 1063 algunas personas intentan o completan un suicidio, incluyendo eventos importantes de la vida 1064 (como el fallecimiento de un ser querido, un divorcio o pérdida de empleo), aislamiento social 1065 o socioeconómico o contexto cultural. Sin embargo, una alta proporción de las personas que 1066 han sobrevivido a un intento de suicidio o que murieron a causa de un suicidio han padecido un trastorno de salud mental (Hoven, Mandell y Bertolote, 2010; Cavanagh et al., 2003; OMS, 1067 1068 2014) (60, 61, 62).

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre adolescentes y personas jóvenes adultas. 3.400 personas jóvenes de 15 a 24 años murieron por suicidio en países de la UE en 2015, haciendo de esta la principal causa de muerte en este grupo de edad después de las lesiones por accidentes de tráfico. (55) En personas jóvenes es más probable que intenten suicidarse si tienen antecedentes familiares de alcohol y drogas.

- En España, el suicidio constituye también un grave problema de salud pública:
- Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2019 la tasa de suicidios por edad y sexo fue de 7,6/100.000 hab./año. (63)
- El suicidio en 2019 se mantuvo como la **primera causa externa de mortalidad**, con 3.671 fallecimientos, de los cuales 2.771 fueron hombres y 900 mujeres.
- En la etapa de la adolescencia se produce un punto de inflexión, pasando de 7 suicidios en el grupo de menores de 15 años a 309 suicidios en el grupo de 15 a 29 años.
- La etapa de la adolescencia es una etapa de riesgo. En cuanto a la tendencia, los datos del INE en los 3 últimos años disponibles, muestras que en los grupos de menos de 15 años y de 15 a 29 años, se contabilizaron: 13, 7, 7 y 273, 268, 309 suicidios, para los años 2017, 2018 y 2019, en cada grupo respectivamente.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ya advertía en el año 2000 que un suicidio individual afecta íntimamente, al menos, a otras seis personas. Esto supone que más de 18.000 personas, supervivientes en España cada año podrían sufrir las consecuencias trágicas y traumáticas de vivir un suicidio.
- Por todo ello, en la presente Estrategia de salud mental se ha decidido la conveniencia de incluir una línea estratégica exclusiva dedicada a la prevención de la conducta suicida en la que se fijan objetivos y acciones a llevar a cabo por las comunidades autónomas.

# Salud mental y género

La inclusión de la perspectiva de género en el proceso de planificación estratégica en salud es un mandato estipulado en la normativa actual. La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su artículo 27, estipula la Integración del principio de igualdad en la política de salud; a la que se añaden las referencias al respecto en las modificaciones de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otros. También incluye la perspectiva de género la

- Organización Mundial de la Salud desde 2001 y en concreto los acuerdos europeos para la
- 1101 salud mental donde está presente el género como perspectiva necesaria a incluir de forma
- transversal en todos los procesos de planificación sanitaria y en las líneas de trabajo.
- 1103 El género como factor social determinante de la salud no actúa solo, sino que interactúa con
- otros determinantes sociales. Al poner de relieve la influencia del género en la salud, y en la
- 1105 salud mental en particular, se destaca el hecho de que otros factores sociales puedan
- profundizar o contrastar el efecto del género en la salud. (64)
- Los principales aspectos identificados en relación con la salud mental y el género que deben
- tenerse en cuenta en la planificación y organización son:
- Los trastornos mentales más prevalentes se presentan de manera diferente por sexos y según las diferentes etapas en el ciclo vital. Las mujeres están relativamente protegidas de algunos de los trastornos más graves asociados al neurodesarrollo, que se manifiestan en la infancia y en la época de la preadolescencia. (65) Pero a partir de la adolescencia este patrón cambia y la mujer desarrolla más problemas psiquiátricos que el hombre. (66) Todos los estudios comunitarios ponen de manifiesto una mayor frecuencia de trastornos psiquiátricos entre las mujeres.
- Las mujeres presentan índices más elevados de depresión, ansiedad, estrés,
   somatizaciones y trastornos de alimentación, mientras que los hombres presentan
   índices más elevados de consumo de sustancias, suicidios y trastornos antisociales.
- Los determinantes de la salud mental y el bienestar varían entre hombres y mujeres y 1119 1120 según el ciclo vital. El mayor riesgo de mala salud mental entre las mujeres puede ser debido a factores de riesgo psicosociales asociados con determinantes socioeconómicos 1121 1122 y de género; como sobrecarga laboral y de cuidados, y brecha salarial, que condicionan una mayor exposición de las mujeres a la pobreza y al exceso de trabajo, la 1123 1124 discriminación socioeconómica y la violencia de género. No obstante, a pesar de la mayor morbilidad psiquiátrica de las mujeres con respecto a los hombres, no se ha 1125 1126 conseguido demostrar hasta el momento actual, que las mujeres sean más vulnerables 1127 por su constitución biológica y fisiológica, de ahí la importancia de considerar la perspectiva de género en relación con el resto de determinantes sociales de desigualdad 1128 1129 en salud mental.
- No hay diferencias de género significativas en el caso de trastornos mentales graves. Sin embargo, entre estos acceden más a los servicios de salud mental los hombres que las mujeres.
- La OMS identificó en 2011 la violencia contra la mujer como la principal causa de problemas de salud. Diversos estudios han demostrado que las mujeres que sufren o han sufrido violencia de género tienen mayores problemas de salud tanto física como mental. A pesar de los pocos datos existentes se puede señalar que las mujeres con un diagnóstico de trastorno mental grave son más vulnerables o tienen mayor probabilidad de padecer violencia de género en comparación con las mujeres sin diagnóstico de trastorno mental grave. (67)
- Las mujeres con trastornos mentales graves o adicciones se encuentran en una situación
   de especial vulnerabilidad. Esta doble discriminación marca sus vidas. En comparación
   con los hombres, las mujeres que padecen estos trastornos tienen mayor riesgo de vivir

11661167

1168

1172

1173

1174

1175

- en la pobreza y el aislamiento, perciben salarios inferiores y están menos representadas en el ámbito laboral. (68)
- De entre todos los factores psicosociales asociados al género el de la violencia en sus 1145 1146 diferentes expresiones (violencia de género por la pareja o expareja, violencia sexual, 1147 trata de personas con o sin fines de explotación sexual, matrimonios forzosos, acoso 1148 laboral,...) (69) afecta directamente a la salud mental y bienestar de las mujeres que la 1149 padecen. La violencia está en muchas ocasiones en el origen del trastorno mental, y 1150 padecer un trastorno mental o una adicción, particularmente si es grave, incrementa, por otra parte, el riesgo de sufrir violencia y el maltrato empeora la sintomatología y el 1151 1152 curso de un trastorno mental preexistente.
- Las mujeres con trastorno mental grave con frecuencia son cuidadoras de sus descendientes y sus responsabilidades pueden dificultar la accesibilidad a los servicios sanitarios. El vínculo madre-hijo o hija puede verse afectado cuando la madre padece un trastorno mental grave o una adicción lo que requerirá de apoyos para no limitar los derechos personales, primando el derecho a fundar una familia o tomando las medidas necesarias para evitar la retirada de la tutela.
- En los menores de 14 años la prevalencia de los problemas de salud mentales es mayor en los chicos, entre los 15 y 19 años se equipara en ambos géneros y a partir de esa edad son las mujeres las que tienen una mayor prevalencia que los hombres. (70)
- Tomando en consideración todo lo anterior, en el marco de esta Estrategia se considera de especial relevancia, tener en cuenta en su implementación, las siguientes cuestiones generales:
  - En la formación de profesionales, tanto de los equipos de salud mental como de atención primaria, incluir módulos con contenidos relativos a la perspectiva de género en la salud y en especial en relación con los impactos en la misma cuando la mujer sufre violencia de género (prevención y detección precoz).
- Recogida de datos y obtención de indicadores desagregados por sexo, comparables, 1170 exhaustivos, fiables y regularmente actualizados que permita ajustar los recursos y 1171 servicios a las diferentes necesidades de mujeres y hombres.
  - En las actuaciones dirigidas a los trastornos mentales graves o adicciones en mujeres tener en cuenta tanto la detección precoz y atención de las diferentes expresiones de la violencia de género que pueda haber sufrido o estar sufriendo como la adecuación de los recursos a sus necesidades sociofamiliares y de crianza.
- Recogida y difusión de buenas prácticas en el desarrollo de aquellas líneas estratégicas y objetivos que pueda resultar de aplicación.

# **Análisis DAFO**

Para profundizar de forma esquemática en el análisis de situación se ha realizado un análisis DAFO (acrónimo de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) de la situación de la atención a la salud mental

atención a la salud mental.					
	FORTALEZAS	DEBILIDADES			
ANÁLISIS INTERNO	Base importante de planificación estratégica en salud mental y de normativa relacionada a nivel internacional, europeo, nacional y autonómico.	Ausencia de continuidad en las versiones previas de la Estrategia de Salud Mental del SNS sin haber alcanzado plenamente sus objetivos.			
	Antecedentes de Estrategias previas del SNS y de Planes Estratégicos en los diferentes servicios autonómicos de salud.	Limitaciones de las estrategias del SNS en cuanto a su capacidad de promover determinados cambios.			
		Desarrollo heterogéneo e irregular de los planes estratégicos autonómicos.			
	Normalización e integración de la salud mental en el sistema sanitario a partir de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.	Desarrollo heterogéneo e irregular de la Red de atención a la salud mental y de los servicios asistenciales de salud mental en las diferentes comunidades autónomas con riesgo potencial la accesibilidad y la equidad en el conjunto del sistema.			
	Red de dispositivos y servicios de atención a la salud mental orientada a satisfacer las necesidades de la población en las distintas etapas de la vida en coordinación con Atención primaria y otros sectores.	Modelo "hospitalocéntrista": excesivo peso de los recursos hospitalarios frente al desarrollo comunitario. Progresivo abandono del diseño comunitario de los servicios asistenciales.			
5	Elevada cualificación profesional de los profesionales de los servicios de salud mental. Formación especializada específica en salud mental (MIR/PIR/EIR).	Formación mejorable de los profesionales de la salud mental. Nuevas áreas de conocimiento.			
5	Avances respecto al modelo de atención a la salud mental, orientado a la atención centrada en la persona (y familia), derechos humanos, promoción de la salud y recuperación en la comunidad. Experiencia acumulada en procesos de la Reforma Psiquiátrica hacia la Atención a la salud mental.	Resistencia al cambio; todavía excesivo peso en algunas ocasiones de concepciones "clásicas" acerca de la salud mental.			

Borrador v	ersión v. 2021 06 24	
	FORTALEZAS	DEBILIDADES
	Creciente reconocimiento de la importancia de los determinantes sociales de la salud en la consideración de la salud mental y su peso en la configuración de las propuestas para las estrategias asistenciales.	
	Consolidación de equipos de salud mental interdisciplinares que comienzan a incluir a usuarios con experiencias en primera persona. Mayor horizontalidad en las relaciones.	Fragmentación de la atención a la salud mental: SNS – Servicios Sociales – Red de Atención a Adicciones.
	Disposición por parte de los profesionales y otros agentes sociales para la mejora continua y gestión de la calidad total: motivación para el cambio. Integración y participación de los usuarios y familiares en las políticas de salud mental.	Recursos humanos insuficientes para atender desde el modelo de atención salutogénico, promoviendo la humanización de la atención y la seguridad del paciente. Saturación de los servicios, retrasos en la asistencia, perjuicio de la calidad y prácticas menos garantistas de los derechos humanos.
	Apoyo del máximo nivel del ejecutivo e incorporación en la agenda política: Formulación del Presidente del Gobierno de la Estrategia de Salud Mental como una prioridad.  Numerosas iniciativas y atención parlamentaria desde los diferentes grupos.	Escasa sensibilidad de los gestores sanitarios hacia la salud mental.  Inversión mejorable en la atención a la salud mental. Asimetría entre las percepciones de los profesionales de la salud mental y la inversión que aplican las administraciones públicas.  Insuficiencias en asignación de nuevos recursos con nueva perspectiva.  Escasa influencia de los servicios y
2	Existencia de Guías de Práctica Clínica	profesionales de la salud mental respecto a las políticas de salud para conseguir mejoras presupuestarias.  Déficit en la consideración de la salud
	basadas en la evidencia sobre diversos	mental de la población infanto- juvenil v

basadas en la evidencia sobre diversos problemas de salud prevalentes. Ejemplos de buenas prácticas clínicas y de gestión por procesos.

mental de la población infanto- juvenil y en la inversión en recursos específicos.

Escasos resultados de investigación clínica → Necesidad de fortalecer la Práctica Basada en la Evidencia.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Abundancia de asociaciones y sociedades científicas pro salud mental. Clima de cooperación entre ellas.	Discrepancias internas en el colectivo de implicados en la Salud Mental (profesionales/ usuarios/ familiares) debidas a diferentes orientaciones ideológicas, teóricas e intereses.

ANÁLISIS EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	Apoyo social, participación ciudadana, grupos de ayuda mutua.	Crisis sociodemográfica, socioeconómica y otras problemáticas psicosociales: pobreza, desempleo, dificultades en la conciliación, adicciones, estrés por sobrecarga.
	Demandas de instituciones sociales y comunitarias para incrementar los recursos de salud mental.	Privatización de la atención de salud mental. Escasa priorización de la investigación en salud mental.
	Sensibilidad y apoyo de asociaciones de familiares de personas afectas de problemas de salud mental.	Falta de visibilidad de los problemas de salud mental en la sociedad, desconocimiento de la salud mental y estigma social.
	Sensibilidad ciudadana en torno a la protección de los derechos humanos de las personas afectas de problemas de salud mental.	Posibilidad de desacuerdos entre administraciones respecto a la priorización y enfoque de la salud mental.
		Posibilidad de posturas rígidas y enfrentadas de algunas asociaciones profesionales y del colectivo de personas afectadas por problemas de salud mental, en particular en lo relativo a las decisiones que puedan afectar a los derechos y autonomía de estas últimas, al rol de enfermo y las implicaciones de los diagnósticos.
	Apoyo por parte de otros profesionales del sistema sanitario general y de otros sectores.	Desconfianza de profesionales de otras instituciones hacia la cobertura de los problemas de salud mental.

ANÁLISIS EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	Incremento de la prevalencia de problemas de salud mental en Atención primaria.	Riesgo de "psiquiatrización" de los problemas de la vida cotidiana con un incremento descontrolado de la demanda de servicios asistenciales de salud mental.
	Percepción en otras instituciones de la escasa inversión y dotación en recursos a la salud mental.	Escasa sensibilidad de los gestores sanitarios hacia la salud mental.
	Mejoría de la eficacia de los tratamientos. Diversidad de modalidades terapéuticas.	Peso e influencia de la industria farmacéutica, en particular en el campo de la formación de profesionales.
	La pandemia de Covid-19 ha evidenciado la importancia de los problemas de salud mental en la población, alzando la salud mental al diálogo social, aumentando la demanda (necesidad expresada) desde diferentes sectores y la población en general.  Incorporación de la salud mental dentro de los fondos europeos del plan de recuperación, transformación y resilencia.	Consecuencias de la pandemia covid-19, sobre la población y los profesionales sanitarios → Incremento de la magnitud de los problemas de salud mental y su gravedad.
	Los profesionales sanitarios perciben la necesidad de apoyo de salud mental para su propio ejercicio profesional.	Claudicación de los cuidados informales.

# 1185 IV. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

1186	Línea estratégica 1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la
1187	persona
1188 1189 1190 1191 1192 1193	Toda persona tiene derecho a vivir con dignidad y a ser tratada con consideración sin que a ello afecte la situación de salud que atraviese. Con independencia del porcentaje de personas que en la actualidad tienen problemas de salud mental, es evidente que toda persona puede tenerlos a lo largo de su vida, al igual que cualquier otro problema de salud. Lamentablemente las personas que lo tienen sufren un conjunto de discriminaciones que están basadas en creencias erróneas producidas a lo largo de la historia.
1194 1195 1196 1197 1198 1199	El estigma asociado a dichas creencias erróneas e insostenibles, añade sufrimiento y disminuye derechos. El estigma es una forma de violencia social, cultural y estructural, que suele ir acompañado de un rechazo a la persona y a veces a quienes están cercanas a ella, basada en estereotipos sin ninguna demostración de posible verdad. Ello lleva a numerosas experiencias de rechazo y discriminación en los diversos ámbitos en que transcurre su vida y a sufrir diversos tipos de violencia.
1200 1201 1202 1203 1204 1205	El compromiso de la lucha contra las diversas actitudes y prácticas discriminatorias y estigmatizantes ha llevado a la creación de la alianza internacional "Global Anti-Stigma Alliance", de la que forman parte distintas estrategias de lucha contra el estigma. Algunas de las iniciativas desarrolladas en el ámbito autonómico español se han incorporado a dicha alianza, como por ejemplo "Obertament" (Cataluña), "1 de cada 4" (Junta de Andalucía) y otras del tejido asociativo.
1206 1207 1208	Luchar por el reconocimiento y ejercicio de los derechos y la recuperación de los que han perdido arbitrariamente, es el objetivo principal en cualquier política de atención a las personas con problemas de salud mental.
1209 1210 1211 1212	Al analizar el estigma vinculado a los problemas de salud mental y el asociado al género como categorías de discriminación con puntos de encuentro, se comprueba que las mujeres con problemas de salud mental encuentran obstáculos añadidos en la consecución de la igualdad de oportunidades.
1213 1214 1215 1216 1217 1218	Las mujeres y niñas con problemas de salud mental precisan de políticas concretas que analicen y busquen soluciones al impacto de género en las políticas de salud mental, para su integración plena. En este sentido se ha pronunciado la <b>Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo</b> a raíz de la publicación en 2005 del Libro Verde sobre salud mental elaborado por la Unión Europea, puntualizando que no se había tenido suficientemente en cuenta la dimensión de género. (71)
1219 1220 1221 1222 1223 1224	En 2008 el Estado Español firmó y ratificó la <b>Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad,</b> hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006 (72) y su protocolo facultativo (73) para poner en marcha las recomendaciones de la misma. (74) Esta Convención preveía medidas tanto para la no discriminación, como de acción positiva para garantizar que las personas con alguna discapacidad puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones que las demás. Su firma compromete a los Estados que la ratifiquen a

1225 1226	afirmar políticas de no discriminación y medidas de acción positiva, así como a adaptar su ordenamiento jurídico en defensa de los derechos de las personas con discapacidad.
1227 1228 1229	Es una cuestión indiscutible y de obligado cumplimiento, tal y como recoge la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el abordaje de los diferentes problemas de salud mental desde una perspectiva social y de derechos.
1230 1231 1232 1233 1234 1235	Nos encontramos, pues, en un modelo biopsicosocial y de derechos que determina que los problemas de salud mental no tienen una causalidad meramente biológica, sino que se producen en determinados contextos sociales que también juegan un papel importante funcionando como desencadenantes o agravantes de los diferentes problemas de salud mental. La salud mental tiene una conexión directa con el entorno con el que nos relacionamos diariamente y no sólo con características individuales.
1236	De este modo y siguiendo el 2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con
1237	Discapacidad de la Unión Europea difundido en 2011: "Según la Organización Mundial de la
1238	Salud, el género afecta de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales,
1239	dado que determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen
1240	sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas, su posición y condición social, el modo
1241	en que son tratadas dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos
1242	específicos para la salud mental". Por todo ello, en todos los objetivos o recomendaciones de
1243	esta estrategia en salud mental del SNS se quiere y se debe tener en cuenta "el género" en
1244	todas las políticas o actuaciones que se desarrollen de un modo transversal a toda la
1245	estrategia por lo que no se reitera en cada una de las líneas estratégicas. (75)
1246	Se hace preciso, además, promover el acceso a una atención a la salud mental de calidad para
1247	todos y todas, incluidos grupos de mayor fragilidad como migrantes, personas con
1248	discapacidad, personas LGTBIQ+, personas mayores, personas en situación de pobreza,
1249	personas en situación de calle, personas en situación de exclusión social, víctimas de delitos y
1250	de tratos inadecuados, niños, niñas y adolescentes y personas en instituciones penitenciarias,
1251	entre otros. (76)



1253	Objetivo general	1.1.	Garantizar	el	ejercicio	de	los	derechos	de	autonomía	y	vida
1254	independiente											

#### Objetivos específicos:

- 1.1.1. Instar al desarrollo de un modelo de atención siguiendo las normativas y recomendaciones de organismos internacionales sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- 1259 1.1.2. Informar y formar a las personas con problemas de salud mental, su entorno más cercano y profesionales sobre el ejercicio activo de derechos y cómo ejercitarlos.
- 1.1.3. Garantizar a la persona con problemas de salud mental, o persona que ésta designe, la participación activa en todo lo concerniente a sí misma, desde el primer momento que entra en contacto con los servicios de atención.
- 1264 1.1.4. Proponer a la persona atendida una planificación de decisiones anticipadas que marcará 1265 toda la línea de atención y la relación clínica en su proceso de recuperación.
- 1.1.5. Incorporar procedimientos que hagan efectiva la información acerca de las propuestas 1267 terapéuticas y los modos en los que se abordará su proceso, ofreciendo alternativas 1268 para que, en caso de negativa, esto no suponga la pérdida de la continuidad de la 1269 atención (las conocidas como instrucciones previas (xiv) o también denominadas 1270 voluntades anticipadas en alguna comunidad autónoma).
- 1.1.6. Establecer procedimientos que faciliten la planificación anticipada de decisiones ante situaciones o momentos en los que puedan plantearse dilemas éticos, en especial en situaciones de crisis y que tengan carácter vinculante (instrucciones previas o voluntades anticipadas).
- 1275 1.1.7. Implementar la figura del facilitador para el acceso a la justicia en condiciones de igualdad.
- 1.1.8. Sustentar la práctica de la atención en la voluntad de la persona y procurar evitar el tratamiento involuntario salvo en los casos donde concurra una medida impuesta por un juez, situaciones en las que se intentará potenciar la alianza terapéutica con la persona con problemas de salud mental.
- 1.1.9. Promover la empleabilidad de las personas con problemas de salud mental en las condiciones individuales adecuadas con los soportes sociales adecuados, como máxima expresión de autonomía.

<sup>(</sup>xiv) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Artículo 11. Instrucciones previas.

<sup>1.</sup> Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

<sup>2.</sup> Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

1319

y en atención primaria.

1284	1.1.10. Facilitar la autonomía y vida independiente garantizando el acceso a la vivienda digna y
1285	acceso al trabajo a las personas con problemas de salud mental.
1286	1.1.11. Promover las políticas de salud públicas preventivas teniendo en cuenta el impacto del
1287	contexto social sobre la salud mental de la población en general.
1288	1.1.12. Diseñar las políticas de salud públicas teniendo en cuenta la perspectiva de género y su
1289	diferente impacto sobre la salud mental de hombres y mujeres, personas con
1290	discapacidad, infancia, adolescencia y personas mayores.
1291	1.1.13. Establecer vías de participación entre los diferentes departamentos de la
1292	Administración General del Estado y las organizaciones del ámbito asociativo para el
1293	diseño de las distintas políticas públicas en salud mental.
1293	diserio de las distilitas políticas públicas en salud mental.
1294	1.1.14. Proteger los derechos sexuales y reproductivos de las personas con problemas de
1295	salud mental creando programas específicos de información y apoyo sobre la
1296	maternidad y paternidad y mejorando el acceso a los servicios.
1297	Objetivo general 1.2. Erradicar la discriminación y favorecer la inclusión social con
1298	perspectiva de género
1299	Objetivos específicos:
1300	1.2.1. Lograr la igualdad de derechos de toda persona con independencia de sus dificultades y
1301	erradicar el estigma personal y social y la discriminación que conllevan los problemas de
1302	salud mental.
1002	Salad Melitan
1303	1.2.2. Posibilitar que las personas con problemas de salud mental y movimientos asociativos
1304	relacionados impulsen acciones contra la discriminación por sexo, promoviendo la
1305	paridad entre hombres y mujeres.
1306	1.2.3. Realizar y evaluar un plan integral de intervención contra el estigma, estereotipos,
1307	prejuicios y la discriminación que aborde los siguientes ámbitos: laboral, medios de
1308	comunicación, servicios sociales, ámbito cultural, servicios sanitarios, fuerzas y cuerpos
1309	de seguridad del Estado, educativo, ejecutivo, legislativo y judicial, familiar,
1310	penitenciario.
1311	1.2.4. Promover en los equipos profesionales actitudes para la incorporación de un lenguaje
1312	inclusivo evitando un uso sexista del lenguaje y de terminologías estigmatizantes.
1313	1.2.5. Promover la producción de evidencia y mejor conocimiento científico disponible sobre
1314	inequidades de género en materia de salud mental, incluyendo la difusión y
1315	comunicación de dicha evidencia a las organizaciones relacionadas con personas con
1316	problemas de salud mental y sus familiares.
1310	problemas de salda mentar y sus familiares.
1317	1.2.6. Promover la formación de los profesionales de servicios sanitarios en materia de
1318	perspectiva de género en salud, especialmente en relación a los equipos de salud mental

1320 1321 1322 1323	1.2.7.	Promover la especial atención a la formación de profesionales de los centros de atención primaria y de salud mental en materia de impactos de la violencia de género en la salud mental de las mujeres y de sus hijas e hijos como testigos de la misma, por el especial impacto para el resto de su vida adulta.
1324 1325 1326	1.2.8.	Promover la difusión y conocimiento entre los equipos de profesionales de salud mental, de los Protocolos de atención a la violencia de género en mujeres con trastorno mental grave.
1327 1328	1.2.9.	Revisar y actuar sobre barreras normativas que supongan una limitación de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
1329 1330 1331 1332	1.2.10	D. Facilitar en los servicios de atención la existencia de normas específicas en sus protocolos y procedimientos de seguimiento y control dirigidos a fomentar la integración, evitar el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación de las personas con problemas de salud mental y su entorno más cercano.
1333 1334		ivo general 1.3. Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con emas de salud mental garantizando el respecto a la dignidad de las personas
1335	Objet	ivos específicos:
1336 1337 1338	1.3.1.	Diseñar actuaciones que reduzcan al mínimo realmente imprescindible las prácticas iniciativas tendiendo a su progresiva eliminación. Para ello se contará con la participación de las partes interesadas, incluidas las personas titulares de derechos.
1339 1340	1.3.2.	Incorporar alternativas a la coacción en las políticas de atención que respeten la dignidad de las personas y apuesten por la atención centrada en la persona.
1341 1342 1343	1.3.3.	Promover la adecuada dotación de los servicios de atención, con recursos materiales y de personal suficientes que garanticen una atención integral adecuada a las personas con problemas de salud mental.
1344 1345 1346	1.3.4.	Formar a los equipos profesionales en habilidades de intervención en crisis, de forma que se puedan anticipar a las mismas y establecer vínculos de calidad, de seguridad y confianza basados en una relación terapéutica que tengas efectos positivos para la
1347		persona.
1348 1349	1.3.5.	sobre formas de intervención en situaciones de crisis que tengan como efecto la creación de vínculos de calidad y de un trato que tenga efectos positivos.
1350 1351 1352	1.3.6.	Potenciar la implantación de procedimientos específicos de intervención (valoración del riesgo, contención verbal, regulación de estímulos, técnicas de desescalada) que hagan innecesario el uso de la contención mecánica o farmacológica.
1353 1354 1355	1.3.7.	Facilitar la participación en situaciones de crisis de los allegados a las personas con problemas de salud mental para que puedan actuar como facilitadoras para disminuir la tensión y el sufrimiento.

1356	1.3.8. Definir por las comunidades autónomas un procedimiento para las situaciones de
1357	emergencia o urgencia, con todas las garantías de dignidad, seguridad y cuidados, que
1358	incluya el respeto al documento de instrucciones previas (también conocido como de
1359	voluntades anticipadas en alguna comunidad autónoma).

1360 1.3.9. Desarrollar mecanismos de seguimiento preciso de las garantías de buen trato así como de detección de incumplimientos y medidas para resolverlos.

#### Recomendaciones

- 1363 I. Reducir progresivamente al mínimo imprescindible las intervenciones que van en contra 1364 de la voluntad de la persona con trastorno mental, así como cualquier otra medida 1365 restrictiva y generar las condiciones que las hagan innecesarias.
- II. Implementar en todos los servicios un protocolo de actuación y un registro del uso de las contenciones y otras prácticas coercitivas y hacer un seguimiento de su evolución. Evaluar continuadamente el impacto de las mismas sobre todos los que en ellas participan (personas con problemas de salud mental, familiares y profesionales), con el objetivo de su reducción.
- 1371 III. Facilitar el intercambio de buenas prácticas nacionales e internacionales que eviten las contenciones.
- 1373 IV. Estudiar las quejas y reclamaciones en la atención sanitaria, analizando e identificando 1374 las áreas de mejora necesarias con especial atención a las que tengan que ver con el 1375 respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- Proveer formación a personas con problemas de salud mental en materia de exposición en público y para tratar con medios de comunicación, de modo que se conviertan en interlocutoras y activistas contra el estigma.
- 1379 VI. Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para prevenir actos o prácticas discriminatorias.
- Sensibilizar y concienciar a la sociedad, a través de campañas o acciones específicas, para que tome mayor conciencia y se fomente el respeto de los derechos y dignidad de las personas con problemas de salud mental.
- 1384VIII. Incluir la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en los equipos de salud mental que evalúen cada una de las acciones que se desarrollan.
- 1386 IX. Potenciar el apoyo mutuo entre pares, poniendo en valor sus propias estrategias para resolver situaciones de crisis.
- 1388 X. Promover el cumplimiento legal mediante el que se reconoce que a partir de los 12 años los niños, niñas y adolescentes deben ser escuchados (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor). (77)
- Dotar de manera adecuada y suficiente los servicios de salud mental, incluidos los servicios en los que se traten situaciones de urgencia o crisis, para poder ofrecer una

atención correcta sin necesidad de medidas de contención mecánica o farmacológica, y sin ejercer coerción, promoviendo entornos terapéuticos que cada vez más posibiliten el acceso pleno a derechos en igualdad de condiciones que el resto de usuarios del sistema.



# Línea estratégica 2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Plan de Acción sobre salud mental (2013-2020), y en línea con lo ya expresado con anterioridad, expone que una buena salud mental, es un componente integral de la salud y bienestar de la población y que contribuye al funcionamiento de las personas, familias, comunidades y a la prosperidad social y económica de la sociedad. La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación. Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales entre otros, las políticas estatales, el nivel de protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades a edades tempranas es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales. (78)

Dependiendo del contexto, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran las familias en situación de pobreza, en situación de exclusión social, en situación de calle, las personas internadas en instituciones penitenciarias, las personas con problemas de salud crónicos, los menores expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes expuestos por vez primera al abuso de sustancias, los grupos minoritarios y subordinados (mujeres, colectivos LGTBIQ+), las personas mayores y las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos (OMS, 2013). (5)

Un entorno de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos, es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos, resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental (OMS, 2004). (79)

Por otra parte, y tal y como describe en su informe el Relator Especial de Naciones Unidas (80), sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2017), a pesar de las pruebas evidentes de que no puede haber salud sin salud mental, esta última no goza en ningún lugar del mundo de condiciones de igualdad con la salud física en las políticas y presupuestos nacionales. Se estima que, a escala mundial, se destina a la salud mental menos del 7 % de los presupuestos de salud, dedicándose la mayor parte de la inversión a la atención de larga duración en instituciones y a los hospitales de atención a la salud mental, lo que se traduce en una ausencia casi total de políticas para la promoción integral de la salud mental para todos. En este sentido, a fin de garantizar que se aborden los factores determinantes básicos y sociales con miras a la promoción de la salud mental para todos, el Relator Especial recomienda dar prioridad a la promoción de la salud mental y a la prevención en la política pública, así como un aumento de las inversiones en todos los ministerios pertinentes.

En términos operativos la promoción de la salud se dirige al conjunto de la población; tiene como objetivo que las personas sean capaces de controlar su salud y su enfermedad siendo menos dependientes de los servicios asistenciales y consiguiendo tener una mayor autonomía;

1464

1465

14661467

14681469

1470

1478

1479

1440 se consigue modificar, según los determinantes de salud, el contexto de vida socio-1441 comunitario, mediante la participación individual y comunitaria y el compromiso político; este 1442 proceso incluye, por lo tanto, cambios individuales, grupales y comunitarios. La promoción de 1443 la salud mental ha de realizarse desde las primeras etapas de la vida, incluso más allá del 1444 momento del nacimiento y el establecimiento del vínculo durante la planificación familiar y 1445 entre generaciones. Los aspectos de promoción en las edades tempranas de la vida se desarrollan dentro de la Estrategia de forma específica en la línea estratégica dedicada a la 1446 1447 salud mental en la infancia y adolescencia.

#### Prevención del daño asociado a la asistencia sanitaria. Prevención cuaternaria

- 1449 Este nivel preventivo es novedoso en Salud Mental, aunque se aplica al conjunto del sistema 1450 sanitario. El concepto de prevención cuaternaria se define como la intervención que evita o 1451 atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. (81) 1452 Pretende evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento, así como disminuir el daño a los 1453 pacientes asociado a la asistencia sanitaria. Buena parte de los malestares y problemas 1454 menores de salud mental se beneficiarán poco de intervenciones psicológicas o 1455 psicofarmacológicas porque tienen su raíz en problemáticas de otra índole (social, laboral, 1456 económica o, en todo caso, fuera del sistema sanitario).
- Se deben medir las intervenciones terapéuticas y considerar los efectos sobre la seguridad del paciente de los sistemas de atención y de los psicofármacos. Por ello se precisa informar a la persona con problema de salud mental, poniendo en la balanza los riesgos y beneficios contrastados por la medicina basada en pruebas. En los tratamientos, se debe contar con la persona y hacerla partícipe de la elección, no olvidando que la alianza terapéutica es el factor más importante asociado a un buen pronóstico clínico, teniendo en cuenta que la indicación de no-tratamiento es una intervención más del repertorio asistencial.

### 2.1 Objetivo general. Promover la salud mental de la comunidad y de grupos específicos

## **Objetivos específicos:**

- 2.1.1 Disponer de un plan integral de promoción de salud mental y prevención de los trastornos mentales (propio o incluido en un plan general) en el marco de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS, teniendo prioridad el programa de promoción del desarrollo psicosocial durante los cinco primeros años de vida desde los servicios de atención primaria.
- 2.1.2 Impulsar la promoción y difusión de nuevos modelos de relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres, presidida por el respeto a las preferencias, opiniones, creencias y capacidades individuales, incorporando la perspectiva de género a todas las actuaciones en el ámbito de la salud mental.
- 2.1.3 Impulsar que todos aquellos planes, programas, proyectos y normas que estén sujetos a estudios y evaluaciones de impacto ambiental, incorporen la evaluación del impacto en la salud (tanto física como mental), promoviendo así la salud mental de las personas.
  - 2.1.4 Impulsar intervenciones específicamente orientadas a sensibilizar, asesorar e informar a las personas responsables de las instituciones de los diferentes ámbitos (educativo,

- medioambiental, laboral, judicial, sanitario, etc.) de la relación existente entre sus actuaciones y la salud mental, señalando el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.
- 2.1.5 Promover mecanismos para la identificación temprana de los malos tratos a grupos vulnerables, especialmente en la infancia y adolescencia.
- 2.1.6 Realizar acciones específicas de sensibilización dirigidas a los medios de comunicación,
   incorporándolos como agentes activos con poder para transformar la opinión pública.

#### Recomendaciones

1488

- 1489 I. En las intervenciones dirigidas a representantes institucionales, se señalará el papel
  1490 central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, y la
  1491 importancia de la interacción del hábitat (ecología urbana), la educación (capital
  1492 humano), las posibilidades de participación ciudadana (capital social), las relaciones
  1493 igualitarias de género y los determinantes psicosociales de género con la salud mental
  1494 de la población, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de
  1495 ignorarlas.
- 1496 II. Sensibilizar y formar a los profesionales de las diferentes disciplinas sanitarias para 1497 identificar mejor los malos tratos y abusos sexuales a las personas vulnerables, 1498 especialmente a la infancia y adolescencia.
- 1499 III. Promover intervenciones dirigidas a los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de la salud mental desde las administraciones sanitarias, a nivel nacional y de comunidades autónomas.
- 1502 IV. Promocionar hábitos de vida saludables (como realizar actividad física, alimentación saludable, mantener una higiene adecuada, un patrón y calidad de sueño óptimo, tener una sexualidad saludable, evitar hábitos tóxicos y prevenir drogodependencias y adicciones, mantener relaciones personales y sociales satisfactorias, técnicas de resolución de conflictos, manejo de situaciones de estrés, saber afrontar cambios vitales, etc.).
- 1508 V. Impulsar la localización de activos de salud por parte de las personas con problema de salud mental.
- 1510 VI. Contemplar la necesidad de evaluaciones de todas y cada una de las acciones a 1511 desarrollar, con la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en la misma.
- 1513 2.2 Objetivo general. Prevenir la aparición de problemas de salud mental, 1514 drogodependencias y adicciones en la comunidad

#### 1515 **Objetivos específicos:**

2.2.1 Desarrollar y evaluar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social, discriminación, pobreza y marginalidad, con el fin de actuar sobre los

	DOTTUGOT VC131011 V. 2021 00 24
1518 1519	determinantes sociales, incluidos los determinantes de género, de los problemas de salud mental y de las drogodependencias y adicciones.
1520 1521 1522 1523	2.2.2 Desarrollar y evaluar intervenciones dentro de lo contemplado en la Estrategia Naciona sobre Adicciones 2017-2024 (82) y en los planes de acción que la desarrollan (y, en su caso, con los planes desarrollados en las distintas comunidades autónomas), con e objetivo de disminuir las adicciones con y sin sustancia.
1524 1525 1526 1527 1528	2.2.3 Contemplar las adicciones comportamentales, o adicciones sin sustancia, como las derivadas de las conductas de juego problemático o patológico e impulsar las medida para su detección temprana e intervención directa en la capacidad de juego de este tipo de participantes y en la población joven, menor de 18 años, la ciberadicción y sus consecuencias.
1529 1530 1531 1532 1533	2.2.4 Potenciar el desarrollo de lo que se ha denominado "capital social", apoyando aquellas actividades que supongan un aumento de la participación ciudadana, fomentando los grupos de apoyo mutuo, movimientos en primera persona, así como todo tipo de iniciativas comunitarias para la prevención de la soledad, la mejora en la gestión de la situaciones vitales estresantes, así como el fomento de la resiliencia.
1534 1535 1536 1537 1538	2.2.4. Establecer y evaluar intervenciones colaborativas entre Servicios Sociales, Atención Primaria y Salud Mental para prevenir problemas de salud mental, incidiendo especialmente en población de mayor vulnerabilidad (exclusión social, violencia de género, antecedentes de problemas de salud mental en la familia, personas cuidadoras personas con problemas crónicos de salud, discapacidad, etc.).
1539 1540 1541	2.2.5. Impulsar acciones de apoyo a los servicios de prevención y salud laboral encaminadas a prevenir el estrés laboral, situaciones de acoso y los trastornos mentales asociados a trabajo.
1542 1543 1544	2.2.6. Incluir programas específicos de prevención y sensibilización en los centros escolares incorporándolos en los programas educativos, siempre con una perspectiva transversal y utilizando materiales, recursos y experiencias en primera persona.
1545 1546 1547	2.2.7. Impulsar campañas de promoción de la salud y prevención de los problemas de salud mental entre las personas internadas en centros penitenciarios, en hospitales psiquiátricos penitenciarios y otros grupos vulnerables.

# Recomendaciones

- Realizar intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social en áreas geográficas con riego social alto y/o morbilidad en el área de Salud Mental, que tendrán la finalidad de reducir los determinantes y/o las consecuencias de diversas violencias tanto en el ámbito público, institucional como privado.
- 1553 II. Es imprescindible para la realización de estas acciones la participación y la cooperación intersectorial entre los ámbitos de justicia, seguridad, legislación, vivienda, infraestructuras, trabajo, educación, institutos de la mujer u otros, a nivel municipal y autonómico.

1557 1558 1559	III.	Todas estas acciones deben seguir las pautas determinadas en el marco de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas, ratificada por España en 2008. (74)
1560 1561 1562	IV.	Contemplar la necesidad de evaluaciones de todas y cada una de las acciones a desarrollar, con la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental en la misma.
1563 1564 1565	V.	La implementación de los programas de promoción y prevención se basarán en la mejor evidencia disponible para la consecución de los objetivos propuestos, y en las necesidades detectadas.
1566 1567 1568	VI.	Promover acciones formativas de sensibilización que estimulen intervenciones de prevención del daño asociado a la asistencia sanitaria en personas con problemas de salud mental.
1569	Líne	a estratégica 3. Prevención, detección precoz y aten <mark>ción</mark> a la
1570	cond	lucta suicida
1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580	perso much trasto apario existe Las co Europ extrei	da conducta suicida es expresión de un trastorno mental. No obstante, se sabe que las nas que sufren trastornos mentales mueren a causa del suicidio en una proporción o mayor que la población general. La proporción de suicidio consumado asociado a orno mental es alrededor del 80- 90% (múltiples trastornos mentales favorecen la ción de tendencias suicidas), siendo la cuestión que parece ser común en el suicidio la encia de un gran sufrimiento emocional. (83, 84)  onductas suicidas constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en la y en todo el mundo. La muerte por suicidio implica un drama personal con sufrimiento mo que deja tras de sí un grave impacto en el entorno de la persona fallecida.
1581 1582 1583 1584 1585	actua veces consid	odo el mundo constituyendo uno de los problemas graves de salud pública en la lidad, ya que multiplica por 3-4 veces las muertes por accidentes de tráfico y por unas 40 las muertes por violencia machista. La adolescencia es una etapa de riesgo que se ha de derar de forma particular y específica a la hora de programar intervenciones comunitarias tarias de prevención. (85)
1586 1587		abordar el tema se requiere la colaboración entre autoridades sanitarias y otras uciones y sectores.
1588 1589 1590 1591 1592 1593	estrat Comis dedic	AS le dedica especial atención con una web dedicada a la prevención del suicidio y una regia específica ( <a href="https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab=3">https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab=3</a> ). Así mismo, la sión Europea, dentro de su proyecto EU Compass for Mental Health and Wellbeing, le ó uno de los trabajos anuales al estudio de las actuaciones de los Estados miembro frente cidio. (86)

1594	3.1 Objetivo general. Detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas
1595	Objetivos específicos:
1596 1597 1598	3.1.1. Sensibilizar, concienciar y mejorar la información a la población general a través de acciones de sensibilización, concienciación e información promovidas por instituciones públicas, medios de comunicación y entidades sociales dedicadas a la causa.
1599	3.1.2 Detectar precozmente y prevenir el riesgo suicida.
1600	Mejorar el acceso y atención de las personas con conducta suicida.
1601	<ul> <li>Mejorar la detección por parte de los profesionales de salud (equipos de Urgencias,</li></ul>
1602	Atención Primaria, Salud Mental y otras especialidades) de las personas con riesgo de
1603	conducta suicida.
1604	<ul> <li>Dotar a los profesionales de herramientas que posibiliten la identificación de posibles</li></ul>
1605	pensamientos suicidas y la valoración de los factores de riesgo asociados a ellos
1606	(especialmente en situaciones de crisis emocional, en personas con problemas de
1607	salud mental y enfermedades crónicas así como en situaciones sociales que conlleven
1608	desvalimiento o aumento de la vulnerabilidad) incrementando la sensibilidad
1609	personal y profesional para comprender a las personas que realizan este tipo de
1610	conductas.
1611	<ul> <li>Establecer criterios de detección de posible conducta suicida o de factores de alto</li></ul>
1612	riesgo que pudieran dar lugar a la reaparición de ideas suicidas, establecer criterios
1613	de intervención y ayuda en caso de detección de riesgo suicida.
1614	<ul> <li>Promover la formación continuada para el adecuado diagnóstico y abordaje de la</li></ul>
1615	conducta suicida.
1616	<ul> <li>Promover el conocimiento sobre el perfil de métodos empleados y lugares de riesgo</li></ul>
1617	y la limitar el acceso a lugares y medios potencialmente letales cuando no sea posible
1618	establecer medidas disuasorias.
1619	<ul> <li>Promover el registro de los casos de tentativas de suicidio que contribuya a la mejora</li></ul>
1620	de su vigilancia epidemiológica (por ejemplo, en relación con el código de riesgo de
1621	suicidio).
1622 1623 1624	• Desarrollar registros precisos de suicidios consumados con las variables sociodemográficas necesarias para identificar grupos vulnerables y así poder actuar sobre ellos y registro y monitorización de los factores de riesgo que llevan al suicidio.
1625	<ul> <li>Implantar el código de riesgo de suicidio en las historias clínicas contando con las</li></ul>
1626	máximas garantías de respeto a la confidencialidad y a los derechos de la persona.
1627	<ul> <li>Intervenir en colectivos vulnerables según sus necesidades específicas como son:</li></ul>
1628	personas en situación de exclusión social, población infanto-juvenil, personas
1629	mayores, casos de violencia, personas con discapacidad, enfermedades crónicas,

1630 1631	dependencia, residentes en centros penitenciarios, personas en situación de calle, personas discriminadas por su orientación sexual o identidad de género.
1632	3.2 Objetivo general. Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida
1633	Objetivos específicos:
1634 1635	3.2.1 Promover la elaboración de procesos asistenciales integrados de atención a las personas con riesgo suicida.
1636 1637 1638 1639	<ul> <li>Garantizar que el informe al alta del servicio de urgencias llegue al médico de Atención primaria (con las debidas garantías de confidencialidad y ejercicio de autonomía) con el fin de asegurar la continuidad de los cuidados necesarios, así como al Centro de Salud Mental (en adelante, CSM).</li> </ul>
1640 1641	<ul> <li>Ofrecer a las familias y personas allegadas información, recursos y herramientas que les permitan actuar en caso de un nuevo episodio.</li> </ul>
1642 1643 1644 1645	<ul> <li>Atender prontamente a las personas cuidadoras, familiares y allegados de personas que han fallecido por suicidio estableciendo un procedimiento de cita y evaluación inmediata en Atención Primaria y Servicios de Salud Mental que permita explorar la respuesta inicial ante la pérdida y la necesidad eventual de ayuda.</li> </ul>
1646 1647	3.2.2 Promover y estimular formas de ayuda mutua entre supervivientes y personas con ideaciones suicidas.
1648 1649	3.2.3 Promover y estimular formas de ayuda mutua entre familiares en la comunidad para personas en duelo por suicidio.
1650 1651	3.2.4 Establecer asesoramiento y apoyo a los y las profesionales que han sufrido un suicidio en su ámbito de trabajo.
1652 1653 1654	3.2.5 Facilitar y promover el acceso directo para los adolescentes con problemas de salud mental que desarrollen programas específicos para aquellos adolescentes que manifiesten ideación suicida.
1655	Recomendaciones
1656 1657	I. Fomentar la cooperación con otros sectores en el marco de la Agenda 2030 para la consecución de estos objetivos.
1658 1659	II. Fomentar una adecuada continuidad de cuidados de las personas que han realizado una tentativa de suicidio.
1660 1661 1662	
1663 1664	IV. Desarrollar una atención adecuada a la edad de la población, con fin de poder abordar las especificidades que les sean propias con profesionales formados.

1669

1670

1671

16721673

1674

16751676

1684

1685

1686

16871688

1689

1690 1691

1692

1693

1694

1695

1696

- 1665 V. Facilitar la labor informativa de calidad que evite el alarmismo, estigma, prejuicios y estereotipos de las conductas suicidas:
  - Combatir mitos con el fin de eliminar las creencias equivocadas en torno al suicidio.
  - Contar con testimonios en primera persona que hayan pasado por esta situación con el fin de sensibilizar de un modo más eficaz sobre esta problemática.
  - Ofrecer toda la información de la que se disponga y los mecanismos que existan para prevenir el suicidio (servicios de información o atención de cada comunidad autónoma y entidades sociales).
  - Sensibilizar a los profesionales de los medios de comunicación, para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio siguiendo las recomendaciones internacionales.
- Desarrollar líneas de trabajo encaminadas a la prevención del suicidio entre el Ministerio de Sanidad y otras instituciones, organismos y sectores al objeto de promover una red de colaboración intersectorial en esta materia que alcance múltiples ámbitos.
- 1680 VII. Desarrollar e implantar protocolos de prevención en colegios, universidades, 1681 Administración y lugares de trabajo.
- Desarrollar una red de atención telefónica eficiente, coordinada e integrada para mejorar el abordaje a la persona con riesgo suicida.

# Línea estratégica 4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario

- La atención a la persona con problemas de salud mental implica el desarrollo de un conjunto de servicios adecuados a las diversas necesidades singulares de cada persona. Para ello hay que tener en cuenta las características, orígenes, intensidad del sufrimiento psíquico, el contexto y los diversos factores que influyen sobre la salud y su dificultad. Hay que considerar el cuidado de la salud mental como el conjunto de acciones y propuestas que van desde la prevención a la recuperación. Las diversas directivas internaciones y entre ellas muy especialmente la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (13), ponen el acento en la necesidad de un tipo de atención centrada en la persona y sus derechos. Se debe promover que en el seno de la atención sociosanitaria se realice una valoración integral de las situaciones y necesidades de las personas con problemas de salud mental y de su entorno.
- 1697 La atención a las personas con problemas de salud mental debe estructurarse en base a 1698 algunos principios básicos:
- 1699 Potenciar las capacidades y potencialidades que tiene la persona.
- Considerar a la persona con problemas de salud mental como parte importante en su proceso de recuperación, situándola en el centro de la atención.
- 1702 > Las relaciones entre profesionales y personas atendidas deben estar basadas en el mutuo reconocimiento y en la idea de acompañamiento y cooperación.

1704 1705	>	Potenciar el diálogo y la escucha activa como elementos fundamentales sobre los que se debe basar la intervención en salud mental.
1706 1707 1708	>	Tratamiento y trato individualizado adaptado a las necesidades que presenta la persona en cada momento poniendo en valor sus preferencias en el contexto de una información clara y veraz.
1709 1710	>	Atención basada en el cumplimiento de los derechos, garantizando la equidad e igualdad en el acceso a los recursos y a las atenciones necesarias.
1711 1712 1713	>	Evaluación holística de los problemas que afectan a la persona desde un punto de vista tanto objetivo como subjetivo. Esta evaluación prestará atención a los aspectos sociales, psicológicos y biológicos y a las experiencias vividas de la persona.
1714 1715	>	La atención deberá estar enfocada a que las personas tengan una vida digna, que incluya la experiencia laboral, formativa, afectiva, sexual y social.
1716 1717	>	El tratamiento debe ser realizado, siempre que se posible, en el entorno habitual de la persona.
1718 1719 1720 1721	>	El tratamiento debe consistir en intervenciones de naturaleza psicológica, biológica y social que respondan a principios éticos y hayan mostrado evidencias de eficacia y seguridad. Cuando no se disponga de éstas serán tenidas en cuenta las recomendaciones de instituciones científicas o grupos sociales implicados.
1722 1723	>	Las opciones y estrategias de la persona deben jugar un papel relevante, en el contexto de un diálogo informado, a la hora de organizar el plan de tratamiento.
1724	>	El abordaje conjunto con servicios sociales y servicios de rehabilitación psicosocial.
1725 1726 1727	>	La coordinación sociosanitaria, entre el ámbito sanitario y social, mejorando así la calidad de vida de las personas, la calidad de la asistencia y la optimización de los recursos.
1728	Saluc	l mental comunitaria
1729 1730 1731	situái	odelo de asistencia ha de orientarse hacia la mejor atención a las personas y sus familias ndoles en el centro del proceso (Atención centrada en la persona). Tanto los equipos disciplinares como los diversos servicios y desde los distintos niveles de atención han de
1732 1733 1734	articu proce	larse en torno a sus necesidades en materia de Salud Mental; por ejemplo, desde el edimiento de "análisis de caso". El análisis de caso proporciona una forma de evaluar la sponsabilidad de las diferentes administraciones del territorio en cada caso específico.
1735 1736 1737 1738 1739 1740	Decla impli debe del S	endo presente la máxima de que no hay salud sin salud mental, idea ya reflejada en la iración de Helsinki de la Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental de 2005 e cita en la definición de salud de la constitución de la OMS en 1946, la salud mental se considerar de manera transversal en todos los contextos de la vida. (12, 87) En el marco NS adquiere especial relevancia la Atención primaria de salud en coordinación estrecha os servicios de Atención especializada de salud mental y con los Servicios Sociales.

- 1741 El trabajo de los equipos de Atención primaria resulta fundamental para promover la salud 1742 mental, atender procesos psicosociales de la vida cotidiana que influyan en la salud de las 1743 personas, disminuir el estigma, así como para la detección e intervención precoz ante la 1744 aparición de factores de riesgo o síntomas asociados a problemas de salud mental. La consulta 1745 individual, las intervenciones grupales y el fomento de la ayuda mutua son instrumentos para 1746 la atención y el cuidado con la comunidad esenciales sin obviar las oportunidades de intervención en coordinación con otros sectores (por ejemplo, en el sistema educativo y en los 1747 1748 centros escolares y académicos) y la participación comunitaria, el asociacionismo y los grupos 1749 de ayuda mutua.
- Ante procesos de salud de mayor complejidad, **la interconsulta y enlace** con Atención especializada de salud mental se considera un instrumento de gran eficacia, puesto que posibilita mejorar las habilidades diagnósticas y la incorporación de terapias en el marco del nivel primario de atención de salud, así como la derivación a los servicios especializados, disminuyendo los casos "perdidos" y posibilitando acudir a los servicios de salud mental de una forma menos estigmatizada (88).
- La interconsulta y enlace posibilita además la coordinación asistencial y asesoría entre los profesionales de las diferentes disciplinas lo que redunda positivamente en la calidad asistencial y los resultados en salud.
- Realizada una derivación a los servicios de salud mental de la atención especializada de salud, 1759 1760 el centro de salud mental representa el eje vertebrador del sistema, desde el cual se ofrecerá la asistencia personalizada que fuera necesaria para la persona y su familia procurando que las 1761 1762 personas afronten sus procesos vitales en su entorno, con la menor fragmentación de sus 1763 vidas posible, recurriendo a la hospitalización tradicional solo en caso estrictamente necesario. 1764 Para ello, se reforzarán programas y servicios que acompañen a las personas y familias en su proceso de recuperación, destacándose los modelos de gestión de casos, la hospitalización 1765 1766 domiciliaria, la hospitalización parcial y otros recursos intermedios y de rehabilitación.

### Atención de los pacientes con episodios agudos

- Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y el desarrollo del documento de la Reforma
  Psiquiátrica y de Salud Mental por parte de las comunidades autónomas, el ingreso de los
  pacientes con episodios agudos se ha venido realizando en los hospitales generales, que
  disponían de un área específica de psiquiatría y de ingresos psiquiátricos.
- La hospitalización psiquiátrica debe ser considerada como un momento terapéutico más, no un fin en sí misma. No se debe olvidar que tiene un importante impacto en la evolución longitudinal de muchos cuadros psicopatológicos, pudiendo llegar a mejorar su pronóstico y evolución. No se debe olvidar la integración en la actividad terapéutica de una figura profesional de salud mental comunitaria y ambulatoria, para establecer esa continuidad de forma consistente.
- Es importante reducir a lo estrictamente necesario el tiempo de hospitalización psiquiátrica para mantener al paciente en su contexto con los referentes del centro de salud mental comunitario (eje esencial de asistencia en salud mental), atención primaria y servicios sociales (coordinación), contribuir a avanzar en hospitalización a domicilio, hospital de día, consultas

1782 1783	telemáticas, educación para la salud de pacientes y familiares en el marco del ingreso, etc., como fórmulas alternativas al modelo hospitalocentrista.
1784	
1785 1786 1787 1788	Otro punto a tener en cuenta es el de los ingresos involuntarios. Si bien es cierto que se intenta que el ingreso sea voluntario, no es menos cierto que aún es relevante el número de ingresos involuntarios que conlleva en ocasiones el hecho de las sujeciones mecánicas, muy discutido desde la perspectiva ética y de respeto hacia el paciente. (89)
1789 1790 1791 1792 1793 1794	Estar ingresado no debe suponer estar desconectado o tener inactividad. Es importante realizar actividades que posibiliten la conexión con la persona ingresada. Las actividades grupales se pueden ir introduciendo poco a poco y las actividades individualizadas son muy pertinentes. Las visitas de la familia y las posibles salidas se deben programar de forma progresiva. También se utilizará este periodo para el trabajo con la familia y personas allegadas, tanto de información como de contención y orientación en la fase de preparación del alta.
1795	Los dispositivos intermedios
1796 1797 1798 1799 1800	El más representativo de todos es el hospital de día psiquiátrico (HDP), actualmente se le conoce también como "hospitalización parcial", un instrumento de prevención secundaria. (90). La actividad del HDP pretende intervenir de forma activa para evitar la tendencia a la evolución crónica, lo que comporta actuar frente a una nueva bolsa de casos difíciles, de lenta evolución y complicados o inestables.
1801 1802 1803 1804	La estancia en el HDP favorece algunas intervenciones específicas: en los casos en los que ha habido una crisis con ruptura de los vínculos afectivos y sociales. Lo que se persigue es incrementar la calidad de vida y el grado de satisfacción, con disminución del sufrimiento, de los pacientes con problemas de salud mental graves e inestables.
1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813	En cuanto a sus indicaciones clínicas, los problemas de salud mental en los que existe consenso general de la indicación de HDP, son los pertenecientes a los grupos que cursan con mayor inestabilidad, como los cuadros psicóticos (sobre todo en el adolescente y adulto joven), trastornos del humor, trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria y, en menor medida, algunos trastornos del comportamiento (con la excepción del trastorno disocial). Los criterios de exclusión están más consensuados: trastornos mentales orgánicos, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de drogas psicótropas problemas adictivos del comportamiento debidos al consumo de sustancias y discapacidad mental moderada a grave. (90)
1814 1815 1816 1817 1818	Otros dispositivos intermedios son: las "Miniresidencias" dirigidas a los pacientes con dificultades de convivencia o ausencia de familia que pueda hacerse cargo; los pisos protegidos, un método de reinserción familiar que precisa supervisión de los profesionales de salud mental o las Comunidades terapéuticas, que incorporan a la estancia la actividad laboral como forma de rehabilitación social.
1819 1820	4.1 Objetivo general. Contribuir a recuperar, mantener y mejorar la autonomía y la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental

### 1821 **Objetivos específicos:**

- 4.1.1. Centrar la atención en la persona y sus necesidades y realizar Planes Individualizados de Atención (PIA) en el marco de una alianza terapéutica, con participación activa de la persona.
- 4.1.2. Evaluar por parte del equipo interdisciplinar las dificultades, fortalezas, activos de salud y/o habilidades de la persona desde una perspectiva biopsicosocial e interdisciplinar.
- 4.1.3. Asegurar la participación de las personas con malestar psíquico y sus organizaciones en el diseño, la aplicación, la prestación y la evaluación de las políticas, los sistemas y los servicios de salud mental.
- 4.1.4. Priorizar los apoyos a las personas en su propio contexto comunitario facilitando el mantenimiento de los vínculos con éste, para lo que se deberá planificar la dotación adecuada de servicios: equipos de tratamiento asertivo comunitario y equipos de atención domiciliaria interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social).
- 4.1.5. Sustentar el tratamiento en el buen trato, los principios éticos y la complementariedad de las intervenciones sociales, psicológicas y biológicas.
- 4.1.6. Potenciar las intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales de cuya
   eficacia se tiene conocimiento.
- 4.1.7. Promover de forma activa alternativas a las intervenciones involuntarias en las personas con problemas de salud mental, aplicándose en todo caso el principio de menor restricción posible garantizando el respeto y la dignidad de la persona. Las intervenciones involuntarias estarán limitadas a las situaciones determinadas que establezcan la legislación española y la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad. (Art 14)
- 4.2 Objetivo general. Disponer de servicios y recursos alineados con los principios básicos de
   la atención basada en el modelo de recuperación de las personas en el ámbito comunitario
- 4.2.1. Potenciar los equipos de tratamiento asertivo comunitario constituye un objetivo fundamental, teniendo en cuenta que la intervención debe ser interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social) y resaltando el papel de "gestor de caso" con el fin de asegurar la cobertura adecuada por parte de las instituciones comunitarias que intervienen en cada caso.
- 4.2.2. Priorizar, frente a la institucionalización, el desarrollo de recursos y servicios de atención en salud mental (casa de crisis, programas residenciales con diferentes niveles de apoyo, programas de soporte en el domicilio, unidades de apoyo a la crianza, asistencia personal, etc.), cuando se presenten síntomas o las necesidades lo aconsejen.
- 4.2.3. Desarrollar programas y recursos que faciliten la inserción social, laboral, la vida independiente y el ejercicio de los derechos de la persona.

- 4.2.4. Reducir el uso de las unidades de media y larga estancia en hospitales psiquiátricos, sustituyéndolas por programas y servicios alternativos que faciliten la inserción social, el acceso a la vivienda y cuidando en todo momento el ejercicio de los derechos de la persona.
- 4.2.5. Adecuar los recursos profesionales en atención primaria y de salud mental a lo necesario
   en un contexto de equidad desde la perspectiva del respeto, capacidad y autonomía de
   la persona, promoviendo actuaciones basadas en el consenso profesional.
- 4.2.6. Desarrollar o actualizar Guías de Práctica Clínica para la detección precoz y abordaje de los problemas de salud mental más frecuentes y de mayor impacto.
- 4.2.7. Impulsar la figura del asistente personal que reconoce la <u>Ley 39/2006, de 14 de</u>

  diciembre, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- 4.3 Objetivo general. Promover y desarrollar líneas de intervención novedosas relacionadas con factores generadores de problemas de salud mental: abusos sexuales, adicciones, acoso en sus diferentes formas o el mal uso de las nuevas tecnologías
- 4.3.1. Sensibilizar a los profesionales y equipos sobre la aparición de nuevas fragilidades vinculadas a cuestiones sociales (precariedad en el empleo, dificultad de acceso a la vivienda, procesos migratorios, incremento de personas que viven en soledad, envejecimiento de la población, menores con insuficiente protección, etc.) que pueden tener efectos determinantes sobre la aparición del sufrimiento psíquico y los problemas de salud mental (como por ejemplo, trastornos de personalidad, patología dual o primeros episodios psicóticos, entre otros).
- 4.3.2. Definir e implementar recursos, programas y medidas para el desarrollo de líneas de intervención novedosas en salud mental.
- 4.3.3. Incluir en la comprensión y abordaje de los trastornos de comportamiento en la adolescencia, la identificación del comportamiento conflictivo o disfuncional y trabajar con los aspectos positivos parentales, con el fin de favorecer desarrollar la resiliencia personal y recuperar su narcisismo como figuras parentales.

### Recomendaciones

- 1887 I. Dotar a la atención primaria de recursos e instrumentos para el abordaje inicial de la atención en la salud mental (p.ej. acciones en relación con el objetivo A.3 del Marco Estratégico para la Atención primaria y comunitaria de 2019 dedicado a "impulsar el fortalecimiento de la atención primaria de salud a través del desarrollo de las estrategias del Sistema Nacional de Salud") (91).
- Potenciar y desarrollar la salud mental en Atención primaria. El Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019 pone de relieve la necesidad actualizar la cartera de servicios de Atención primaria del SNS (Objetivo A.4), con el objetivo de dar cobertura a las necesidades y problemas de la población, bajo un enfoque multidisciplinar, organizando los recursos disponibles y potenciando la coordinación entre niveles

derivación" (Acción A.4.4).

1897 1898

1899

1900 III. 1901 1902	Dotar a los servicios de salud mental de recursos humanos, económicos y de espacios físicos necesarios para desarrollar adecuadamente las líneas de intervención recogidas en la línea estratégica 4.
1903 IV. 1904 1905 1906	Fomentar el conocimiento para entender la recuperación como un proceso único e individual, unido al crecimiento personal de cada una de las personas con problemas de salud mental fomentando su rol protagonista en la modificación de actitudes, valores y sentimientos.
1907 v.	Incorporar la perspectiva de género en la atención a la salud mental.
1908 VI. 1909 1910	Elaborar planes conjuntos de intervención que incluyan la planificación anticipada de decisiones para que la persona con problemas de salud mental manifieste sus necesidades y preferencias en relación a la asistencia que pueda recibir en el futuro.
1911 VII. 1912 1913	Establecer procedimientos adecuados para que el documento de instrucciones previas (también conocido como de voluntades anticipadas en alguna comunidad autónoma) se aplique como una herramienta para el respeto de la toma de decisiones.
1914 VIII. 1915 1916 1917	Promover la participación de las personas con experiencia propia en salud mental en la formación continuada de los equipos y en el apoyo eventual en la construcción de planes de intervención terapéutica, complementando la fundamental perspectiva de la persona atendida.
1918 IX. 1919 1920	Fomentar el desarrollo de modelos de intervención basados en la voluntariedad y la colaboración entre las personas con problemas de salud mental y los profesionales de la salud.
1921 X. 1922 1923	Impulsar el apoyo entre pares en el proceso de recuperación promoviendo el aprendizaje compartido mediante las redes de apoyo, institutos de recuperación, centros comunitarios y alojamientos de apoyo según el nivel de necesidad gestionados por pares.
1924 XI. 1925 1926 1927	Desarrollar programas socio-sanitarios, como las cooperativas de personas con trastornos mentales a múltiples niveles, con la supervisión psicosocial directa adecuada, pisos protegidos, granjas protegidas, mini-residencias y comunidades terapéuticas, de menor a mayor grado de dependencia y supervisión.
1928 XII. 1929	Desarrollar la evaluación de las acciones que incluya la participación activa de las personas con problemas de salud mental.
1930 XIII. 1931	Promover el desarrollo y adecuada dotación de unidades especializadas en la detección y tratamiento temprano de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.
1932 XIV. 1933 1934	Entrenar a las figuras parentales para establecer, de forma consistente y definiendo de forma conveniente, las consecuencias tanto positivas como negativas de tener que aceptar la frustración, la norma y la forma de trasmitirla de forma eficaz.

asistenciales. El Marco subraya, entre otras cosas, "potenciar la figura de la/del

psicóloga/o clínica/o en el ámbito del sistema sanitario y protocolizar los circuitos de

1939

1940

1941

1942

1943

1935 xv. Los servicios asistenciales deben ofrecer abordajes multidisciplinares que permitan 1936 trabajar con el adolescente, la familia, el centro escolar y el entorno comunitario; este 1937 abordaje es el que se ha revelado con resultados más positivos.

1938 XVI. Estar ingresado no debe suponer estar desconectado o tener inactividad. Es importante realizar actividades que posibiliten la conexión con el paciente. Las actividades grupales se pueden ir introduciendo poco a poco y las actividades individualizadas son muy pertinentes. Las visitas de la familia y las posibles salidas se deben programar de forma progresiva. También se utilizará este periodo para el trabajo con la familia, tanto de información como de contención y orientación en la fase de preparación del alta.

Evitar en cualquier práctica asistencial la estigmatización por padecer un trastorno mental. 1944 XVII. 1945



# Línea estratégica 5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia

- 1947 Las condiciones y experiencias de vida en los primeros años son especialmente trascendentes
- 1948 respecto al crecimiento y desarrollo biopsicosocial en las distintas áreas (cognición, lenguaje,
- 1949 hábitos, habilidades sociales, desarrollo emocional...), influyendo sustancialmente en la salud y
- 1950 la calidad de vida de las personas en el resto de las etapas del ciclo vital.
- 1951 La atención a la salud mental en la etapa de la infancia y la adolescencia representa una
- 1952 prioridad para todos los agentes sociales. Un enfoque orientado a fortalecer los activos en
- salud y los factores protectores de la salud mental, más allá de la identificación precoz de los
- 1954 factores de riesgo ha de contemplarse para mejorar en toda su dimensión la salud mental en la
- infancia y la adolescencia.
- 1956 La investigación evolutiva ha puesto de manifiesto la importancia del contexto familiar como
- lugar en el que se producen las circunstancias y las relaciones que van moldeando el desarrollo
- de sus miembros. Los progenitores, o las personas que ejercen el cuidado parental, influyen en
- sus hijos a través de los afectos, los comportamientos y las cogniciones. Así, mientras que unos
- 1960 niños desarrollan vínculos de apego seguros, otros lo hacen de forma insegura (ansiosa,
- 1961 evitativa o desorganizada) que tienen consecuencias básicas en el desarrollo del ser humano.
- Los programas participativos de fomento y potenciación de las habilidades parentales desde el
- 1963 enfoque de la parentalidad positiva contribuyen al desarrollo de vínculos de apego seguros
- 1964 (92).

- 1965 Es fundamental en el ámbito escolar se contribuya a crear un sentido de pertenencia que haga
- 1966 que los niños y niñas se sientan conectados y bienvenidos fortaleciendo la identidad y
- autoestima; desarrollar competencias de resiliencia y superación, promover comportamientos
- 1968 positivos como el respeto, la responsabilidad y la amabilidad con amigos y seres queridos
- 1969 puede aumentar el bienestar mental. Ayudar a otros e involucrarse refuerza el formar parte de
- 1970 la comunidad (93).
- 1971 La información ayuda a comprender el estigma en torno a la salud mental y permite a los
- 1972 adultos y a los estudiantes reconocer cuándo solicitar ayuda y naturalizar la misma. Los
- 1973 profesionales en salud de la escuela pueden proporcionar información útil que ayude a los
- 1974 niños, niñas y adolescentes a desarrollar habilidades para afrontar su cotidianidad e identificar
- 1975 precozmente signos y síntomas que orienten hacia problemas psicosociales de mayor
- 1976 envergadura, entre los cuales pueden identificarse problemas de regulación emocional, de
- 1977 desarrollo, alteraciones del estado de ánimo como la depresión, pródromos de otras
- 1978 problemas de salud mental y el riesgo de suicidio. Estos pueden incluir un cambio en los
- 1979 hábitos, el aislamiento, la disminución de las funciones sociales y académicas, el
- 1980 comportamiento errático o cambiante y mayores quejas físicas. (93)
- 1981 Los profesionales de la psicología en el ámbito educativo, los equipos de orientación educativa,
- 1982 las enfermeras escolares y de la atención familiar y comunitaria y los trabajadores sociales
- 1983 pueden proporcionar a los estudiantes una gama de servicios de salud mental que varían
- 1984 desde el apoyo del comportamiento y la promoción del bienestar mental universal a la
- 1985 capacitación de padres y personal, la identificación y evaluación, el asesoramiento individual y
- 1986 grupal, la intervención en casos de crisis y la derivación a servicios de la comunidad. (93)

De manera simultánea, desde la Atención primaria de salud, es necesario reforzar la promoción de la salud mental y la prevención de problemas psicosociales y de salud mental a medio y largo plazo en las primeras etapas de la vida. Intervenciones y cuidados integrales (biopsicosociales) orientadas a la planificación familiar, el seguimiento del embarazo, nacimiento y puerperio, apoyo a la transición a la parentalidad, seguimiento del crecimiento y desarrollo de niños mediante el Programa de Atención al Niño Sano y el refuerzo de la atención a adolescentes son recomendadas. En esta etapa, la atención y estimulación temprana y la derivación a los servicios de salud mental para diagnóstico, tratamiento e intervención precoz adquiere especial relevancia.

Cada vez existe más evidencia científica sobre el cribado de la depresión mayor en la población infanto- juvenil, su prevalencia e infradiagnóstico en la adolescencia, su importancia como trastorno discapacitante asociado a riesgo de suicidio y morbilidad grave a largo plazo, que sugiere la incorporación de procedimientos de cribado que permitan su identificación en adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria y la implementación de estrategias de intervención para los casos más leves, empleando herramientas de cribado sencillas y validadas como el PHQ-2. (94)

Los problemas emergentes de salud mental que tienen una prevalencia clara en su inicio a lo largo de las etapas de desarrollo de la infancia y adolescencia son las conductas aditivas sin sustancias (ciberadicción y ciberacoso), los trastornos del comportamiento en la adolescencia (violencia filio- parental y social) y los pródromos de la psicosis y los primeros brotes psicóticos, como se ha descrito anteriormente en el capítulo de análisis de situación.

Se deben implantar medidas para fomentar la adherencia terapéutica ya que se estima que un 40-60 % de las familias finalizan precozmente el tratamiento, y se sabe que estas personas suelen presentar patologías más graves que aquellas que finalizan el tratamiento.

Los problemas de salud mental pueden afectar negativamente a la vida de las personas que los experimentan y de aquellos con quienes conviven. Muchas veces esta afectación negativa no está provocada por los síntomas sino por la visión que tiene el contexto social. La salud mental continúa a estas alturas siendo tabú para una buena parte de la población, a pesar de que todo el mundo está expuesto a tener un diagnóstico a lo largo de su vida. Las experiencias de estrategias de lucha contra el estigma más efectivas son las que consiguen que personas con y sin problemas de salud mental participen en proyectos compartidos, con objetivos comunes y con equidad. (95)

Es importante abordar de forma precoz los trastornos mentales desde la etapa de la infancia y adolescencia ya que un porcentaje importante de los mismos se inicial en la etapa infantojuvenil. (96)

La atención a la salud mental en los dispositivos de atención a la salud mental se realizará por equipos multidisciplinares por mediación de profesionales con cualificación específica en las etapas de la infancia y la adolescencia. La red de dispositivos de atención a la salud mental se debe reforzar a tenor de las necesidades de salud mental presentes y emergentes y los principios de atención del SNS. Los programas de continuidad de cuidados para la atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental que tienden a la cronicidad y

2028	potencialmente a un grado variable de discapacidad, son especialmente recomendados para la
2029	técnica denominada "gestión de casos" y la coordinación del plan terapéutico individualizado.
2030	Intervención precoz y los primeros brotes psicóticos
2031	En la presencia del delirio y sus modalidades se basa el diagnóstico de psicosis y, en concreto,
2032	de esquizofrenia, quiere ello decir que basarse en este criterio, que figura en las categorías de
2033	los sistemas diagnóstico de los trastornos mentales, es llegar tarde, es diagnosticar una
2034	psicosis antigua, aunque esté presente desde hace poco tiempo. La importancia de estos
2035	pródromos hizo que Mc Gorry y otros investigadores, propusieran para la DSM-5 la categoría
2036	de "Síndrome de psicosis atenuada", propuesta que finalmente no prosperó. (97, 98) Interesa
2037	poder trabajar en niveles de desarrollo del trastorno psicótico en niveles 2-3 y potenciar las
2038	intervenciones terapéuticas comunitarias en el nivel 1 de la pirámide de Yung (2006). (99, 100)
2039	Trabajar con estos casos es fundamental porque, tal y como plantea el equipo de Mc Gorry, se
2040	consigue "parar" la evolución a las psicosis.
2041	La prevención durante la infancia: malos tratos, abusos sexuales, acoso y fracaso escolar
2042	Especial importancia reviste el caso de los malos tratos y los abusos sexuales a la infancia,
2043	donde existe una tendencia a reducirlos solo a la esfera física, dando menos importancia a los
2044	malos tratos de tipo psicológico-emocional. Sin embargo, los malos tratos a la infancia de tipo
2045	psicológico-emocional son los que más secuelas dejan y los que más costes posteriores tienen
2046	en la atención, fundamentalmente de salud mental. Son necesarias formas específicas de
2047	exploración adaptadas a la etapa de desarrollo infantil y con técnica precisa de entrevista, de
2048	especial importancia en los casos de abusos sexuales sin pruebas biológicas (p. ej. toqueteos y
2049	otros tipos).
2050	El acoso escolar y su variante del ciberacoso es fundamental, por las secuelas psicológicas a
2051	medio y largo plazo y porque la prevalencia se va incrementando, en muchas ocasiones ligado
2052	al incremento de las conductas de ciberadicción en estas etapas.
2053	Tampoco se olvida la población LGBTI en el contexto escolar y las formas específicas de
2054	abordarlo, sobre todo lo derivado del "tránsito" en la infancia transgénero. (46)
2055	Especial abordaje preventivo precisa lo relativo a la relación entre trastornos mentales y
2056	fracaso escolar y entre fracaso escolar y trastornos mentales, dos situaciones de especial
2057	significación.
2058	Todo lo anterior es de fundamental importancia para realizar prevención del daño asociado a
2059	la asistencia sanitaria en la infancia y adolescencia, fomentando lo que se denomina como
2060	prevención cuaternaria.
2061	5.1. Objetivo general. Promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia.
2062	Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades

# 2063 Objetivos específicos:

2064

2065

5.1.1. Promover en el ámbito educativo los factores protectores como la resiliencia, la autoestima, las competencias sociales, las habilidades para la toma de decisiones y resolución

- 2066 de conflictos, asegurar un ambiente escolar positivo y seguro, desarrollar conductas
- prosociales de ayuda a los demás y de fomento de la salud física. (93)
- 2068 5.1.2. Programar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación
- 2069 con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- 2070 5.1.3. Desarrollar programas en el ámbito educativo, sanitario y comunitario, de promoción de
- 2071 la parentalidad positiva especialmente para familias en situaciones de riesgo social, evolutivo y
- 2072 psicoafectivo.
- 2073 5.1.4. Establecer programas de formación y sensibilización a la comunidad educativa sobre los
- 2074 síntomas y la ayuda con los problemas de salud mental y combatir la estigmatización. (93)
- 2075 5.1.5. Asegurar la accesibilidad al apoyo de la salud mental en el ámbito educativo
- 2076 estableciendo alianzas con redes de apoyo y recursos de la comunidad. (93)
- 2077 5.1.6. Incorporar procedimientos de cribado que permitan una mejor identificación de un
- 2078 trastorno depresivo mayor en los adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria
- 2079 de salud. Integrar este tipo de herramientas dentro del propio proceso asistencial, asegurando
- 2080 el acceso a un tratamiento temprano y a un adecuado seguimiento. (94)
- 2081 5.1.7. Diseñas actuaciones específicas para sensibilizar y prevenir sobre el abuso de las TIC en
- 2082 la infancia y adolescencia y las conductas adictivas sin sustancias (ciberadicción y ciberacoso).
- 2083 5.1.8. Incluir programas específicos de prevención en entornos familiares disfuncionales que
- 2084 permitan identificar situaciones de abuso, violencia, maltrato o vulnerabilidad, tanto en
- 2085 material de violencia infantil como de género, por su especial impacto en la salud mental de
- 2086 quien la sufre.
- 2087 5.1.9. Fortalecer la formación en discriminación y seguimiento de los problemas de salud
- 2088 mental en los Equipos de Orientación Educativa, psicólogos escolares, enfermeras escolares y
- 2089 trabajadores sociales, estableciendo relaciones y sinergias con los servicios de salud mental,
- 2090 ofreciendo a la comunidad educativa apoyo del comportamiento y promoción del bienestar
- 2091 mental, identificación y evaluación de intervenciones tempranas, asesoramiento individual y
- 2092 grupal y la derivación a servicios comunitarios. (93)
- 2093 5.2: Objetivo general. Atención a las personas menores con problemas de salud mental
- 2094 **Objetivos específicos:**
- 2095 5.2.1. Atender con prontitud los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. Ello
- 2096 es especialmente relevante tras los síntomas que indican la aparición de trastornos mentales
- 2097 graves.
- 2098 5.2.2. Desarrollar una atención precoz a los problemas de salud mental emergentes en la etapa
- 2099 de desarrollo de la infancia y la adolescencia.
- 2100 5.2.3. Elaborar planes para identificar precozmente los pródromos de los trastornos psicóticos
- 2101 e intervenir de forma temprana y eficaz en los primeros episodios psicóticos en la
- 2102 adolescencia.

- 2103 5.2.4. Desarrollar programas que fomenten la adherencia terapéutica y eviten el abandono
- 2104 precoz del tratamiento de los problemas de salud mental en las etapas de la infancia y
- 2105 adolescencia.
- 2106 5.2.5. Programar y desarrollar programas de formación continuada de médicos de familia,
- 2107 pediatras de atención primaria y enfermeras de atención primaria y comunitaria para evaluar a
- 2108 niños y adolescentes con riesgo de depresión y otros problemas de salud mental y registrar el
- 2109 perfil de riesgo en su historia clínica. (94)
- 2110 5.2.6. Promover programas de formación continuada y de postgrado de profesionales de la
- 2111 salud mental en los trastornos específicos de la infancia y adolescencia.
- 2112 5.2.7. Abordar los trastornos del comportamiento de forma precoz, haciendo especial énfasis
- 2113 en la violencia filio- parental.
- 2114 5.2.8. Atender a los problemas de salud mental derivados del uso, abuso y conductas adictivas
- 2115 por la utilización de las TIC, incluyendo lo relativo al acoso y ciberacoso escolar.
- 2116 5.2.9. Mejorar los recursos y servicios de atención a la infancia y adolescencia. Dotar de
- 2117 suficientes recursos a los servicios de atención primaria pediátrica y a los servicios de salud
- 2118 mental infantil.
- 2119 5.2.10. Reforzar los programas de continuidad de cuidados y gestión de casos para la atención
- 2120 a niños y adolescentes con enfermedades o trastornos que tienden a la cronicidad,
- 2121 discapacidad y dependencia.
- 5.2.11. Incorporar la evaluación de competencias parentales y el cribado de los problemas de
- 2123 salud mental, incluyendo el bienestar emocional, psicológico y social, en los programas de
- 2124 Salud Infantil en atención primaria. (92)
- 5.2.12. Impulsar el buen trato a la infancia y la adolescencia, el respeto de los derechos
- 2126 fundamentales del niño y la humanización en la asistencia.
- 2127 5.3: Objetivo general. Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños,
- 2128 niñas y adolescentes con problemas de salud mental
- 2129 Objetivos específicos:
- 2130 5.3.1. Fomentar campañas de sensibilización en colectivos claves: profesionales del ámbito
- 2131 social, educativo y sanitario, familiares, policías, profesores, periodistas, estudiantes
- 2132 universitarios, estudiantes de instituto. (95)
- 2133 5.3.2. Implementar proyectos compartidos entre personas en las etapas de la infancia y la
- 2134 adolescencia con y sin problemas de salud mental, con objetivos comunes y en igualdad de
- 2135 estatus. (95)
- 2136 5.3.3. Elaborar programas comunitarios con participación de instituciones y asociaciones que
- 2137 contribuyan a la lucha contra el estigma social. (95)

#### 2139 Recomendaciones

- 2140 I. Los profesionales de medicina familiar y comunitaria, pediatría y enfermeras de atención 2141 primaria deben tener una adecuada formación para evaluar a niños y adolescentes con 2142 riesgo de depresión y otros problemas de salud mental, registrando el perfil de riesgo en 2143 su historia clínica. (94)
- 2144 II. Mejorar el conocimiento de la depresión y de otros problemas de salud mental, y sus consecuencias, entre los jóvenes y sus familias, así como reducir el estigma asociado. (94)
- 2146 III. Incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos y de su estado mental 2147 en cada evaluación de salud mental de un niño o adolescente en atención primaria. (94)
- 2148 IV. Aproximar el gasto sanitario a la media española en aquellas comunidades autónomas cuyo gasto sea inferior.
- 2150 V. Dotar a los servicios de salud mental de recursos humanos, económicos y de espacios físicos necesarios para desarrollar adecuadamente un tratamiento integral de los problemas de salud mental evaluando las intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales necesarias para mejorar el bienestar y la capacidad funcional, prestando atención a los factores familiares y al contexto social que pueda interferir en la evolución. (94)
- 2156 VI. Asegurar la continuidad asistencial cuando por razones de edad sea necesario el cambio entre servicios asistenciales de la infancia y de adultos. (94)
- 2158 VII. Implementar y/o desarrollar unidades específicas de salud mental de la infancia y la adolescencia en los dispositivos asistenciales comunitarios de salud mental, con profesionales que posean la formación específica y necesaria para el desempeño de estos servicios y de forma que se pueda realizar la detección y tratamiento temprano de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.
- 2163VIII. Promover el desarrollo y adecuada dotación de unidades especializadas.
- 2164 IX. Incluir en los objetivos anuales de los servicios de salud mental, la atención específica de los problemas de salud mental de la infancia y la adolescencia.
- 2166 X. Trabajar de forma precoz e integrada para abordar los problemas de conducta en la infancia y la adolescencia, poniendo especial interés e intensidad en los temas relativos a la violencia filio- parental.

# Línea estratégica 6. Atención e intervención familiar

- En el modelo comunitario de atención en salud mental, la atención e intervención con las familias es una pieza clave en el diseño terapéutico que se debe afrontar desde una perspectiva social y de derechos, como se expresa en el preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (74) Se debe garantizar su participación real y efectiva en las decisiones tomadas para el desarrollo de cualquier tipo de atención y que tengan un impacto claro en planificación, desarrollo y evaluación en todos los niveles
- 2177 asistenciales.

- 2178 Las actividades de intervención familiar contemplan a la familia y su entorno como elemento 2179 activo en la recuperación psicosocial de la persona con problemas de salud mental. Se 2180 contempla no solo la transmisión de conocimientos, sino que, al mismo tiempo, implica la orientación educativa por parte de personas especializadas en este tema y la posibilidad de 2181 compartir experiencias personales, lo que implica una apertura de las redes sociales, compartir 2182 2183 situaciones similares y evitar el aislamiento social. Se trata de reforzar la idea de la salud de la 2184 familia. La familia no solo es proveedora de cuidados sino que se convierte en un potencial 2185 usuario. El sistema familiar es en sí mismo un entorno donde se protege o propicia la aparición
- 2186 de problemas de salud mental, se proveen cuidados y se aprenden autocuidados.
- 2187 Para ello, familiares o personas allegadas, necesitan información, asesoramiento, formación,
- 2188 cuidados y autocuidados en los temas relacionados con los problemas de salud mental como
- 2189 pueden ser los diferentes tratamientos, estrategias específicas (tipo de comunicación,
- abordaje, afrontamiento y resolución de problemas) y recursos existentes.
- 2191 Los programas formativos de intervención familiar son básicos en un modelo de atención
- 2192 comunitaria de salud mental, y tienen los objetivos de cubrir las necesidades formativas
- relacionadas con el problema de salud mental y la recuperación psicosocial, dotar a la persona
- 2194 de herramientas para el desarrollo y la mejora de las habilidades sociales básicas y fomentar
- 2195 un clima familiar saludable y la resolución de posibles conflictos en el sistema familiar.
- 2196 6.1: Objetivo general. Atención y relación con las familias
- 2197 Objetivos específicos:
- 2198 6.1.1 Fomentar modelos de atención y apoyo a las familias para el establecimiento de una 2199 alianza efectiva entre profesionales y personas con problemas de salud mental, basados 2200 en su autonomía y empoderamiento.
- 2201 6.1.2 Facilitar la puesta en marcha de itinerarios de apoyo psicosocial a familiares de personas 2202 con problemas de salud mental.
- 2203 6.1.3 Fomentar las actividades de ocio y respiro entre familiares.
- 6.1.4 Favorecer el asociacionismo de familiares y personas con problemas de salud mental.
- 2205 6.1.5 Impulsar la creación de grupos de apoyo mutuo entre familiares.
- 2206 6.1.6 Sensibilizar e informar a las familias acerca del impacto en su salud física y mental de la 2207 sobrecarga relacionada con el cuidado de su familiar.

- 2208 6.1.7 Fomentar la corresponsabilidad familiar en la prestación de cuidados y tareas domésticas.
- 2210 6.2: Objetivo general. Fortalecimiento de la red de recursos públicos especializados en la atención a las familias de personas con problemas de salud mental (xv)

#### 2212 **Objetivos específicos:**

- 2213 6.2.1 Diseñar o reformular acciones, servicios y prestaciones de atención a las familias de personas con problemas de salud mental en el ámbito público.
- 2215 6.2.2 Impulsar políticas de prevención de las situaciones de dependencia.
- 2216 6.2.3 Promover acciones para garantizar una red de recursos orientados a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia.
- 2218 6.2.4 Garantizar el acceso de las familias a equipos de atención domiciliaria que realicen un seguimiento, evaluación y apoyo personalizado.
- 2220 6.2.5 Poner en marcha programas de formación para profesionales que acompañen y presten servicios a las familias.

#### 2222 Recomendaciones

- 2223 I. Asegurar que durante la atención sociosanitaria se realiza una valoración integral de las situaciones y necesidades de las familias, con especial énfasis en las personas cuidadoras principales.
- 2226 II. Facilitar el desarrollo de Programas de Intervención y Apoyo Familiar.
- 2227 III. Potenciar los equipos de tratamiento asertivo comunitario interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social).
- Orientar las formaciones hacia la erradicación de actitudes paternalistas o compasivas y que trabajen el fomento de la autonomía de las personas con problemas de salud mental, así como de hábitos de vida saludable, afrontamiento de situaciones de estrés y de conflicto familiar.
- V. Fomentar acciones formativas para quienes realizan cuidados informales de las personas
   con problemas de salud mental, sobre todo dirigidas a dos niveles fundamentales:
   identificar los signos prodrómicos de posibles recaídas y, en segundo lugar, el manejo de
- 2236 situaciones conflictivas que pudieran acontecer.

Pomentar la evaluación de las acciones a desarrollar con la participación activa de las personas con problemas de salud mental y sus familiares, con el fin de evitar daños asociados a la atención sanitaria.

<sup>(</sup>XV)El Artículo 28 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas dedicado al Nivel de vida adecuado y protección social dice: "2. c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados;"(74)

Borrador versión v. 2021 06 24			
2240 VII.	Fomentar el desarrollo de programas de cuidado o atención en el propio domicilio.		
2241VIII. 2242 2243 2244	Elaborar y difundir guías o manuales de formación para familiares en torno a los diversos problemas de salud mental y su tratamiento; dichas guías responderán a las necesidades de información y formación de las familias y señalarán los recursos profesionales de apoyo ante situaciones de crisis y de estrés mantenido.		
2245 IX. 2246	Proponer acciones formativas que impliquen a familiares y personas allegadas, personas con experiencia propia en salud mental y profesionales de la salud y la atención social.		
2247 X. 2248 2249 2250	Desarrollar contenidos formativos para orientar y tratar de identificar los problemas de salud mental y enfocar posibles alternativas y propuestas que favorezcan la calidad de vida y propongan estrategias para afrontar las distintas situaciones.		

2251

2270

2271

# Línea estratégica 7. Coordinación

- 2252 La coordinación es el modo de articulación de los distintos niveles en que han de ser 2253 procurados los cuidados en el campo de la salud mental y en cualquier otro de la actividad. Su 2254 objetivo es garantizar la continuidad de los cuidados que son necesarios, especialmente en 2255 situaciones complejas o la complementariedad –y su articulación temporal- en intervenciones 2256 con profesionales de distintas redes de servicios (Servicios sociales, Justicia, Educación, etc.). 2257 Las personas con problemas de salud mental pueden presentar, debido a ello, otras 2258 necesidades para cuya cobertura se requiere del aporte de otros ámbitos organizativos que 2259 están fuera del campo de la salud. Por ello es especialmente importante conseguir niveles de 2260 cooperación entre profesionales, instituciones y sectores que faciliten la creación de una red 2261 que sostenga el cuidado y garantice el derecho de las personas a una atención coherente y 2262 debidamente articulada.
- Este tipo de trabajo se basa en un abordaje multidisciplinar que converge para cumplir cinco tareas fundamentales: establecer una prescripción terapéutica de tipo multisectorial, desarrollar la interconsulta, desarrollando guías clínicas y/o protocolos conjuntos que sean consensuados y operativos; desarrollar y emplear técnicas de psicoeducación familiar; desarrollar el procedimiento de "Case management" para casos más graves o con factores de riesgo de diversa índole, y obtener cobertura legal e institucional para los casos graves y/o con problemas importantes de comportamiento. (101)

#### 7.1. Objetivo general. Desarrollar la coordinación interinstitucional e intersectorial

### Objetivos específicos:

- 7.1.1 Potenciar la coordinación interdisciplinar, interinstitucional e intersectorial como modo de atender las diversas necesidades y garantizar la continuidad de los cuidados.
- 7.1.2 Impulsar de forma progresiva la colaboración estrecha y coordinada en las intervenciones entre todos los ámbitos implicados en salud mental (Servicios Sociales, Justicia, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Educación, Cultura, Empleo, Sanidad, Medios de Comunicación, etc.)
- 7.1.3 Favorecer la creación de marcos conceptuales, operativos y éticos entre todos aquellos
   servicios y profesionales de los ámbitos implicados en el trabajo directo con las personas
   con problemas de salud mental.
- 7.1.4 Promover la creación de canales de comunicación entre instituciones, sectores y profesionales para facilitar una coordinación eficaz y unificada.
- 7.1.5 Facilitar el desarrollo de una red de dispositivos intersectoriales con funciones diversas y complementarias, que intervengan de forma coordinada y colaborativa entre sí para la atención a las personas con problemas de salud mental.
- 7.1.6 Promover la inclusión en los planes autonómicos de salud mental de acciones de trabajo en red.
- 2288 7.1.7 Fomentar la coordinación sociosanitaria.

2290 2291		Objetivo general. Desarrollar la coordinación en el sistema de salud mental y las redes ativas en salud mental
2292	Objet	ivos específicos:
2293 2294 2295	7.2.1	Implementar con otros organismos, organizaciones y redes asociativas, programas transversales y específicos: infantil, juvenil, género, personas mayores, personas en situación de calle, migrantes, etc.
2296 2297 2298 2299	7.2.2	Incorporar en los programas de salud mental la coordinación entre los recursos públicos y los de las redes asociativas, promoviendo desde las administraciones el asociacionismo de las personas con problemas de salud mental y facilitando la información desde los servicios de atención primaria.
2300 2301 2302	7.2.3	Potenciar la presencia de las asociaciones de personas con experiencia propia en salud mental, familiares y personas allegadas en la toma de decisiones en los procesos de coordinación entre los distintos ámbitos implicados.
2303 2304 2305	7.2.4	Establecer y evaluar intervenciones colaborativas entre los sistemas de salud mental infantiles y juveniles con los de personas adultas, protocolizando programas de transición de uno a otro.
2306 2307	7.3. C	Objetivo general. Desarrollar la cooperación dentro del equipo interdisciplinar de salud al
2308	Objet	ivos específicos:
2309 2310	7.3.1	Potenciar y generar condiciones, elementos y medios que faciliten el trabajo interdisciplinar en el funcionamiento del equipo.
2311 2312 2313 2314	7.3.2	Diseñar, implantar y evaluar modelos de coordinación interdisciplinar para asegurar la continuidad asistencial y de cuidados necesarios cuando confluyen diversas necesidades en la atención, en los que tengan especial protagonismo los profesionales de enfermería de salud mental.
2315 2316 2317	7.3.3	Centrar la intervención en las necesidades de la persona, garantizando la participación de las personas con experiencia propia en salud mental y de sus familias en los procesos de decisión.
2318	Recor	mendaciones
2319 2320 2321		Ir hacia un modelo de atención basado en intervenciones complementarias y coordinadas entre profesionales, servicios y sectores que proporcionen los cuidados de forma coherente entre sí, optimizando los recursos disponibles.
2322 2323	II.	Estimular en los equipos la cultura de la participación, la deliberación, el consenso, la diversidad y las relaciones de horizontalidad.
2324 2325	III.	Desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.

2326 IV. 2327	Evaluar todas y cada una de las acciones a desarrollar, con la participación real y efectiva de las personas con problemas de salud mental.
2328 V. 2329 2330	Garantizar que en todas las intervenciones se respeten los derechos de las personas con problemas de salud mental, fomentando la disponibilidad de servicios de asesoría y de apoyo.
2331 VI. 2332 2333 2334 2335 2336	Tender a la integración entre las redes de salud mental y de atención a las adicciones en aquellas comunidades autónomas donde todavía no estén integradas, dando respuesta así, al objetivo 3 "Salud y Bienestar" de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que en su meta 3.5 establece "fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol". (102)
2337 VII. 2338 2339	Desarrollar programas conjuntos entre los Servicios Sociales de la zona y los Servicios de Salud Mental, estableciendo los programas que garanticen la continuidad de cuidados.

23752376

decisiones.

2340	Línea estratégica 8. Participación de la ciudadanía
2341	La participación de la ciudadanía en todo aquello que afecta a la persona y a la comunidad es
2342	uno de los sustentos de la vida democrática. Se ejerce a través de un conjunto de mecanismos
2343	con distinto nivel de formalización de mayor o menor amplitud y complejidad según la
2344	cuestión de que se trate.
2345	En el campo de la salud hay que entender por participación el proceso mediante el cual todas
2346	aquellas personas que intervienen en cualquier situación colaboran en el proceso de toma de
2347	las decisiones que les afectan ya sea en términos de los estilos de vida, para la prevención y
2348	promoción de la salud mental, en términos de elección de los tratamientos, o bien para la
2349	redistribución de recursos (103). Esa colaboración se hace imprescindible para desarrollar una
2350	práctica respetuosa con la autonomía y con todos los demás derechos de la persona y
2351	favorecen el desarrollo comunitario. La participación comunitaria aporta ventajas en cuanto a
2352	apoyo social percibido y el establecimiento de redes sociales, imprescindibles para el fomento
2353	de la salud y la recuperación. Es interesante destacar en este punto el papel de los grupos de
2354	ayuda mutua y de las asociaciones.
2355	8.1 Objetivo general. Promover la participación colectiva a través de grupos organizados de
2356	la sociedad civil
2357	Objetivos específicos:
2358	8.1.1. Facilitar la participación de los agentes sociales y representativos en las estrategias y
2359	planes de salud mental.
2360	8.1.2. Establecer en cada comunidad autónoma mecanismos de participación de los
2361	movimientos asociativos, las sociedades científicas y profesionales relacionados con la
2362	salud mental en el diseño, planificación y evaluación de los servicios.
2363	8.1.3. Establecer en cada uno de los servicios de salud mental, mecanismos que estimulen la
2364	participación interdisciplinar desde una perspectiva de horizontalidad.
2365	8.1.4. Integrar la perspectiva de género en el desarrollo de planes y estrategias de saluc
2366	mental favoreciendo el desarrollo de recursos y redes de apoyo destinados a las mujeres
2367	con problemas de salud mental.
2368	8.1.5. Promocionar mecanismos que faciliten que las personas con problemas de salud mental
2369	y sus familiares puedan ejercer su derecho de participación.
2370	8.2. Objetivo general. Incorporar a las personas con experiencia propia en problemas de
2371	salud mental como agentes activos de salud
2372	Objetivos específicos:
2373	8.2.1. Establecer mecanismos de participación efectiva en el diseño, planificación y evaluación
2374	de los servicios.

8.2.2. Implantar medidas de participación efectiva en los servicios de atención para la toma de

2377 2378	8.2.3	. Implantar el modelo de "apoyo entre pares" como garantía en el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
2379 2380	8.2.4	. Incorporar a las personas con experiencia propia en salud mental en los programas de formación y sensibilización a profesionales.
2381	8.3. 0	Objetivo general. Fomentar las buenas prácticas de participación
2382	Obje	tivos específicos:
2383 2384	8.3.1	. Impulsar los grupos de ayuda mutua en sus diferentes roles (profesionales, familiares, allegadas y personas con trastorno mental) desde los servicios de atención.
2385 2386	8.3.2	. Proporcionar espacios y herramientas para el intercambio de buenas prácticas a nivel nacional e internacional.
2387	Reco	mendaciones
2388	I.	Las comunidades autónomas regularán la participación en los órganos consultivos y de
2389		asesoramiento relacionados con la salud mental, de representantes de las asociaciones
2390		de profesionales de la salud mental y del movimiento asociativo en el contexto de una
2391		total transparencia sobre los conflictos de intereses.
2392	II.	Las comunidades autónomas dispondrán en cada departamento de salud de una
2393		estructura participativa, incluyendo personas con problemas de salud mental en los
2394		grupos y comisiones de trabajo.
2395	III.	Las comunidades autónomas facilitarán el desarrollo de la planificación anticipada de
2396		decisiones para las situaciones que lo requieran.
2397	IV.	Incluir en los programas de evaluación a las personas con experiencia propia en
2398 2399		problemas de salud mental.
Z399		

# Línea estratégica 9. Formación

- 2401 El avance de los conocimientos en Ciencias de la Salud y la amplitud de los campos
- 2402 relacionados con ellas, requieren de una formación continuada de los profesionales.
- 2403 Es preciso incrementar el conocimiento de los profesionales, de salud mental y de atención
- 2404 primaria, sobre la evidencia de las diferentes terapias en salud mental a través de iniciativas
- 2405 docentes a cargo de las autoridades sanitarias. La formación relacionada con los temas de
- 2406 salud mental ha de realizarse garantizando la inexistencia de conflictos de intereses, en
- 2407 especial, la relacionada con el uso de medicamentos.
- 2408 Es de gran importancia ampliar las propuestas y desarrollo de actividades psicoterapéuticas en
- 2409 los dispositivos de salud mental. Para ello es imprescindible que sean evaluadas las
- 2410 necesidades en cada territorio, poniendo en marcha iniciativas de formación dirigida a los
- 2411 profesionales y centrada en aquellas técnicas psicoterapéuticas que resultan idóneas en cada
- 2412 contexto y basadas en la evidencia científica y en los programas existentes en otros países de
- 2413 nuestro entorno (p. ej. Alemania, Austria, Italia y países nórdicos).
- La población infanto-juvenil constituye un grupo clave, con problemas propios de salud mental
- 2415 que requieren atención por profesionales con un adecuado nivel de formación específica en
- 2416 este ámbito.

2400

- 2417 Es necesario también un enfoque de la formación hecha desde una perspectiva interdisciplinar
- 2418 y transversal que facilite una socialización de los conocimientos de los y las profesionales de
- 2419 los equipos de salud mental y de sus respectivas disciplinas, incorporando los avances en los
- 2420 conocimientos y corrigiendo aquellas prácticas que van quedando obsoletas a la luz de los
- 2421 nuevos hallazgos. Es igualmente relevante incorporar a la formación de los profesionales la
- 2422 experiencia y saber de las personas con problemas de salud mental y a sus organizaciones.

#### 2423 Pregrado

2429

- 2424 Es necesario ir adaptando en el tiempo el contenido y los programas de los estudios
- universitarios de psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional y todas
- 2426 aquellas titulaciones vinculadas con la atención a la salud mental, en línea con las ideas y
- 2427 recomendaciones recogidas en la presente Estrategia, facilitando también la vinculación con
- 2428 los servicios asistenciales.

### Formación sanitaria especializada

- 2430 La formación de postgrado por la vía MIR (título de médico especialista en Psiquiatría), PIR
- 2431 (título de psicólogo especialista en Psicología Clínica) y EIR (título de Enfermería de Salud
- 2432 Mental) es uno de los programas más prestigiados a nivel internacional de nuestro SNS. La
- 2433 acreditación de las unidades docentes ha de responder a las necesidades formativas reales y
- 2434 actualizadas de los y las profesionales. El programa es establecido por cada comisión de la
- 2435 especialidad correspondiente. En todos ellos, se incluye la adquisición de competencias para el
- 2436 manejo de personas con sintomatología crónica, problemas de salud mental grave, para el
- 2437 proceso asistencial y diagnóstico, orientación terapéutica (fundamentalmente la
- 2438 psicofarmacología, la contención terapéutica y técnicas de "counseling"), introducción a la
- 2439 interconsulta con otros servicios, y asistencia a problemas del consumo de sustancias (alcohol

- 2440 y otras sustancias de abuso). Las materias de promoción de la salud y prevención de los 2441 problemas de salud en todas las etapas de la vida son importantes. El programa formativo se 2442 lleva a cabo en dispositivos como unidades de hospitalización de personas con trastorno 2443 mental grave de los hospitales generales, centros de salud mental, dispositivos intermedios, 2444 dispositivos de atención a drogodependientes y dispositivos de rehabilitación psicosocial, y se 2445 incluye la realización de guardias para la atención de las urgencias. Estos programas se tienen que ir actualizando y adaptando de manera periódica para dar respuesta a los cambios sociales 2446 2447 y necesidades emergentes.
- En las diferentes especialidades del ámbito de la salud mental, lejos de ser monolíticas, han ido apareciendo áreas de conocimiento con su propio campo de desarrollo y de aportaciones científicas que requieren su abordaje en la formación, entre ellas: Atención y cuidados en la infancia y adolescencia, Psicoterapia, Neuropsicología, Psicología Clínica de la Salud, Toxicomanías y Psicogeriatría, entre otras.
- Los profesionales que integran los equipos de salud mental desarrollan competencias especializadas en la atención a la salud mental, para ello resulta una prioridad reforzar la cualificación profesional en este ámbito y la categorización de los puestos de trabajo.
- En el momento de elaborar esta Estrategia se encuentra en desarrollo el trámite del proyecto de real decreto por el que se establece el título de médico/a especialista en psiquiatría de la infancia y la adolescencia y se actualizan determinados aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. La formación especializada en el marco de las profesiones implicadas en la salud mental ha de evolucionar para dar respuesta a las necesidades de la sociedad y la idiosincrasia y evolución de cada profesión.

#### Formación continuada

2462

- La formación continuada es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente, que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes, de gran importancia en los y las profesionales de los equipos de salud mental ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y nuevas necesidades, tanto sociales como del propio sistema sanitario. (104)
- 2468 9.1 Objetivo general. Promover la formación en salud mental desde las administraciones públicas

#### 2470 **Objetivos específicos**:

- 2471 9.1.1. Desarrollar acciones formativas en salud mental con los profesionales de atención primaria, de salud mental y aquellos otros relacionados con la atención a las personas con problemas de salud mental.
- 9.1.2. Desarrollar acciones formativas específicas en salud mental infanto-juvenil entre los profesionales que se dedican a la misma.
- 9.1.3. Desarrollar los planes formativos pertinentes, al nivel que corresponda, sobre las áreas
   de conocimiento diferenciadas en las que existan mayor consenso.

	Borrador versión v. 2021 06 24
2478	9.1.4. Promover la formación fuera del ámbito profesional sanitario, especialmente en otras
2479	áreas implicadas, como servicios sociales, educación, justicia, instituciones
2480	penitenciarias y medios de comunicación.
2481	9.1.5. Impulsar una formación desde una perspectiva social que garantice los derechos
2482	humanos de las personas con problemas de salud mental, formación en valores que
2483	haga hincapié en la igualdad de género y los beneficios de la actividad física.
2484	9.1.6. Promover acciones formativas acerca del impacto del contexto social sobre la salud
2485	mental de la población, subrayando la importancia de las acciones preventivas y sus
2486	efectos que tiendan al aumento de la igualdad y la calidad de vida de la comunidad.
2/187	9.1.7 Fomentar acciones formativas que faciliten la integración de diversos tipos de

- intervenciones basadas en la evidencia científica disponible, en el marco de la atención 2488 2489 interdisciplinar.
- 9.1.8. Garantizar la formación continuada de todos los profesionales y evaluar los resultados 2490 2491 de la misma.
- 2492 9.1.9. Facilitar la formación continua en género de evaluadores de proyectos en salud mental a 2493 nivel estatal y de comunidades autónomas.
- 2494 9.2. Objetivo general. Abrir vías de participación ciudadana en el diseño de políticas 2495 públicas de formación en salud mental

#### 2496 **Objetivos específicos:**

- 9.2.1. Establecer vías de participación entre las administraciones públicas y de ámbito 2497 2498 asociativo en el diseño y realización de las distintas acciones formativas.
- 2499 9.2.2. Promover acciones formativas realizadas por personas con experiencia propia en salud 2500 mental.
- 9.2.3. Garantizar la formación en materia de participación ciudadana a los profesionales 2501 relacionados con la salud mental. 2502
- 9.3. Objetivo general. Establecer planes formativos en relación a la atención de las personas 2503 con riesgo suicida para los diferentes sectores implicados 2504

### **Objetivos específicos:**

2505

2512

- 2506 9.3.1. Formar y capacitar a los profesionales de la salud en atención a la conducta suicida 2507 especialmente aquellos que atienden a las personas identificadas con riesgo suicida.
- 9.3.2. Formar y capacitar a profesionales como profesores, educadores, bomberos, cuerpos 2508 2509 policiales, miembros de protección civil y profesionales de atención a las personas más 2510 vulnerables, con el fin de mejorar la detección de personas en riesgo suicida y su 2511 derivación a los servicios disponibles.

#### Recomendaciones

Borra	ador versión v. 2021 06 24
2513 I. 2514	Impulsar una formación desde un modelo centrado en la persona y en el fomento de su autonomía y sus derechos.
2515 II. 2516 2517	Promover la formación específica de los diferentes profesionales del ámbito de la salud mental, según las áreas de conocimiento establecidas y con la titulación que se determine.
2518 III. 2519 2520	Fomentar acciones formativas para las personas que realizan cuidados informales de las personas con problemas de salud mental.

## Línea estratégica 10. Investigación, innovación y conocimiento

- 2522 La investigación debe constituir un elemento central del quehacer del sistema sanitario. La
- 2523 reflexión sobre la tarea realizada, la evaluación de la misma y la búsqueda de soluciones a los
- 2524 problemas de salud suponen una responsabilidad inexcusable del sistema sanitario y de sus
- 2525 profesionales.

- 2526 Hasta hoy la investigación ha dependido en gran medida de la iniciativa particular de
- 2527 profesionales y equipos. A diferencia de la asistencia y el entrenamiento de nuevos
- 2528 profesionales, la investigación no forma parte de las tareas asignadas a cada profesional y por
- 2529 tanto este debe decidir si la incluye y en qué medida en su cometido. Por tanto, la
- 2530 investigación constituye una actividad frágil y que debe ser activamente promovida y
- 2531 protegida desde la autoridad sanitaria.
- 2532 La investigación clínica centrada en las necesidades de las personas con problemas de salud
- 2533 mental y teniendo en cuenta el contexto social y económico en el que desarrollan su vida debe
- 2534 primar en el sistema sanitario público.
- 2535 En muchas ocasiones la metodología a seleccionar se denomina investigación- acción, siendo
- 2536 una metodología de un sutil y difícil diseño, al simultanear la intervención clínica directa, con el
- 2537 rigor metodológico de la recogida de datos para la investigación. De igual forma, en no pocas
- 2538 ocasiones se realizan investigaciones con metodología cualitativa, con todo lo que ello
- 2539 comporta de dificultad en la recogida de los datos y el tratamiento de los resultados
- obtenidos. (105) La investigación en salud mental es un proceso complejo que abarca entre
- 2541 otras: la investigación básica, las interacciones genético- ambientales (p. ej. en la etiología de
- las psicosis, la influencia del consumo precoz de sustancias de abuso y el desencadenamiento
- 2543 de psicosis), la evaluación económica de servicios o programas asistenciales y las
- 2544 investigaciones con una orientación más clínica. Es necesario promover a investigación en
- 2545 todos los niveles, desde la promoción de la salud, la epidemiología, la efectividad de las
- 2546 intervenciones o los resultados de salud, entre otras líneas. La fase de pródromos de las
- 2547 psicosis es otra de las líneas de interés de investigación en el campo de la clínica, en
- 2548 coherencia con establecer una intervención precoz.
- 2549 Sin perder de vista la complementariedad de las líneas de investigación y la necesidad de
- 2550 potenciar la creación de grupos de investigación competitiva multidisciplinares, incluyendo
- 2551 especialistas de otras áreas de conocimiento, parece razonable que se prioricen aquellas líneas
- 2552 de investigación con un elevado componente traslacional con un mayor impacto en la calidad
- 2553 de vida de las personas con problemas de salud mental y en la mejora de la asistencia que se
- 2554 les ofrece. De igual forma, han de potenciarse las investigaciones multicéntricas y con
- 2555 colaboraciones internacionales, en las que quepa la posibilidad de incluir a los profesionales en
- 2556 formación. Asimismo, debe incluirse la tarea de difusión de las investigaciones que se realizan,
- 2557 informando a los servicios y al sistema sanitario de los estudios que se realizan, así como de los
- resultados obtenidos o, en su caso, de las patentes que se consigan (p. ej. de confección y
- 2559 validación de alguna escala de evaluación general o específica).
- 2560 La propia OMS señala que "la información, los datos empíricos y la investigación son
- 2561 ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y
- 2562 evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos gracias a la

2563 2564 2565 2566	investigación hace posible que toda política o medida repose en datos contrastados y en prácticas óptimas, y la existencia de datos pertinentes y actualizados o de dispositivos de vigilancia permite seguir de cerca las medidas aplicadas y determinar los servicios en cuya prestación hay margen de mejora". (OMS. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020) (78)	
2567 2568	10.1. Objetivo general. Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la salud mental	
2569	Objetivos específicos:	
2570 2571	10.1.1. Promover que los programas estatales y autonómicos de investigación científica e innovación incluyan aspectos de la estrategia de salud mental.	
2572 2573 2574	10.1.2. Impulsar la creación de grupos de trabajo multidisciplinares en red que fomenten la investigación y la mejora del conocimiento en los diferentes ámbitos de la salud mental.	
2575 2576	10.1.3. Promover la participación de dichos grupos en comités de ética e investigación en salud mental.	
2577 2578 2579 2580	10.1.4. Mejorar los sistemas de información que permitan contar con indicadores cuantitativos y cualitativos comunes y comparables en todas las comunidades autónomas que ofrezcan información de calidad para el desarrollo de informes, investigaciones y toma de decisiones.	
2581 2582	10.1.5. Difundir los resultados de las investigaciones promoviendo la generación de conocimiento compartido.	
2583 2584	10.1.6. Fomentar e incentivar la participación de los profesionales sanitarios con un perfil más clínico en actividades de investigación sanitaria de calidad.	
2585	10.1.7. Promover la investigación de la conducta suicida.	
2586	10.2. Objetivo general. Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental	
2587	Objetivos específicos:	
2588 2589 2590 2591 2592 2593	10.2.1. Impulsar la colaboración estrecha y coordinada entre investigadores de todos los ámbitos relacionados: sanidad (atención primaria y otras especialidades –incluidos los investigadores básicos y preclínicos-), servicios sociales, justicia, educación, cultura, empleo, medios de comunicación, etc., mediante la creación y formación de equipos interdisciplinares para el desarrollo de las investigaciones, en las que debe contemplarse la participación de las personas con experiencia propia.	
2594 2595 2596 2597	10.2.1. Favorecer la investigación traslacional, que todo proyecto de investigación en salud mental, en cualquiera de sus áreas, incorpore aspectos para su implementación directa en la asistencia clínica.	

2598 2599	10.3. Objetivo general. Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación
2600	Objetivos específicos:
2601 2602 2603	10.3.1 Disponer de información segmentada que incluya la perspectiva de género de acuerdo a diferentes variables: morbilidad diferencial por sexos, desigualdades de género, determinantes psicosociales de género, tanto de vulnerabilidad como protectores.
2604 2605	10.3.2 Impulsar el desarrollo de líneas de investigación innovadoras referidas a la relación mujer y salud mental en diferentes ámbitos.
2606 2607	10.3.3 Poner en marcha actuaciones dirigidas específicamente a la erradicación de los sesgos de género en la investigación en salud mental.
2608 2609	10.4. Objetivo general. Desarrollar investigaciones sobre los factores socio-familiares de las personas con problemas de salud mental
2610	Objetivos específicos:
2611 2612	10.4.1. Promover la investigación sobre los nuevos modelos de familias, formas de cuidado y salud mental.
<ul><li>2613</li><li>2614</li><li>2615</li></ul>	10.4.2 Desarrollar estudios sobre los efectos de la pobreza según los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) considerando las nuevas situaciones de desamparo y su relación con la salud mental (102).
2616 2617 2618	10.4.3 Desarrollar estudios para valorar el impacto sobre la salud mental de la población tras traumas vitales importantes (pandemias –ej. la pandemia de COVID 19-, desastres ambientales, migraciones, guerras, etc.).
2619 2620 2621	10.4.4 Promover la investigación y análisis del impacto en la salud mental de las personas cuidadoras principales de las personas con trastornos mentales, la prestación de cuidados y soporte.
2622 2623 2624	10.4.5 Impulsar investigaciones y análisis de las familias con dificultades en su funcionamiento y en su estructura (situaciones de abusos, malos tratos o riesgo de los mismos dentro de los diferentes sistemas familiares) y su impacto sobre la salud mental.
2625 2626 2627	10.4.6 Promover líneas de investigación acerca de la presencia de trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, así como de sus formas de presentación clínica y de los diferentes tratamientos que se desarrollen y de su evolución longitudinal.
2628	Recomendaciones
2629 2630	I. Incluir en los planes autonómicos de salud mental la promoción y el impulso a la investigación.
2631 2632 2633	II. Promover el trabajo en red en los sistemas de información e investigación en salud mental con la finalidad de impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la salud mental.

2634 III. 2635	Impulsar la coordinación en materias de investigación e innovación con otros organismos nacionales e internacionales.
2636 IV. 2637	Desarrollar estudios de investigación que informen acerca de la reproducción del estigma en todos los medios de comunicación y redes sociales.
2638 V. 2639 2640 2641	Desarrollar investigaciones en nuevas líneas de intervención relacionadas con posibles elementos generadores de problemas de salud mental [nuevas adicciones, acoso y ciberacoso, culto a la imagen, estrés postraumático (pandemias, desastres ambientales, migraciones, guerras, etc.)].
2642 VI. 2643	Incluir en la investigación dos dimensiones fundamentales: la dimensión de género y la dimensión de edad para la infancia y adolescencia.

#### 2644 V. SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE PANDEMIA

2645 El 30 de enero de 2020 el Director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2646 Tedros Adhanom, declaró por sexta vez desde la aprobación del Reglamento Sanitario 2647 Internacional en el año 2005, el brote del nuevo coronavirus-2019 iniciado en la República 2648 Popular China como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. (106) Mes 2649 y medio más tarde y dados los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad y la 2650 gravedad de sus casos, la OMS determinó, en su evaluación del día 11 de marzo, que la COVID-19 reunía las características para ser considerada una pandemia internacional, lo que llevó al 2651 2652 Gobierno de España a adoptar una serie de medidas de aplicación inmediata, entre las que 2653 destacó la declaración del Estado de Alarma, el confinamiento domiciliario y el cese de toda actividad no esencial en todo el territorio nacional, situación que finalmente, se alargó hasta el 2654

2655 21 de junio.

- Aún hoy resulta complejo precisar el impacto que ha tenido y tiene esta pandemia en la salud y bienestar de la población española. El impacto en el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sido evidente. Se ha hecho frente a una de las crisis sanitarias más complejas y desbordantes de la historia reciente y con un alcance mundial.
- 2660 En España, a nivel económico, los efectos del confinamiento y de las medidas de contención de la actividad comercial se vieron reflejados, según un análisis realizado por el Banco de España, 2661 2662 en una caída del PIB del 11% durante el año 2020. (107) La población ocupada disminuyó en el segundo trimestre del año 2020 en 1.074.000 personas a las que hay que sumar las personas 2663 afectadas por un Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) o directamente en 2664 situación de suspensión de empleo, siendo las empresas más pequeñas las más afectadas. 2665 2666 Probablemente las consecuencias económicas sean las que más tiempo requieran para poder 2667 revertirse. (108).
- A la hora de medir el impacto sobre la salud mental de la población son múltiples los estudios que apuntan a un impacto importante de la pandemia sobre la salud mental de la población.
- 2670 Diversos estudios nacionales e internacionales han evidenciado el incremento de trastornos de 2671 la serie ansiosa y de la serie depresiva y, en ocasiones, cuadros compatibles con el 2672 denominado trastorno de estrés postraumático y se ha comunicado el incremento de conductas autolíticas. De igual forma, se han incrementado trastornos por somatización y la 2673 2674 descompensación de cuadros clínicos prexistentes, como los trastornos de la conducta 2675 alimentaria, descompensación de cuadros psicóticos, incremento de malos tratos a la infancia 2676 o de violencia machista y la acción sobre las conductas adictivas (sobre todo a las adicciones 2677 sin sustancias, como los aparatos de pantalla o las ludopatías vía on-line).
- Quizás dos de los estudios más representativos en nuestro país sean las encuestas del CIS sobre "la salud mental de los/as españoles/as durante la Pandemia de la COVID-19" y la Encuesta Europea de Salud en España, EESE, 2020. (109, 110).
- Para la encuesta del CIS se hicieron más de 3.000 entrevistas telefónicas entre el 19 y 25 de febrero entre población española de 18 años y más, de 50 provincias. En el estudio se constató que los miedos relacionados con el coronavirus eran muy frecuentes en la población. Los más prevalentes eran los relacionados con el contagio (72,3 %) y la muerte (68,6 %) de un

723

familiar o ser querido, con poder contagiar a un ser querido (65,8 %), y con la propagación del virus (75,3%). En contraste, los miedos a la propia muerte (23,4 %) y a contagiarse (44 %) resultaron ser bastante menos frecuentes. Otros miedos y preocupaciones que se daban en porcentajes elevados eran el miedo a no poder ver a familiares o amigos (65 %) y a que un familiar perdiese su trabajo (61,5 %). Ha llamado la atención que los mayores de 65 años fuesen los que tuvieran menos miedo a morir, a pesar de ser el grupo de edad con mayor mortalidad por el coronavirus. Uno de cada tres españoles (el 35 % de la población entrevistada) indicaba estar muy preocupado por la situación de la pandemia. Las personas más preocupadas fueron las de mayor edad (a partir de los 55 años), con un 40,1 % de afectados por mucha preocupación, en contraste con el 20,7 % y 25,2 % de los grupos de edad de 18- 24 años y 25- 30 años, respectivamente.

Esta relativa despreocupación de los más jóvenes, contrasta con su peor gestión de las respuestas emocionales y psicosomáticas. Y también contrasta con el elevado porcentaje de jóvenes entre 18 y 24 años con miedo a contagiar a los seres queridos (77,9 %), a que la pandemia se convierta en parte de nuestra vida (61,3 %), y a que la sociedad ya no vuelva a ser la misma que antes. Muchos españoles han indicado sufrir sintomatología somática, especialmente cansancio y falta de energía (51,9 %), problemas de sueño (41,9 %), dolores de cabeza (38,7 %), espalda (37,9 %) y articulaciones (33,1 %).

En la infancia y adolescencia la intensidad de la afectación mental se describió como de tipo leve- moderado, salvo que hubiera algún problema de salud mental previo que entonces se agravaba. Son alteraciones que se manifiestan de forma persistente, con una duración superior a los 3 meses. La prevalencia de los trastornos comunicados, en este rango de edades, alcanzó un 30-35 %, cuando previo al inicio de la pandemia los estudios se referían a 10- 15 %. La forma prevalente de presentación, en estas etapas de infancia y adolescencia, fueron los síntomas de la serie ansiosa, predominando la sensación de miedo al contagio y a la muerte, sobre todo en el adulto joven. Los síntomas de tipo comportamental, tanto irritabilidad, nerviosismo, inquietud, oposicionismo, desobediencia, incremento de respuestas agresivas, como conductas de inhibición, tipo retraimiento o hiporreactividad, se repartían casi por igual en ambas formas de presentación, siendo de mayor importancia clínica las de inhibición y retraimiento.

La Encuesta Europea de Salud en España (EESE) del año 2020 contó con un apartado de indicadores adicionales referidos a la pandemia COVID-19, especialmente interesante. Dado que el periodo de recogida de la información de esta Encuesta abarcó desde julio 2019 a julio 2020, se ha podido añadir algunos indicadores que permitan conocer su comportamiento en dos periodos diferenciados: previo a la pandemia (julio 2019- febrero 2020) y durante la pandemia (marzo 2020- julio 2020). (xvi) En los indicadores de salud mental se observó que, el 20,3% de la población de 15 y más años declaró tener poco interés o alegría por hacer cosas durante la pandemia, frente al 17,0% que lo manifestó en los meses anteriores. Este incremento de la falta de interés o alegría por hacer cosas afectó más a las mujeres (25,4% frente al 20,4 % previo a la pandemia) que a los hombres (14,9 % frente a 13,4 %). Por su parte, el porcentaje de personas con sensación de estar decaído aumentó hasta el 21,0 % en el

xvi Para poder establecer comparaciones entre ambos periodos los indicadores publicados están referidos a las dos o cuatro semanas anteriores a la entrevista o al momento actual en el que se proporciona la información

- 2726 periodo de pandemia, respecto al 18,2 % del periodo previo. El incremento fue mayor en las
- 2727 mujeres (26,9 % frente a 22,5 %) que en los hombres (14,8 % frente a 13,6 %).
- 2728 El descenso de falta de interés o alegría por hacer las cosas y el aumento de personas con
- 2729 sensación de decaimiento afectó a todos los grupos de edad.
- 2730 En los primeros meses de pandemia también se incrementaron los problemas para dormir. El
- 2731 21,2 % de las personas de 15 y más años los tuvo, frente al 19,2 % de antes de la misma.
- 2732 Las anteriores encuestas tienen el valor de haber sido realizadas entre la población general
- 2733 con un tamaño muestral importante y con una metodología consolidada. Sin embargo, y a
- 2734 pesar de que en una pandemia toda la población deba ser considerada en mayor o menor
- 2735 medida vulnerable, se ha evidenciado la existencia de colectivos en los cuales el impacto de la
- 2736 misma sobre la salud mental ha sido especialmente importante, lo que puede tener
- 2737 implicaciones en la gestión de la atención a la salud mental en esta y futuras pandemias. Entre
- 2738 estos colectivos se encuentran:
- 2739 Las personas con problemas de salud mental previos. En un estudio en el Reino Unido durante
- 2740 las primeras 6 semanas de confinamiento se vio que las personas con trastornos prexistentes
- 2741 presentaban diferencias significativas, comparado con aquellas que no los tenían, en la
- frecuencia de síntomas autodeclarados de depresión y ansiedad. (111) En España, durante el
- 2743 pico de la pandemia, aproximadamente un 6% de las personas con algún trastorno mental
- 2744 grave requirió ingreso en una Unidad de Agudos, siendo los problemas con mayor incidencia
- los síntomas negativos en forma de lentitud o inactividad (47,5 %), la ansiedad (54 %) y los
- 2746 problemas de estructuración del sueño (41 %). (112, 113, 114, 115) Un 20 % de las personas
- 2747 con trastorno mental grave incluidas en este estudio habría requerido aumentar la medicación
- para afrontar los problemas emocionales y las descompensaciones. (112)
- 2749 Los trabajadores y trabajadoras del sector sanitário (116). En el metanalisis realizado por Li Y et
- 2750 al. se analizaron 65 estudios sobre prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés
- 2751 postraumático entre profesionales sanitarios con un total 97.333 profesionales sanitarios de
- 2752 21 países. La prevalencia combinada de depresión moderada fue de 21,7 % (IC 95 %, 18,3 %-
- 2753 25,2 %), de ansiedad 22,1% (IC 95 %, 18,2 %- 26,3 %) y de trastorno de estrés postraumático
- 2754 21,5 % (IC 95 %, 10,5 %- 34,9 %). (117) En nuestro país, según una encuesta elaborada por la
- 2755 Organización Médica Colegial (118) mostraba un aumento en los problemas relacionados con
- 2756 el sueño (de un 9,4 % antes de la pandemia a un 33 %), la presencia de "burnout" (cuya
- 2757 prevalencia se había duplicado) o en el consumo de tranquilizantes o hipnóticos (de un 18,6 %
- 2758 antes de la pandemia a un 29,4%).
- 2759 Los propios pacientes COVID, quienes presentan el doble de probabilidades de presentar
- 2760 desequilibrios en su salud mental con respecto a otras personas con otras patologías.
- 2761 Aproximadamente, el 20 % de los supervivientes se han enfrentado por primera vez a un
- diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio. (119)
- Los familiares, empezando por los de las víctimas, quienes han tenido que afrontar un proceso
- de duelo en unas condiciones que lo han hecho especialmente difícil, y continuando con los
- 2765 familiares de los pacientes, quienes han tenido que afrontar situaciones de incertidumbre,
- 2766 temor o culpa.

- 2767 La población con menos recursos, quienes, como se ha puesto de manifiesto en las encuestas
- 2768 comentadas, han sufrido un mayor impacto y lo pueden tener más difícil a la hora de acceder a
- 2769 las formas de asistencia alternativa desarrolladas durante el confinamiento como la
- 2770 teleconsulta.
- 2771 Las mujeres. Las encuestas comentadas y otros estudios, han puesto de manifiesto un mayor
- 2772 impacto de la pandemia sobre la salud mental de las mujeres agravado por el desigual reparto
- 2773 de las tareas del hogar y de las cargas familiares y las dificultades de conciliación en un
- 2774 contexto de teletrabajo.
- 2775 La población de los grupos de edad de la infancia y adolescencia, como se refleja, por ejemplo,
- 2776 en la encuesta realizada por el CIS en nuestro país, con los datos mostrados anteriormente.
- 2777 Todo lo expresado pone en evidencia la importancia de prestar especial atención a la salud
- 2778 mental de la población durante una pandemia. La magnitud y amplitud del impacto y la
- 2779 velocidad con la que se desarrollan los acontecimientos, como un tsunami, hacen muy
- 2780 complicada la implementación de medidas efectivas en los primeros momentos si no están
- 2781 preparadas previamente.
- 2782 En este sentido de lo vivido durante los meses se pueden extraer una serie de
- 2783 recomendaciones
- 2784 Lecciones aprendidas para mejorar la atención a la salud mental durante y tras una
- 2785 pandemia
- 2786 1. Prestar especial atención a la salud mental de la población. El incremento esperado en la prevalencia de problemas de salud mental durante una pandemia precisa de una respuesta
- 2788 adecuada y que puede ser necesario prolongar una vez superada la pandemia.
- 2789 2. Diseñar un cuadro de mando basado en indicadores clave de demanda y recursos que permita una toma de decisiones y el desarrollo de medidas de forma ágil y precisa dando
- respuesta a las necesidades en tiempo real y su adecuado seguimiento en el tiempo.
- 2792 3. Llevar a cabo análisis y estudios para evaluar cuál ha sido el impacto en los grupos sociales
   2793 más vulnerables durante la pandemia de la COVID 19, localizar los factores que aumentan
- dicho impacto y desarrollar intervenciones para reducirlos en futuras situaciones similares.
- 4. Determinar el tipo de asistencia que se precisa desde los servicios de salud mental para todas las edades y etapas del desarrollo.
- Desarrollar instrumentos operativos de intervención que sean útiles en estas circunstancias
   (p. ej. terapias grupales, abordajes familiares, teleconsulta).
- 2799 6. Refuerzo de profesionales de atención a la salud mental para la intervención en los diferentes ámbitos: hospitalario, a través de la interconsulta y en atención primaria, a través de la derivación a centros de salud mental.
- 7. Facilitar el trabajo de interconsulta y enlace a diversos niveles asistenciales del sistema sanitario, para abordar la atención integral a la población y ayudar a la contención de los profesionales sanitarios, siendo prioritario el desarrollo de las acciones con la atención primaria de salud.
- 2806 8. Promover intervenciones que prevengan y aborden los efectos de la fatiga pandémica en la población y en los profesionales sanitarios.

- Facilitar la participación de otros niveles asistenciales en las actividades educativas y comunitarias que se establezcan, sobre todo para la prevención y el abordaje precoz de la denominada fatiga pandémica.
  - 10. Considerar prioritaria la atención a los profesionales sanitarios. Desde una perspectiva de salud laboral, es importante que exista una coordinación adecuada entre los profesionales de los servicios de salud mental y los de los servicios de prevención de riesgo laborales y un programa preventivo psicosocial. Diseñar buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios para vigilar y proteger la salud mental de los trabajadores sanitarios en primera línea (UCI, Urgencias, plantas de hospitalización COVID, atención primaria).
  - 11.Reforzar la atención a la población adolescente con problemas de salud mental de mayor complejidad.



# 2819 VI. **EVALUACIÓN**

2820	Metodología de evaluación
2821 2822 2823	Siguiendo el modelo de evaluaciones previas de la Estrategia de Salud Mental del SNS (7) se plantea la siguiente metodología de evaluación que deberá revisar y confirmar el Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia que se establezca para coordinar la evaluación:
2824 2825 2826 2827 2828 2829	La Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS presenta una doble vertiente: la evaluación de impacto, que trata de conocer en qué medida se han alcanzado los objetivos de la Estrategia, y la evaluación de la ejecución de la Estrategia, para saber en qué medida se han implementado (bien por las comunidades autónomas bien por la administración central) las recomendaciones apuntadas en la Estrategia o los proyectos que se establezcan para alcanzar sus objetivos.
2830 2831 2832 2833 2834 2835 2836	La evaluación de impacto, para conocer de forma cuantitativa en qué medida se han alcanzado o no los objetivos de la Estrategia, empezando por su objetivo principal de "Mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención del Sistema Nacional de Salud") y continuando por los diferentes objetivos que se desarrollan en la Estrategia. Para ello se definirán una serie de indicadores en base a los datos y fuentes de información disponibles, haciendo una selección de aquellos que guardan relación con el objetivo que se quiere medir (ver a continuación propuesta de indicadores cuantitativos).
2837 2838 2839 2840 2841 2842	La evaluación de ejecución, para conocer de forma cualitativa en qué medida se han implementado los objetivos y las recomendaciones apuntadas en la Estrategia (bien por las comunidades autónomas bien por la administración central, según corresponda), lo cual se realizará a través de un cuestionario cualitativo de evaluación "ad hoc" que se diseñará para ser cumplimentado por las comunidades autónomas de cara a conocer en qué medida se van alcanzando los objetivos y recomendaciones establecidos en la Estrategia
2843 2844	Una vez se apruebe la Estrategia en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se comenzará a trabajar, en la Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación.
2845 2846	Dicho Comité, entre otras tareas, elaborará el mencionado cuestionario cualitativo de evaluación.
2847 2848 2849 2850 2851 2852	En cuanto a la definición de los indicadores cuantitativos de evaluación de impacto por el Comité se podrán tener en cuenta, entre otros aspectos como: estado de salud, morbilidad, indicadores de acceso a los servicios, indicadores de gasto en salud mental y de recursos sanitarios y actividades e indicadores sobre suicidio. A título orientativo, algunos de los indicadores cuantitativos sobre los que elaborar esta parte de la evaluación, son los que se muestran a continuación en el apartado propuesta de indicadores cuantitativos.
	Durante de la disedence

# Propuesta de indicadores

2854

2855 2856

## • Datos demográficos, socioeconómicos y de salud

Dada la importancia de los factores socioeconómicos como determinantes en la salud mental de la población, es necesario contextualizar las evaluaciones de los indicadores de salud

2857 2858 2859	mental con algunos de los principales datos socioeconómicos y de salud en el momento de la evaluación, como, por ejemplo, los siguientes que ofrece el Instituto Nacional de Estadística (INE):
2860 2861 2862 2863 2864 2865 2866	<ul> <li>✓ Población residente en España, total (INE)</li> <li>✓ Población por edad, grupos quinquenales (INE)</li> <li>✓ Esperanza de vida al nacimiento según sexo (INE)</li> <li>✓ Tasa de mortalidad al nacimiento, en tanto por mil (INE)</li> <li>✓ Número de defunciones /año, total (INE)</li> <li>✓ Tasa de paro (INE)</li> <li>✓ Población en riesgo de pobreza relativa (INE)</li> </ul>
2867	A. Estado de salud mental
2868	A1. Riesgo de mala salud mental en población adulta (15 y más años)
2869 2870	A2. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población adulta (15 y más años)
2871	A3. Riesgo de mala salud mental en población infantil (de 4 a 14 años)
2872 2873	A4. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población infantil (de 4 a 14 años)
2874	B. Morbilidad
2875	B.1 Prevalencia de depresión en población adulta (15 y más años)
2876	B.2 Prevalencia de ansiedad crónica en población adulta (15 y más años)
2877	B.3 Prevalencia de otros trastornos mentales en población adulta (15 y más años)
2878 2879	B.4 Prevalencia de trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) en población infantil (de 4 a 14 años)
2880 2881	B.5 Prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad) en población infantil (de 4 a 14 años)
2882 2883	B.6 Prevalencia de autismo o trastornos del espectro autista (TEA) en población infantil (de 4 a 14 años)
2884	B.7 Prevalencia global de problemas de salud mental registrada en atención primaria
2885	B.8 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antidepresivos (N06A)
2886	B.9 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los ansiolíticos (N05B)
2887	B.10 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los hipnóticos y sedantes (N05C)
2888	B.11 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antipsicóticos (N05A)
2889	B.12 Porcentaje de población que ha visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra

2890	
2891	C. Gasto en salud mental
2892	C.1 Gasto total anual en hospitales en salud mental en el SNS
2893 2894	C.2 Porcentaje de gasto en hospitales en salud mental sobre el total de gasto en hospitales en el SNS
2895	D. Recursos sanitarios
2896	D.1 Nº total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS
2897	D.2 Tasa de camas de psiquiatría en hospitales del SNS por 100.000 habitantes
2898	D.3 Estancia media en psiquiatría de los ingresos hospitalarios en unidades de agudos
2899	D.4 Número de centros de salud mental
2900	D.5 Número de psiquiatras en centros sanitarios públicos del SNS
2901	D.6 Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes
2902	D.7 Número de psicólogos colegiados con la especialidad de psicología clínica
2903	D.8 Número de profesionales de enfermería con el título de especialista en salud mental
2904	D.9 Número de trabajadores sociales en centros sanitarios público del SNS
2905	E. Indicadores en relación con la conducta suicida
2906	E.1 Número de suicidios
2907	E.2Tasa de suicidio/ 100.000 habs./ año
2908	
2909	Descripción de los indicadores propuestos
2910	A. Estado de salud mental
2911	A1. Riesgo de mala salud mental en población adulta (15 y más años)
2912	Fórmula/ definición: Puntuación media obtenida en el cuestionario de salud GHQ-12
2913 2914	de Goldberg
2914	Desagregación: total, sexo, actividad económica
2916	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)  Periodicidad: 5 años
2 <b>9</b> 10 2917	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
· ¬ ı /	

2918 2919	A2. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población adulta (15 y más años)
2920 2921 2922	Fórmula/ definición: Cuestionario de salud GHQ-12 de Goldberg estratificando según el punto de corte establecido para estimar la población de 15 y más años en riesgo de padecer un trastorno mental (GHQ-12 ≥ 3). El punto de corte para identificar los
2923	posibles casos psiquiátricos es 3.
2924	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma
2925	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)
2926	Periodicidad: 5 años
2927	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
2928	A3. Riesgo de mala salud mental en población infantil (de 4 a 14 años)
2929 2930	Fórmula/ definición: Puntuación media obtenida en el cuestionario <i>Strengths and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ)
2931	Desagregación: total, sexo
2932	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)
2933	Periodicidad: 5 años
2934	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje 1 año
2935	A4. Porcentaje de población infantil (de 4 a 14 años) en riesgo de mala salud mental
2936	Fórmula/ definición: Cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
2937 2938	estratificando según el punto de corte establecido para estimar la población en riesgo de padecer un trastorno mental (SDQ 14 o más puntos).
2939	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma
2940	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)
2941	Periodicidad: 5 años
2942	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
2943	B. Morbilidad
2944	B.1 Prevalencia de depresión en población adulta (15 y más años)
2945 2946 2947	Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.
2948	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma

2949 2950	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y <u>Encuesta Europea de Salud en España</u> (EESE)
2951	Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando)
2952	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
2953	B.2 Prevalencia de ansiedad crónica en población adulta (15 y más años)
2954 2955 2956	Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.
2957	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma
2958 2959	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y <u>Encuesta Europea de Salud en España</u> (EESE)
2960	Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando)
2961	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
2962	B.3 Prevalencia de otros trastornos mentales en población adulta (15 y más años)
2963 2964 2965	Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.
2966	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma
2967 2968	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y <u>Encuesta Europea de Salud en España</u> (EESE)
2969	Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando)
2970	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
2971 2972	B.4 Prevalencia de trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) en población infantil (de 4 a 14 años)
2973 2974	Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico
2975	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma
2976	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)
2977	Periodicidad: 5 años
2978	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
2979 2980	B.5 Prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad) en población infantil (de 4 a 14 años)

2981 2982	Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico
2983	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma
2984	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)
2985	Periodicidad: 5 años
2986	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
2987 2988	B.6 Prevalencia de autismo o trastornos del espectro autista (TEA) en población infantil (de 4 a 14 años)
2989 2990	Fórmula/ definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico
2991	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma
2992	Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE)
2993	Periodicidad: 5 años
2994	Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
2995	B.7 Prevalencia global de problemas de salud mental registrada en atención primaria
2996 2997 2998 2999	Fórmula/ definición: porcentaje de personas (de 0 años en adelante) asignadas a Atención primaria que presenta algunos de los problemas psicológicos o de salud mental recogidos en la Clasificación Internacional de Atención Primaria- CIAP2 bajo el epígrafe P-Problemas psicológicos
3000 3001	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio
3002	Fuente: BDACP
3003	Periodicidad: anual
3004	Observaciones: Decalaje de publicación 2 años
3005	B.8 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antidepresivos (N06A)
3006 3007 3008 3009	Fórmula/ definición: número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD). Las cifras oficiales de población se obtienen del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal)
	UV x FF x C x 1000
	DHD = DDD x N° de habitantes x 365 días
3010	
3011	UV: unidades de envases vendidas

3012	FF: número de formas farmacéuticas por envase
3013	C: cantidad de principio activo en cada forma farmacéutica
3014 3015	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio
3016	Fuente: BDACP
3017	Periodicidad: anual
3018	Observaciones: Decalaje de publicación 2 años
3019	B.9 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los ansiolíticos (N05B)
3020 3021 3022	Fórmula/ definición: número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD) –ver formula arriba-
3023 3024	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio
3025	Fuente: BDACP
3026	Periodicidad: anual
3027	Observaciones: Decalaje de publicación 2 años
3028	B.10 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los hipnóticos y sedantes (N05C)
3029 3030 3031	Fórmula/ definición: número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD) –ver formula arriba-
3032 3033	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio
3034	Fuente: BDACP
3035	Periodicidad: anual
3036	Observaciones: Decalaje de publicación 2 años
3037	B.11 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antipsicóticos (N05A)
3038 3039 3040	Fórmula/ definición: número de envases dispensados en oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud expresado en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000 habitantes y día (DHD) –ver formula arriba-
3041 3042	Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio
3043	Fuente: BDACP

3044		Periodicidad: anual
3045		Observaciones: Decalaje de publicación 2 años
3046	B.12 Po	orcentaje de población que ha visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra
3047 3048		Fórmula/ definición: porcentaje de población que declara haber consultado a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra (público o privado) en los últimos 12 meses.
3049		Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma
3050 3051		Fuente: <u>Encuesta Nacional de Salud</u> (ENSE) y <u>Encuesta Europea de Salud en España</u> (EESE)
3052		Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando)
3053 3054		Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año. La EESE recoge datos a partir de los 15 años de edad mientras que la ENSE lo hace desde los 0 años
3055	C.	Gasto en salud mental
3056	C.1 Gas	sto total anual en hospitales en salud mental en el SNS
3057 3058 3059 3060 3061 3062 3063		Fórmula/ definición: suma del gasto de la atención en hospitales de agudos*, de media y larga estancia** y de salud mental y toxicomanías. *Calculado con base en el coste por proceso hospitalario en el SNS (RAE-CMBD) para hospitalización y mediante coste UPA para actividad ambulatoria y hospital de día. **Calculado mediante el coste UPA estimado para estancias, hospital de día y consultas psiquiátricas más el porcentaje estimado de urgencias (proporcional al resto modalidades)  Desagregación: tipo de hospital
3064		Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/ Registro de
3065		Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (41)
3066		Periodicidad: anual
3067		Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años
3068 3069	C.2 Por el SNS	centaje de gasto en hospitales en salud mental sobre el total de gasto en hospitales en
3070 3071 3072 3073 3074 3075		Fórmula/ definición: suma del gasto de la atención en hospitales de agudos*, de media y larga estancia** y de salud mental y toxicomanías. *Calculado con base en el coste por proceso hospitalario en el SNS (RAE-CMBD) para hospitalización y mediante coste UPA para actividad ambulatoria y hospital de día. **Calculado mediante el coste UPA estimado para estancias, hospital de día y consultas psiquiátricas más el porcentaje estimado de urgencias (proporcional al resto modalidades)
3076		Desagregación: tipo de hospital

3077 Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/ Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (41) 3078 3079 Periodicidad: anual 3080 Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años 3081 D. Recursos sanitarios 3082 D.1 Nº total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS 3083 Fórmula/ definición: número total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS, 3084 (contando tanto las unidades de agudos como las de media y larga estancia) de los 3085 hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental 3086 y toxicomanías. La clasificación por finalidad de los centros C1 Hospitales (centros con internamiento) que se emplea es la recogida en el anexo II del RD 1277/2003, de 10 de 3087 3088 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios: C.1.1. Hospitales Generales, C.1.2. Hospitales 3089 3090 Especializados (estos dos agrupados como "Hospitales de agudos"), C.1.3. Hospitales de Media y Larga Estancia y C.1.4. Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de 3091 Toxicomanías 3092 3093 Desagregación: tipo de hospital 3094 Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y 3095 Centros sin Internamiento: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/ 3096 3097 homeESCRI.htm 3098 Periodicidad: anual Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años 3099 D.2 Tasa de camas de psiquiatría en hospitales del SNS por 100.000 habitantes 3100 3101 Fórmula/ definición: número total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS, 3102 (contando tanto las unidades de agudos como las de media y larga estancia) de los 3103 hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y toxicomanías. La clasificación por finalidad de los centros C1 Hospitales (centros con 3104 3105 internamiento) que se emplea es la recogida en el anexo II del RD 1277/2003, de 10 de 3106 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, 3107 servicios y establecimientos sanitarios: C.1.1. Hospitales Generales, C.1.2. Hospitales 3108 Especializados (estos dos agrupados como "Hospitales de agudos"), C.1.3. Hospitales 3109 de Media y Larga Estancia y C.1.4. Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de 3110 Toxicomanías. Denominador: cifras oficiales de población se del Instituto Nacional de 3111 Estadística (datos del padrón municipal) 3112 Desagregación: tipo de hospital

3113 3114 3115 3116	Centros sin Internamiento:  https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm
3117	Periodicidad: anual
3118	Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años
3119	D.3 Estancia media en psiquiatría de los ingresos hospitalarios en unidades de agudos
3120	Fórmula/ definición: Estancia media en días en unidades de agudos por tipo de
3121	hospital (hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de
3122	salud mental y toxicomanías) del SNS
3123	Desagregación: tipo de hospital
3124	Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y
3125	Centros sin Internamiento:
3126	https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/
3127	homeESCRI.htm
3128	Periodicidad: anual
3129	Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años
3130	D.4 Número de centros de salud mental
3131	Fórmula/ definición: centros de salud mental según lo definido por el Real decreto
3132	1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre
3133	autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios como aquellos centros
3134	sanitarios en los que se realiza el diagnóstico y tratamiento en régimen ambulatorio de
3135	las enfermedades mentales (código C.2.5.11)
3136	Desagregación: comunidad autónoma
3137	Fuente: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios –REGCESS
3138	http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do
3139	Periodicidad: continua
3140	Observaciones: datos volcados de forma continua por las comunidades autónomas al
3141	registro
3142	D.5 Número de psiquiatras en centros sanitarios públicos del SNS
3143 3144	Fórmula/ definición: personal vinculado con la especialidad de psiquiatría en centros sanitarios públicos del SNS. (38)
3145	Desagregación: comunidad autónoma

3146 3147 3148 3149	Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm
3150	Periodicidad: anual
3151	Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años
3152	D.6 Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes
3153	Fórmula/ definición: Numerador: personal vinculado con la especialidad de psiquiatría
3154	en centros sanitarios públicos del SNS. Denominador: cifras oficiales de población del
3155	Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal)
3156	Desagregación: comunidad autónoma
3157	Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y
3158	Centros sin Internamiento:
3159	https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/
3160	homeESCRI.htm
3161	Periodicidad: anual
3162	Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años
3163	D.7 Número de psicólogos con la especialidad de psicología clínica
3164 3165	Fórmula/ definición: número acumulado (valor absoluto) de psicólogos con el título de la especialidad de psicología clínica (vía residencia y homologaciones).
3166 3167	Fuente: Consulta al Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad o <u>Registro</u> <u>Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)</u>
3168	Periodicidad: anual
3169	Observaciones: Se podría mejorar el indicador pendiente de que el Registro Estatal de
3170	Profesionales Sanitarios (REPS) complete la información de CC AA y vinculación del
3171	personal a los diferentes centros.
3172	D.8 Número de profesionales de enfermería con el título de especialista en salud mental
3173 3174 3175	Fórmula/ definición: número acumulado (valor absoluto) de profesionales de enfermería con el título de la especialidad de enfermería de salud mental (vía residencia y homologaciones).
3176 3177	Fuente: Consejo General de Enfermería con datos del Ministerio de Ciencia e Innovación (120)
3178	Periodicidad: anual.

3179 3180 3181		Observaciones: Se podría mejorar el indicador pendiente de que el <u>Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)</u> complete la información de CC AA y vinculación del personal a los diferentes centros.
3182	D.9 Nú	mero de trabajadores sociales en centros sanitarios público del SNS
3183 3184		Fórmula/ definición: trabajadores sociales vinculados a centros sanitarios públicos del SNS (en centros públicos, con concierto sustitutorio y Red de Utilización Pública, RUP)
3185		Desagregación: comunidad autónoma.
3186 3187		Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Disponible en:
3188		https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/
3189		homeESCRI.htm
3190		Periodicidad: anual
3191		Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años
3192	E.	Indicadores en relación con la conducta suicida
3193	E1. Núi	mero de suicidios
3194		Fórmula/ definición: número de defunciones por suicidio
3195		Desagregación: grupo de edad, sexo
3196 3197		Fuente: Estadística de defunciones por suicidio. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) <a href="https://www.ine.es/up/eaP6xsvsi1">https://www.ine.es/up/eaP6xsvsi1</a>
3198		Periodicidad: anual
3199		Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años
3200	E2. Tas	a de suicidio/ 100.000 habs./ año
3201		Fórmula/ definición: numerador: número de defunciones por suicidio; denominador:
3202		cifras oficiales de población del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón
3203		municipal)
3204		Desagregación: grupo de edad, sexo
3205 3206		Fuente: Estadística de defunciones por suicidio. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) <a href="https://www.ine.es/up/y9dBdiRq">https://www.ine.es/up/y9dBdiRq</a>
3207		Periodicidad: anual
3208		Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años
3209		
3210		

~	า	1	1	
~	•			

3217

3218

3219

3220

3221

3222

3225

3226

3227

3228

3236

3237

3238

3239 3240

3241

3243

3244

Principales fu	ientes de	informa	ación
----------------	-----------	---------	-------

- Para recabar esta información se utilizarán, entre otras, <u>las bases de datos administrativas</u>

  facilitadas por el Ministerio de Sanidad, como las utilizadas en la realización del análisis de situación de esta Estrategia, incluido en el apartado de epidemiología de salud mental, entre las que se encuentran:
  - Registro de Actividad hospitalaria del Conjunto Mínimo Básico de Datos de las Altas Hospitalarias, RAE- CMBD, del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad.
    - Estadística de Centros Sanitarios: Hospitales y Centros sin internamiento, del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad:
- 3223 <a href="https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/">https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/</a>
  3224 homeESCRI.htm
  - Base de datos clínicos de atención primaria, BDCAP, del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad: <a href="https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/ense/serie-historica/i/salud-mental">https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/ense/serie-historica/i/salud-mental</a>
- La <u>Encuesta Nacional de Salud (ENSE)</u> y la <u>Encuesta Europea de Salud en España (EESE)</u>.
   Disponibles en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) y en la web del
   Ministerio de Sanidad:
- 3232 <a href="https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/ensel">https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/ensel</a>,
   3233 <a href="https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm">https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm</a>
- Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (REGCESS)
- Estadística de profesionales sanitarios colegiados por sexo (INE)
  - <u>Estadística de defunciones según causa de muerte año</u>. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE).
  - Otras fuentes que se puedan identificar en las comunidades autónomas, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) o el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), entre otras.

### Etapas del proceso de seguimiento y evaluación

- 3242 En la propuesta de evaluación se plantean las siguientes etapas:
  - 1. Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación.
    - 2. Elaboración y aprobación del cuestionario cualitativo de evaluación.
- 3245 3. Definición de los indicadores cuantitativos de evaluación a partir de las bases de datos disponibles.
- 4. Recogida de información para el primer informe parcial de seguimiento y evaluación.
- 5. Elaboración del primer informe parcial de seguimiento y evaluación.
- 3249 6. Presentación del informe al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.
- 3250 7. Recogida de información para el informe final de evaluación.
- 3251 8. Elaboración del primer informe final de evaluación.

9. Presentación del informe final de evaluación de la Estrategia al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.



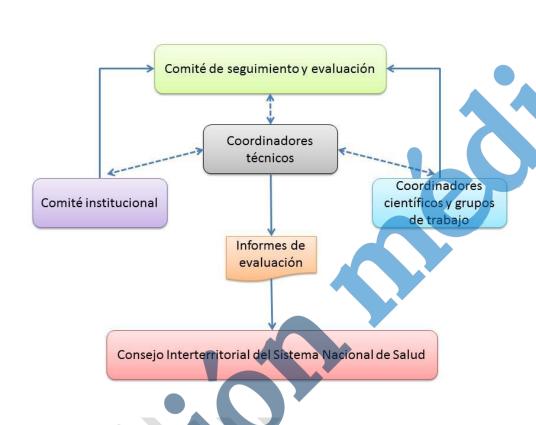
3255 Estructura organizativa del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud

3256 Mental

3257

3258

3259 3260 Figura 18. Estructura organizativa del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental



3261	Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental
3262 3263 3264 3265 3266 3267	Desde el punto de vista de planificación, en el cronograma previsto para su seguimiento y evaluación se plantea hacer la medición de resultados a partir del tercer año de la aprobación de la Estrategia (cuestionario cualitativo y recogida de datos de indicadores cuantitativos) de forma que por una parte haya un tiempo para el desarrollo por las comunidades autónomas de los objetivos incluidos en la Estrategia y por otra parte se puedan presentar el informe de evaluación a lo largo del último año duración de la misma.
3268	2021 Q3: Aprobación de la Estrategia de Salud Mental 2021- 2026
3269	2021 Q4: Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación.
3270 3271	2022 Q1: Revisión y aprobación de la metodología del informe de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.
3272	2022 Q2- Q3: Elaboración del cuestionario cualitativo de evaluación.
3273 3274	2022 Q4: Aprobación del cuestionario cualitativo de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.
3275 3276	2023 Q1- Q3: Definición de los indicadores cuantitativos de evaluación y fuentes de información.
3277 3278	2023 Q4: Aprobación del cuadro de indicadores de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.
3279	2025 Q1- Q2: Recogida de datos: cuestionario e indicadores.
3280	2025 Q3- Q4: Elaboración del informe de evaluación.
3281 3282	2026 Q1: Aprobación del informe de evaluación de la Estrategia por el Comité de Seguimiento y Evaluación.
3283 3284	2026 Q2- Q3: Presentación del informe de evaluación de la Estrategia de Salud Mental al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.
3285	

## 3287VII. ANEXO MARCO NORMATIVO

3288	i.	España
3289 3290		arco normativo español relacionado, protector y garante del ejercicio de los derechos de ersonas con problemas de salud mental, se desarrolla en nuestro país en diversas normas:
3291	•	Constitución Española (121)
3292 3293		enstitución de 1978 en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y en tículo 49 regula la atención a las personas con discapacidad.
3294	•	Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (2)
3295 3296		ículo 18 punto 8 menciona la promoción y mejora de la salud mental y el artículo 20 del ulo III dedicado en su totalidad a la salud mental.
3297 3298 3299	•	Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Error! Bookmark not defined.)
3300	•	Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (122)
3301 3302 3303	de sa	ículo 64. "Planes integrales de salud" prevé la elaboración conjunta de planes integrales lud por parte del Ministerio de Sanidad y los órganos competentes de las comunidades nomas, orientando su enfoque y alcance.
3304	•	Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (123)
3305 3306	•	Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (124).
3307 3308	•	Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (125)
3309 3310	•	Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (126)
3311 3312 3313 3314 3315 3316 3317 3318 3319	auser disca efect condi funda Asimi positi	rtir de este momento se consigue que se entiende por igualdad de oportunidades la ncia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo de o sobre la base de pacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el o de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de ciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades amentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Ismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción iva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para cipar plenamente en la vida política, económica, cultural y social.
3320 3321		eal Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención nternacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (127)

de 1987. (136)

3322 3323 3324 3325 3326	Los principios generales son el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual (incluida la libertad para tomar las propias decisiones), la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana.
3327	Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (128)
3328 3329 3330	• Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (129)
3331 3332 3333 3334	Se garantizan el derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, en igualdad de condiciones respecto del resto de ciudadanos y ciudadanas, a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida.
3335 3336 3337	Cabe hacer mención aquí la Estrategia Española sobre Discapacidad 2014-2020, aprobada por el Consejo de Ministros el 14 de octubre de 2011, establecida para ser el referente y directriz a largo plazo de las políticas públicas españolas en materia de discapacidad. (130)
3338 3339 3340 3341 3342	También se señala en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012, aspectos relacionados con la discapacidad y la equidad en salud e igualdad de trato a todas las personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia. (131)
3343 3344 3345	Se reseñan a continuación los instrumentos de ratificación por los cuales el Estado español ha hecho constar su consentimiento a nivel internacional de lo acordado en diferentes tratados sobre la materia:
3346 3347 3348 3349	<ul> <li>Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. (132)</li> </ul>
3350 3351	• Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. (133)
3352 3353	Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. (134)
3354 3355 3356	Instrumento de Ratificación de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, hecha en Nueva York el 10 de diciembre de 1984. (135)
3357 3358	• Instrumento de Ratificación del Convenio Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, hecho en Estrasburgo el 26 de noviembre

artículos.

3360 3361	•	Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. (137)
3362 3363 3364	•	Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. (138).
3365	ii.	Internacional
3366 3367 3368 3369 3370	psicos Europ sobre	el europeo, la protección sistemática de los derechos de las personas con discapacidad social, tuvo lugar bien avanzado el siglo XX, especialmente de la mano del Consejo de pa, pues, aunque existen otros organismos de este espacio geográfico con alguna labor la materia, es el mencionado Consejo el que lleva a cabo la labor más extensa e intensa te campo.
3371	Europ	oa e e e e e e e e e e e e e e e e e e e
3372 3373 3374	mate	rropa el marco de referencia normativo y el régimen de garantías es muy amplio en ria de derechos humanos en general y en lo que respecta a la protección de dichos hos en el particular ámbito de la salud mental. (139)
3375 3376	•	Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre promoción de la salud mental (140).
3377 3378 3379	•	Consejo de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo de 2 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con los problemas de salud mental (141).
3380 3381 3382	•	Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de la Unión Europea de 15 de julio de 2003 sobre el fomento del empleo y la inclusión social de personas con discapacidad (142).
3383 3384 3385 3386	perso en re	la forma de Recomendaciones, en materia de salud mental y de protección de las nas con problemas de salud mental se han aprobado varias, siendo las más importantes lación con el enfoque de la presente actualización de la estrategia de salud mental las entes:
3387 3388 3389		Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2004)10 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos de hombres y mujeres y de la dignidad de las personas con trastornos mentales. (143)
3390	La Re	comendación CM/Rec (2004)10 constituye sin duda el principal referente en la protección

• Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2009)3, sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. (144)

de los derechos de las personas con problemas de salud mental en el ámbito europeo.

Consagra los principios de no discriminación (art. 3), conservación del ejercicio de los derechos civiles y políticos del paciente mental (art. 4), y de restricción mínima (art. 8), entre otros

La Recomendación CM/Rec (2009)3 establece la necesidad de garantizar la no discriminación de las personas con problemas de salud mental, si bien admite la adopción de medidas de acción positiva a fin de que las personas con trastorno mental pueden participar en la vida social. Invita a los Estados miembros a adoptar medidas jurídicas que eviten la discriminación y que posibiliten la integración sociolaboral, a la vez que insta al desarrollo de campañas contra la estigmatización y para la formación de profesionales (en especial policía y docentes) (Principio 1º). En materia de derechos civiles y políticos, postula la garantía más amplia posible de su ejercicio con la instauración de dispositivos de control y defensa y de promoción de la participación de estas personas (incluido el acceso a la función pública si ello fuera posible), así como el más escrupuloso respeto a la confidencialidad de datos y a la privacidad (Principio 2º).

La Recomendación (2009)3 establece también que para crear e implementar las Estrategias Nacionales en Salud Mental en los Estados miembros hay que tener en cuenta los siguientes aspectos: fomentar la comprensión y el conocimiento de los trastornos mentales; disponer de servicios accesibles y de calidad, fundamentados en las necesidades de las personas; trabajar para reducir el estigma y la discriminación de las personas que sufren trastorno mental y garantizar una protección óptima de los derechos humanos y de la dignidad de las personas que padecen un trastorno mental.

Por otro lado, proporciona una lista de control como principio fundamental de las herramientas de creación y seguimiento, y que sirven de ayuda para determinar el grado de cumplimiento de la Recomendación CM/Rec (2004)10, al objeto de proteger la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastorno mental y garantizarles la asistencia adecuada.

• Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI)) (145).

En la cual, entre otras cosas, se pide a la Comisión y a los Estados miembros que realicen un seguimiento de la orientación de la UE para la actuación en materia de salud y bienestar mental con una nueva y ambiciosa estrategia sobre salud mental, promoviendo un enfoque holístico psicosocial de toda la sociedad, que incluya un pilar fundamental de género y que garantice una coherencia política en materia de salud mental.

- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Resolución 2291 (2019). Poniendo fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. (146)
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 2158 (2019). Poniendo fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. (147)

#### Comisión Europea

- Libro Verde Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión 3437 Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas, 2005. 3438 (71).
- En 2016 todos los Estados miembros aprobaron la aplicación del Pacto sobre Salud
  3440 Mental en Europa mediante una Acción Conjunta sobre Salud mental y Bienestar (*Joint*3441 *Action "Mental Health and Well Being"*). (148)
- En este acuerdo marco en salud mental y bienestar España tuvo una activa participación, en especial en una de sus áreas: transición hacia el tratamiento comunitario.
- En el marco del tercer Foro Anual del EU-Compass, celebrado en febrero de 2018, la 3445 Comisión Europea presentó el informe sobre servicios de salud mental basados en la comunidad: "Providing community based mental health services: position paper". (149)
- En dicho informe se especifica que "los últimos cincuenta años han sido testigos de uno de los movimientos sociales internacionales más importantes de todos los tiempos: el cierre de grandes instituciones y el desarrollo de servicios comunitarios para personas con problemas de salud mental. Uno de los principales impulsores ha sido el cambio en la actitud de la sociedad hacia las personas con trastornos mentales, alejándose de la exclusión y la marginación hacia la inclusión y la participación".
- Tras el análisis de la situación a través de este informe un equipo de personas expertas realizó, entre otras, las siguientes recomendaciones a los Estados miembros y a las partes interesadas:
- Desarrollar estrategias de incidencia política para generar compromiso político, basadas en datos, que puedan demostrar a los responsables y las responsables de las políticas sanitarias por qué deben comprometerse a actuar.
- Promover el debate y construir consenso sobre la incorporación de los principios de la Convención de Derechos Humanos de las personas con discapacidad en la legislación de salud mental.
- Desarrollar/actualizar la política de salud mental con el objetivo de abandonar la atención institucional y pasar a la atención de salud mental integrada y bien coordinada basada en la comunidad, incluyendo el tratamiento hospitalario en los hospitales generales.
- Promover el uso de las oportunidades proporcionadas por la Estrategia UE 2020 sobre investigación y desarrollo para mejorar el seguimiento y la evaluación de las políticas que abordan la exclusión social de las personas que padecen trastornos mentales.
- Integrar la salud mental en los servicios de Atención Primaria y ampliar la atención colaborativa.
- Promover la participación activa de personas con experiencia propia y personas cuidadoras en la entrega, planificación y reorganización de los servicios.
- Conferencia de Alto Nivel de la UE Juntos por la Salud Mental y el Bienestar. (12-13 de junio, 2008). Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar celebrada en Bruselas. (6)

3476 3477 3478 3479	<ul> <li>Decisión de la Comisión Europea de julio de 2019, "Horizon 2020 Work Programme 2018-2020, "Health, demographic change and well- being", entre cuyas prioridades se encuentra el abordaje de la salud mental. (150)</li> </ul>
3480	Naciones Unidas (ONU)
3481 3482 3483	Desde su nacimiento, las Naciones Unidas han procurado, a través de las facultades que le confiere su Carta, velar por los derechos humanos y los objetivos de desarrollo de los Estados miembros acordados de manera internacional.
3484 3485 3486	<ul> <li>La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU). (74)</li> </ul>
3487 3488 3489	Ambos son tratados internacionales que recogen los derechos de las personas con discapacidad, así como las obligaciones de los Estados partes de promover, proteger y asegurar tales derechos.
3490 3491 3492 3493 3494	Esta Convención supone la consagración del cambio de modelo del enfoque de las políticas sobre discapacidad. Supera definitivamente la perspectiva asistencial de la discapacidad para abordar una basada en los derechos humanos. Se pasa así a considerar a las personas con discapacidad plenamente como sujetos titulares de derechos y no como meros objetos de tratamiento y protección social.
3495 3496 3497 3498 3499 3500	Para ello se establecen como principios generales el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual –incluida la libertad para tomar las propias decisiones–, la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana.
3501 3502 3503 3504 3505	España ratificó la Convención y su Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008 (151), y entró en vigor el 3 de mayo de ese mismo año. A partir de este momento, y conforme a lo establecido en el apartado primero del artículo 96 de la Constitución Española de 1978, forma parte del ordenamiento interno, con la necesaria adaptación y modificación de diversas normas para hacer efectivos los derechos que la Convención recoge.
3506 3507 3508 3509 3510	Por Acuerdo de Consejo de Ministros de 30 de marzo de 2010, se aprobó el Informe sobre las medidas necesarias para la adaptación de la legislación española a la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad y se encomendó a diversos departamentos ministeriales que, en el ámbito de sus competencias, impulsasen las reformas comprometidas en tal Acuerdo.

3512 3513	<ul> <li>Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2011. (152)</li> </ul>
3514 3515 3516 3517 3518 3519 3520	Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 35 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que tuvo luga entre el 19 y el 23 septiembre de 2011. Incluye apreciaciones sobre la aplicación de la Convención en el Estado español, con recomendaciones para un mejor cumplimiento. Alienta al Estado a que proporcione financiación para que las personas con discapacidad puedan elegi dónde vivir, accedan a servicios comunitarios, como la asistencia personal, y a que incluya la perspectiva de género en sus políticas públicas.
3521 3522 3523	<ul> <li>Observación general del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2014 sobre el artículo 12 de la Convención: igual reconocimiento como persona ante la ley. (153)</li> </ul>
3524 3525 3526	Se alienta a los Estados a estudiar y elaborar mejores prácticas que respeten el derecho a reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones y el apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica o destinar recursos al efecto.
3527 3528	<ul> <li>Resolución 32/18 sobre salud mental aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 2016. (154)</li> </ul>
3529 3530 3531 3532 3533 3534 3535	Reafirma la obligación de los Estados de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y de asegurarse de que las políticas y los servicios relacionados con la salud mental cumplan las normas internacionales de derechos humanos y reconoce que es necesario que adopten medidas activas para integrar plenamente una perspectiva de derechos humanos en los servicios de salud mental y comunitarios, en particular con miras a eliminar todas las formas de violencia y discriminación en ese contexto, y para promover e derecho de toda persona a la plena inclusión y participación efectiva en la sociedad.
3536 3537	<ul> <li>Resolución del Consejo de Derechos Humanos sobre salud mental y derechos humanos de 2017. (155)</li> </ul>
3538 3539 3540 3541 3542 3543	Se alienta a los Estados a que promuevan la participación efectiva, plena y significativa de la personas con afecciones de salud mental o discapacidades psicosociales y destaca la importancia de invertir más en la promoción de la salud mental mediante un enfoque multisectorial que se base en el respeto de los derechos humanos y que se ocupe también de los factores determinantes subyacentes sociales, económicos y ambientales de la salud mental.
3544 3545 3546	Comité de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España, de 5 de marzo de 2018. (156)
354h	Fritte las recomendaciones de este Comite se enclientra la formulación de lina nolítica

3548

cualificado en todo el Estado.

nacional de salud mental infantil y el aseguramiento de la disponibilidad de personal

3576

3577

3578 3579

3580

3581

- Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2019 sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España (157)
- Diferentes relatores y relatoras especiales han presentado informes al Consejo de Derechos Humanos y han establecido observaciones relacionadas con las personas con problemas de salud mental:
- Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o 3556 3557 degradantes, de febrero de 2013. Recomienda preservar el consentimiento libre 3558 informado en condiciones de igualdad para todos y sin excepciones, a través del marco jurídico y los mecanismos judiciales y administrativos, por ejemplo, con políticas y 3559 3560 prácticas para proteger contra los malos tratos. Deberán revisarse las disposiciones jurídicas que contravengan lo que antecede, como aquellas que permiten la reclusión o 3561 3562 el tratamiento obligatorio en entornos de salud mental, en particular mediante tutelas y 3563 otros métodos de adopción de decisiones por sustitución. Adoptar políticas y protocolos 3564 que respeten la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana. (158)
- Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de abril de 2015. Destaca que en algunas regiones los recursos destinados a la atención se utilizan para el mantenimiento de hospitales psiquiátricos, reclama que se invierta en salud mental de niños, niñas y jóvenes y muestra su preocupación por el elevado número de suicidios, entre otras cuestiones. (159)
- Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad, de marzo de 2017, recomienda que los Estados abandonen los enfoques asistencialista y médico y se replanteen su política y práctica de la atención desde una perspectiva de derechos humanos. (160)
  - Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, de junio de 2017. Hace una perspectiva general de la situación de la salud mental e indica algunas barreras, como el predominio del modelo biomédico y los desequilibrios de poder en el ámbito clínico. Recomienda un cambio de modelo que incluye la necesidad de dotar de recursos a la salud mental, el modelo psicosocial, el apoyo entre pares y la erradicación de todos los tratamientos psiquiátricos forzosos y el aislamiento, entre otras múltiples recomendaciones. (161)
- Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2019, presenta un estudio temático sobre formas de privación de libertad específicas de la discapacidad, habida cuenta de las normas establecidas en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. (162)

#### Organización Mundial de la Salud (OMS). Oficina Regional para Europa

- 3588 La salud es un derecho universal, reconocido en la Constitución de la Organización Mundial de
- 3589 <u>la Salud (OMS)</u>, la cual establece que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es
- uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.
- 3591 En 2010, en colaboración con la Dirección General de Sanidad y Protección de los
- 3592 Consumidores de la Comisión Europea, la OMS realizó la declaración "Empoderamiento del
- 3593 usuario en salud mental". (19) Con ella se definen las medidas que deben adoptarse para
- 3594 fortalecer el empoderamiento de personas con problemas de salud mental y de quienes las
- 3595 cuidan. Además del plano individual, estas medidas se refieren también al nivel social y
- 3596 estructural, a la provisión y desarrollo de servicios, a la educación y la formación de los equipos
- 3597 profesionales.

3587

- 3598 El Ministerio de Sanidad español participó en la elaboración del Plan de Acción integral sobre
- 3599 Salud Mental 2013- 2020, de la Organización Mundial de la Salud, aprobado en la 66 asamblea
- 3600 de mayo de 2013. (78)
- 3601 En Europa, el Comité Regional de la OMS, aprobó en la 63 asamblea, celebrada en septiembre
- de 2013, el Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013- 2020 (163). En dicho documento se
- 3603 pone de manifiesto que los trastornos mentales constituyen uno de los mayores desafíos de la
- 3604 atención sanitaria pública en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. La
- 3605 Región europea de la OMS se enfrenta a diversos desafíos que afectan tanto al bienestar
- 3606 mental de la población y la prestación de atención a personas con problemas de salud mental.
- 3607 Se necesitan acciones sistemáticas y coherentes para abordar esos desafíos. El Plan de Acción
- 3608 Europea sobre Salud Mental se centra en 7 objetivos interrelacionados y propone acciones
- 3609 efectivas e integradas para reforzar la salud mental y el bienestar en la región europea. La
- 3610 investigación en salud mental es esencial para la sostenibilidad de las políticas sociales y de
- 3611 sanidad en la región europea.
- Los 7 objetivos planteados en el Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013- 2020 son los
- 3613 siguientes:
- 3614 1. Todas las personas tienen la misma oportunidad para conseguir el bienestar mental a lo
- largo de su vida, particularmente aquellos que son más vulnerables o se encuentran en
- 3616 situaciones de peligro.
- 2. Las personas con problemas de salud mental son ciudadanos cuyos derechos humanos son
- 3618 plenamente valorados, respetados y promovidos.
- 3619 3. Los servicios de salud mental son accesibles, competentes y asequibles, disponibles en la
- 3620 comunidad según se necesiten.
- 3621 4. Las personas tienen derecho a un tratamiento respetuoso, seguro y eficaz.
- 3622 5. Los sistemas de salud proporcionan buena salud física y mental para todas las personas.
- 3623 6. Los sistemas de salud mental trabajan conjuntamente, bien coordinados con otros sectores.
- 7. La dirección y prestación de la salud mental se rigen por una correcta información yconocimiento.

# **VIII. ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS**

AEMPS	Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
CC. AA.	Comunidades autónomas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria
CSM	Centro de Salud Mental
EIR	Enfermero Interno Residente
ENSE	Encuesta Nacional de Salud
ESM	Estrategia de salud mental
FEAFES	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales
GPC	Guía de práctica clínica
HDP	Hospital de día psiquiátrico
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
ISCIII	Instituto de Salud Carlos III
MIR	Médico Interno Residente
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIA	Plan Individualizado de Atención
PIR	Psicólogo Interno Residente
SNS	Sistema Nacional de Salud
UE	Unión Europea



# 3631 IX. ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

3632	Índice de figuras
3633 3634	Figura 1. Riesgo de mala salud mental en población adulta según sexo y la actividad económica. España 2017
3635	Figura 2. Riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años. España 2017
3636 3637	Figura 3. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3) en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2017
3638 3639	Figura 4. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 ≥ 3) en población de 15 y más años según sexo y comunidad autónoma (%). España 2017
3640 3641	Figura 5. Prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%). España 2020
3642 3643	Figura 6. Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020
3644 3645	Figura 7. Prevalencia de depresión en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020
3646 3647	Figura 8. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población infantil (0- 14 años) según sexo (%). España 2017
3648 3649	Figura 9. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población infantil (0- 14 años) según sexo y grupo de edad (%). España 2017
3650	Figura 10. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad y sexo, año 2017
3651 3652	Figura 11. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio, año 2017
3653	Figura 12. Prevalencia de problemas de salud mental por comunidades autónomas, año 2017
3654 3655	Figura 13. Visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en el último año, según sexo y grupo de edad (%). España 2017
3656 3657	Figura 14. Nº total de camas de psiquiatría en hospitales por finalidad asistencial del SNS, periodo 2010- 2019
3658 3659 3660	Figura 15. Tasa de camas de psiquiatría por tipo de hospital por 100.000 habitantes en los hospitales de agudos, de media y larga estancia y de salud mental y toxicomanías del SNS, periodo 2010- 2019
3661 3662	Figura 16. Estancia media en días en unidades de agudos por tipo de hospital (hospitales de agudos, hospitales de media y larga estancia y hospitales de salud mental y toxicomanías)
3663	del SNS, periodo 2010- 2019

3664 3665	Figura 17. Evolución de la ratio de psiquiatras en España por 100.000 habitantes, periodo 2010- 2019
3666	• Índice de tablas
3667 3668	Tabla 1. Población infantil en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). Población de 4-14 años. España, ENSE 2017
3669 3670	Tabla 2. Evolución de la población infantil en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). Población de 4-14 años. España, ENSE 2006- 2011- 2017
3671 3672	Tabla 3. Evolución de la prevalencia declarada de trastornos de salud mental en la población infantil (0- 14 años). España, ENSE 2006- 2011- 2017
3673	Tabla 4. Gasto total en la atención a la salud mental en hospitales SNS, España, 2017
3674 3675	Tabla 5. Hospitales y centros de especialidades periféricos (CEP) según finalidad asistencial. Año 2018
3676 3677	Tabla 6. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. 2018
3678	Tabla 7. Centros de salud mental, año 2021
3679 3680 3681	Tabla 8. Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., periodo 2010-2019

## 3682 X. BIBLIOGRAFÍA

- 1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\_mental/ESTRATEGI">https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\_mental/ESTRATEGI</a>
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\_mental/ESTRATEGI A\_SALUD\_MENTAL\_SNS\_PAG\_WEB.pdf
- 2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº 102, de 29 de abril de 1986. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499</a>
- 3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf">https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf</a>
- 4. Comisión Europea y Ministerio de Sanidad y Política Social. Mental health and Well-being in Older People Making it Happen: Conference Conclusions. 2010. Disponible en: <a href="https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/mental-health-and-well-being-older-people-making-it-happen-conference-conclusions\_en">https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/mental-health-and-well-being-older-people-making-it-happen-conference-conclusions\_en</a>
- 5. World Health Organization. The 8th Global Conference on Health Promotion. Helsinki, Finland. 2013. Disponible en:

https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp helsinki statement.pdf

- 6. Organización Mundial de la Salud Europa y Comisión Europea. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la UE. Bruselas 2008. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\_health/docs/mhpact\_es.pdf
- 7. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen">https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen</a> Evaluacion.pdf
- 8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009- 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf">https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf</a>
- 9. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Pleno de 13 de abril de 2016. Orden del día. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/od2016.pdf">https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/od2016.pdf</a>
- 10. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Acuerdo nº: 1176. Pleno: 21 de junio de 2017. Acta nº: 114. 2017. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1176.pdf

- 11. Cortes Generales. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados. Comisión de Sanidad y Servicios Sociales. Sesión nº 17, 14 noviembre de 2017. Sobre la Actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <a href="http://www.infocoponline.es/pdf/DSCD-12-CO-367.pdf">http://www.infocoponline.es/pdf/DSCD-12-CO-367.pdf</a>
- 12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental. 2005. Disponible en:
- https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\_mental/opsc\_est17.pdf.pdf

- 13. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. Disponible en: <a href="https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf">https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf</a>
- 14. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado nº 274 de 15 de noviembre de 2002. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41">https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41</a>
- 15. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196 (4286):129-36. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847460/
- 16. Lalonde, M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. 1974. Disponible en la web Public Health Agency of Canada website: <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf</a>
- 17. Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2018/C 252/10). Diario Oficial de la Unión Europa 18.7.2018. Disponible en: <a href="https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017IP0028&from=GA">https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017IP0028&from=GA</a>
- 18. Gómez-Beneyto M, Rodríguez Pulido F, Caamaño Sánchez V. Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018; 38(133): 19-43. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0019.pdf
- 19. Aminoff K, Boevink W, Crepaz-Keay D, et al. User empowerment in mental health— a statement by the WHO Regional Office for Europe. (Empoderamiento del usuario de salud mental: declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS; 2010. Original disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107275/E93430.pdf?sequence=1&isAllowed=y (traducido al español en

http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion\_Empoderamiento\_OMS.pdf)

- 20. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental, del Plan para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1985. 5; (13): 204-221. Disponible en: <a href="http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810">http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810</a>
- 21. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Encuesta Nacional de Salud. Salud Mental. [Web]. Disponible en: <a href="https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/ense/serie-historica/i/salud-mental">https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/ense/serie-historica/i/salud-mental</a>
- 22. Sánchez López M, Dresch V. The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. Psicothema. 2008; 20(4): 839- 43. Disponible en: <a href="http://www.psicothema.com/PDF/3564.pdf">http://www.psicothema.com/PDF/3564.pdf</a>
- 23. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD ME NTAL.pdf

- 24. Goodman R. The Strengths & Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-6.
- 25. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. 2014;43(2): 476-493. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/</a>
- 26. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Epidemiol Psichiatr Soc. 2009; 18(1): 23-33. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19378696">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19378696</a>.
- 27. World Health Organization. World Health Survey. Health statistics and information systems. [Web]. Disponible en: <a href="https://www.who.int/healthinfo/survey/en/">https://www.who.int/healthinfo/survey/en/</a>
- 28. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.EurNeuropsychopharma. 2011; 21 (9): 655-679. Disponible en: <a href="https://www.ecnp.eu/~/media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf">https://www.ecnp.eu/~/media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf</a>
- 29. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud año 2017. Disponible en: <a href="https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica">https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica</a> C&cid=1254736176783&menu=res ultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175
- 30. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. Disponible en:
- https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica C&cid=1254736176784&menu=res ultados&idp=1254735573175
- 31. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat. 2011;7(Suppl 1):3-7. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131101/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131101/</a>
- 32. López MA, Duran X, Alonso J, Martínez JM, Espallargues M, G. Benavides F. Estimación de la carga de enfermedad por incapacidad laboral permanente en España durante el período 2009-2012. Revista Española de Salud Pública. 2014; 88(3): 349-358. Disponible en: <a href="https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300005">https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300005</a>
- 33. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J; Grupo ESEMeD-España. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. Med Clin (Barc). 2006; 126(12): 445-51. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620730
- 34. Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria- BDCAP. [Web]. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm">https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estaMinisterio/SIAP/home.htm</a>
- 35. Ministerio de Sanidad. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria 2017. BDCAP Series 2. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Disponible en:
- https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud mental datos.pdf
- 36. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria- BDCAP. Medicamentos. [Web]. Disponible en:
- https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap/medicamentos

37. Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Informe general 2017 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Fondo documental. Publicaciones. 2017. [Web]. Disponible en:

https://www.institucionpenitenciaria.es/documents/20126/72836/Informe General 2017 acc.pdf/0567cd24-ae88-4391-84f0-8e92063b9176?version=1.0&download=true

- 38. Ministerio de Sanidad. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2018 [Web]. Disponible en:
- https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm
- 39. Ministerio de Sanidad. Información estadística de hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Sistema de información de atención especializada (SIAE). [Web]. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm">https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm</a>
- 40. Ministerio de Sanidad. Información estadística de hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Sistema de información de atención especializada (SIAE). [Web]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm
- 41. Ministerio de Sanidad. Información estadística de hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Sistema de información de atención especializada (SIAE), [Web]. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm">https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm</a>
- 42. Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC. Salud Mental infanto-juvenil: Prioridad de la humanidad. Quito: APAL-OPS; 2010
- 43. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. J Abnorm Psychol. 2018; 127(7): 1-16. Disponible en: <a href="https://www.researchgate.net/publication/324532491">https://www.researchgate.net/publication/324532491</a>
- 44. Jiménez, E. & cols. (2016): Riesgos y oportunidades en internet y uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015). Red.es-EHU
- 45. Organización Mundial de la Salud, OMS. CIE11, Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Disponible en: https://icd.who.int/es
- 46. Pedreira JL, Basile H. El acoso moral entre pares (bullying). En: Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC. Salud Mental Infanto-juvenil: Prioridad de la humanidad. Quito: Ediciones Científicas APAL-OPS (Sección V); 2010. p. 838-863
- 47. OECD. How much of a problem is bullying at school? PISA in Focus #74. 2017. Disponible en: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/728d6464-
- en.pdf?expires=1571142349&id=id&accname=guest&checksum=36C6145F90D384F9A76E155280484D0
- 48. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. Psychological Bulletin. 2014; 140(4): 1073-1137. Disponible en: <a href="https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0035618">https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0035618</a>
- 49. Fahy AE, Stansfeld SA, Smuk M, Smith NR, Cummins S, Clark C. Longitudinal Associations Between Cyberbullying Involvement and Adolescent Mental Health. J Adolesc Health. 2016; 59(5): 502-509. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27528471">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27528471</a>

- 50. Moreno C, Paniagua C, Rivera F et al. Adolescentes adoptados: análisis de sus estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Disponible en: <a href="http://www.mscbs.gob.es/fr/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014">http://www.mscbs.gob.es/fr/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014</a> AdolescentesAdoptados.pdf
- 51. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? Health Promot Int. 2011;26 (Suppl 1). doi: 10. 1093/heapro/dar075. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079935">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079935</a>
- 52. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. Child Dev. 2011; 82(1): 405-32. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21291449">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21291449</a>
- 53. McDaid D, Sassi F, Merkur S. Promoting Health, Preventing Disease. The Economic Case. European Observatory on Health Systems and Policies. OECD iLibrary. 2015. Disponible en: <a href="https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9">https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf</a>
- 54. Clarke AM, Bunting B, Barry MM. Evaluating the implementation of a school-based emotional well-being programme: a cluster randomized controlled trial of Zippy's Friends for children in disadvantaged primary schools. Health Educ Res. 2014; 29(5):786-98. doi: 10.1093/her/cyu047. Disponible en: https://academic.oup.com/her/article/29/5/786/2829551#
- 55. Eurostat. Causes of death deaths by country of residence and occurrence. Disponible en:

http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do

- 56. Eurostat. Causes of death standardised death rate by NUTS 2 region of residence. Disponible en: <a href="http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do">http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do</a>
- 57. Ministère des Solidarités et de la Santé. Observatoire national du suicide (ONS). [Web]. 2018. Disponible en: <a href="https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/">https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/</a>
- 58. OECD/EU (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris/EU, Brussels. Disponible en: https://doi.org/10.1787/health\_glance\_eur-2018-en
- 59. Nock MK, Hwang I, Sampson N, Kessler RC, Angermeyer M, et al. Cross-National Analysis of the Associations among Mental Disorders and Suicidal Behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLOS Medicine. 2009; 6(8): e1000123. Disponible en:

https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000123

- 60. Hoven CW, Mandell DJ, Bertolote JM. Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. Eur Psychiatry. 2010; 25(5): 252-6. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.01.011. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20452753
- 61. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. Psychol Med. 2003; 33(3): 395-405. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12701661">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12701661</a>

- 62. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Disponible en: <a href="https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779">https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779</a> eng.pdf;jsessionid=0E635E 2D1886F11F9FCA0A5924ABB2B1?sequence=1
- 63. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según causa de muerte año. Defunciones año 2018. [Web]. Publicado: 19/12/2019. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\_C&cid=1254736176780&menu=res ultados&idp=1254735573175
- 64. Montero Piñar I. Módulo 5. Salud Mental. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género el Salud, establecido mediante Convenio entre el Ministerio de Sanidad y Consumo (Observatorio de la Salud de la Mujer) y la Universidad Complutense de Madrid (Grupo de Investigación, Estilos Psicológicos, Género y Salud). Madrid 2006. Disponible en: <a href="http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo-05.pdf">http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo-05.pdf</a>
- 65. Crimlisk H, Welch S. Women and Psychiatry. Brit J Psychiatr. 1996; 169(1): 6-9. Disponible en: <a href="https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/women-and-psychiatry/72FBFE7D086338DF623FDA9200C02546">https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/women-and-psychiatry/72FBFE7D086338DF623FDA9200C02546</a>
- 66. Galdós P, van Os J. Gender, psychopathology and development: from puberty to early adulthood. Schizophrenia Research. 1995; 14(2): 105-112. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7710990">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7710990</a>
- 67. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Dirección General de Mujer e Igualdad de Oportunidades. Guía de Actuación en el Ámbito de la Salud Mental y Drogodependencia en Violencia de Género. Murcia. 2019. Disponible en: <a href="http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/15676904/Salud+Mental+y+Violencia+de+Género.pdf/88684cb4-cf0a-44c9-87c7-b5043313585c?version=1.0">http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/15676904/Salud+Mental+y+Violencia+de+Género.pdf/88684cb4-cf0a-44c9-87c7-b5043313585c?version=1.0</a>
- 68. Naciones Unidas. Asamblea General. Estudio temático sobre la cuestión de la violencia contra las mujeres y las niñas y la discapacidad. Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Consejo de Derechos Humanos 20º período de sesiones, A/HRC/20/5. 30 de marzo de 2012. Disponible en:

https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session20/A-HRC-20-5 sp.pdf

- 69. Council of Europe. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha de la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. 2011. Estambul. Disponible en: <a href="https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home">https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home</a>
- 70. Pedreira, JL; Rodríguez-Sacristán, J. Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de salud mental infanto-juvenil. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. 1992;12(43): 275-282
- 71. Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 14.10.2005 COM(2005) 484 final. 2005. Disponible en:

https://ec.europa.eu/health/ph\_determinants/life\_style/mental/green\_paper/mental\_gp\_es.pdf

72. Instrumento de ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado nº 96, de 21 de abril de 2008. Disponible en: https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf

- 73. Instrumento de ratificación del Protocolo Facultativo a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado nº 97, de 22 de abril de 2008. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6996">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6996</a>
- 74. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. Disponible en: <a href="https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf">https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf</a>
- 75. Foro Europeo de la Discapacidad. Asamblea General. Budapest 28, 29 de mayo de 2011. 2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea. Disponible en: <a href="http://www.edf-feph.org/other-publications">http://www.edf-feph.org/other-publications</a>
- 76. Informe por NilsMuižnieks, Comisario para los derechos humanos del Consejo de Europa tras su visita a España, del 3 al 7 de junio de 2013. Estrasburgo: Council of Europe, Commissioner for Human Rights; 2013. Disponible en: <a href="https://consaludmental.org/publicaciones/CommDH(2013)18">https://consaludmental.org/publicaciones/CommDH(2013)18</a> ES.pdf
- 77. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado nº 15, de 17 de enero de 1996. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069</a>
- 78. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013- 2020. [Internet]. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029 spa.pdf
- 79. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y acciones de políticas. Informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept. de Salud Mental y Abuso de Sustancias; en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. 2004. Disponible en. http://www.who.int/mental\_health/evidence/Prevention\_of\_mental\_disorders\_spanish\_version.pdf
- 80. Naciones Unidas. Asamblea General. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21. 35º periodo de sesiones. Consejo Derechos Humanos. Disponible en: <a href="https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement">https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement</a>
- 81. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015 Feb; 4(2): 61–64. Disponible en: <a href="https://www.ijhpm.com/article/2950/ea20f1b4fc4d613ac38b9a7a1bf85ea5.pdf">https://www.ijhpm.com/article/2950/ea20f1b4fc4d613ac38b9a7a1bf85ea5.pdf</a>
- 82. Ministerio de Sanidad. Consumo y Bienestar Social. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Disponible en:
- http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES 20 aprobada CM.pdf
- 83. Isometsä ET. Psychological autopsy studies--a review. Eur Psychiatry. 2001; 16(7): 379-385. doi:10.1016/s0924-9338(01)00594-6. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11728849/
- 84. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004; 4: 37. Published 2004 Nov 4. doi:10.1186/1471-244X-4-37. Disponible en: <a href="https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-37">https://bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-37</a>
- 85. Pedreira, J.L. Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. Revista Psicopatología y Psicologías Clínica. 2019; 24 (3): 215-235

86. European Union. EU Compass for Action on Mental Health and Wellbeing Annual Activity Reports of Member States And Stakeholders (2017). Disponible en:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\_health/docs/2017\_compass\_activityreport\_en.pdf

- 87. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la OMS. Disponible en: https://www.who.int/es/about/governance/constitution
- 88. Goldberg D, Huxley P. Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care. Tavistock: London.1980.
- 89. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. Grupo de trabajo: Comisión de Transversalidad de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad y Subcomisión Penitenciaria de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. 2014. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Estrategia Consenso-ACCESIBLE.pdf">https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Estrategia Consenso-ACCESIBLE.pdf</a>
- 90. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, INGESA. Guía de Gestión del hospital de día psiquiátrico. Web. Disponible en:

https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/psiquiatrico.htm

- 91. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de abril de 2019. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es
- 92. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación. Proyecto APEGO sobre evaluación y promoción de las competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. 2014. Parte 1 y Parte 2. Disponible en:

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud 5af9587b0c7e9 apego1.pdf; https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud 5af9587b0c840 Apego2.pdf

- 93. National Association of School Psychologists. "Supporting Children's Mental Health: Tips for Families and Educators". 2015. [Web]. Disponible en: www.nasponline.org
- 94. Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de asesoramiento científico técnico Avalia- t; 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-infancia/
- 95. Obertament. Dossiers del Tercer Sector. Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. Taula d'entitats del Terc. Sect. Soc. Catalunya, vol. 26, p. 18, 2013. [Web]. Disponible en: <a href="https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategias-contra-estigma-salud-mental/">https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategias-contra-estigma-salud-mental/</a>
- 96. Solmi M, Radua J, Olivola M. *et al.* Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* (2021). <a href="https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7">https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7</a>
- 97. McGorry, P. & Jackson, H.J. (Edts) (1999): The recognition and management of Early Psychosis. Cambridge: Cambridge University Press

- 98. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Fraguas D. DSM-5: ¿Síndrome de psicosis atenuada? Papeles del Psicólogo. 2013. 34(3): 190-207. Disponible en: http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2278.pdf
- 99. Yung AR and Jackson HJ. The onset of psychotic disorder: clinical and research aspects. En: McGorry PD and Jackson HJ. The recognition and management of early psychosis. Cambridge University Press, Cambridge, 1999, p. 27-49
- 100. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996; 30: 587-599.
- 101. Pedreira JL, García-Barrero L, Menéndez F, Tsiantis Y. Community Psychiatry in Child Mental Health: Therapeutic planning (en prensa)
- 102. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3 Salud y Bienestar: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Disponible en: <a href="https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/">https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/</a>
- 103. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Clinical Decision-Making: Predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*. 2008; 17(21): 2935- 2944. Disponible en: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19034992">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19034992</a>
- 104. Ministerio de Sanidad. Formación continuada y acreditación. Web. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/queEs.htm
- 105. Pedreira JL. Metodología de investigación en Psiquiatría, Psicopatología y Salud Mental. Madrid: Oficina del Defensor del Menor; 2001
- 106. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline
- 107. Banco de España. El impacto económico del COVId.19 en las empresas españolas según la encuesta del Banco de España sobre la actividad empresarial (EBAE). Boletín Económico. 1/2021. Disponible en: <a href="https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/21/T1/descargar/Fich/be2101-art04.pdf">https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/21/T1/descargar/Fich/be2101-art04.pdf</a>
- 108. Instituto Nacional de Estadística, INE. (28 de julio de 2020). Encuesta de Población Activa (EPA). Segundo trimestre de 2020. Disponible en: https://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0220.pdf
- 109. Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS. Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19. Número de estudio 332. Fecha 19 de febrero de 2021. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1\_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14551
- 110 Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020. Nota de prensa. Disponible en: <a href="https://www.ine.es/prensa/eese">https://www.ine.es/prensa/eese</a> 2020.pdf
- 111. O'Connor RC, Wetherall K, Cleare S, McClelland H, Melson AJ, Niedzwiedz CL, O'Carroll RE, O'Connor DB, Platt S, Scowcroft E, Watson B, Zortea T, Ferguson E, Robb KA. Mental health and wellbeing during the COVID-19 pandemic: longitudinal analyses of adults in the UK COVID-19 Mental Health & Wellbeing study. Br J Psychiatry. 2020 Oct 21:1-8. doi: 10.1192/bjp.2020.212. Epub ahead of print. PMID: 33081860; PMCID: PMC7684009. Disponible en:
- https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7684009/
- 112. Simón Expósito M, Navarro Bayón D. (2020). Informe. Estudio de necesidades post covid-19 en personas con trastorno mental: estudio realizado en los servicios y centros de rehabilitación psicosocial

de personas con trastorno mental de Grupo 5. Disponible en: <a href="https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-necesidades-covid19-trastorno-mental/">https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-necesidades-covid19-trastorno-mental/</a>

113. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. Brain Behav Immun. 2020 Jul;87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040. Epub 2020 May 13. PMID: 32405150; PMCID: PMC7219372. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7219372/

114. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, Muñoz M. Mental Health Consequences of the Coronavirus 2020 Pandemic (COVID-19) in Spain. A Longitudinal Study. Front Psychiatry. 2020 Nov 9;11:565474. doi: 10.3389/fpsyt.2020.565474. PMID: 33240123; PMCID: PMC7680731. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680731/

115. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MA, Saiz J, Muñoz M. Mental health consequences of the Covid-19 outbreak in Spain. A longitudinal study of the alarm situation and return to the new normality. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2021 Apr 20;107:110219. doi: 10.1016/j.pnpbp.2020.110219. Epub 2020 Dec 15. PMID: 33338556; PMCID: PMC7833458. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7833458/

116. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud [Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals]. Enferm Clin (Engl Ed). 2021;31:S35-S39. doi:10.1016/j.enfcli.2020.05.006. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7229967/

117. Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H (2021) Prevalence of depression, anxiety and posttraumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE 16(3): e0246454. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246454

118. Organización médica colegial. Repercusiones de la COVID sobre la salud y el ejercicio de la profesión de los médicos y médicas de España. Febrero 2021. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/resumen\_ejecutivo\_estudio\_impacto\_covid\_.pdf

119. Taquet M, Luciano S, Geddes JR, Harrison PJ. Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: retrospective cohort studies of 62 354 COVID-19 cases in the USA. Lancet Psychiatry. 2021 Feb;8(2):130-140. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30462-4. Epub 2020 Nov 9. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2021 Jan;8(1):e1. PMID: 33181098; PMCID: PMC7820108. Disponible en: <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036620304624?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036620304624?via%3Dihub</a>

120. Consejo General de Enfermería. Especialidades. [Web] Disponible en: <a href="https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/especialidades">https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/especialidades</a>

121. Constitución Española. BOE nº 311, de 29 de diciembre de 1978. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229</a>

122. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado nº 128, de 29 de mayo de 2003. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16

123. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Boletín Oficial del Estado nº 280, de 22 de noviembre de 2003. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-21340

- 124. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-16212">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-16212</a>
- 125. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado nº 299, de 15 de diciembre de 2006. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990</a>
- 126. Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial del Estado nº 184, de 2 de agosto de 2011. Disponible en: https://www.boe.es/eli/es/l/2011/08/01/26
- 127. Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Boletín Oficial del Estado nº 224, de 17 de septiembre de 2011. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/09/16/1276">https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/09/16/1276</a>
- 128. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado nº 240, de 5 de octubre de 2011. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33">https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33</a>
- 129. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado nº 289, de 3 de diciembre de 2013. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632</a>
- 130. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia española sobre discapacidad: 2012-2020. Real Patronato sobre Discapacidad. 2011. Disponible en: https://www.siis.net/documentos/ficha/197902.pdf
- 131. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en: <a href="https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA ABORDAJE CRONICIDA">https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA ABORDAJE CRONICIDA</a> D.pdf
- 132. Instrumento de Ratificación del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950, y enmendado por los Protocolos adicionales números 3 y 5, de 6 de mayo de 1963 y 20 de enero de 1966, respectivamente. Boletín Oficial del Estado nº 243, de 10 de octubre de 1979. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1979-24010
- 133. Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Boletín Oficial del Estado nº 103, de 30 de abril de 1977. Disponible en <a href="https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-10733">https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-10733</a>
- 134. Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. Boletín Oficial del Estado nº 103, de 30 de abril de 1977. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/diario">https://www.boe.es/diario</a> boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10734
- 135. Instrumento de Ratificación de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, hecha en Nueva York el 10 de diciembre de 1984. Boletín Oficial del Estado nº 268, de 9 de noviembre de 1987. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/diario\_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-25053">https://www.boe.es/diario\_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-25053</a>

- 136. Instrumento de Ratificación del Convenio Europeo para la prevención de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, hecho en Estrasburgo el 26 de noviembre de 1987. Boletín Oficial del Estado nº 159, de julio de 1989. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-15618">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-15618</a>
- 137. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Boletín Oficial del Estado nº 313, 31 de diciembre de 1990. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/diario">https://www.boe.es/diario</a> boe/txt.php?id=BOE-A-1990-31312
- 138. Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado nº 251, de 20 octubre de 1999. Disponible en: <a href="https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638">https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638</a>
- 139. Barrios Flores LF. Derechos Humanos y salud mental en Europa. Norte de salud mental. 2010; 8(36): 55-67. Disponible en: <a href="https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/376944">https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/376944</a>
- 140. Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre la promoción de la salud mental. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (2000/C 86/01), 24 de marzo de 2000. Disponible en: <a href="https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0324(01)&from=ES">https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000Y0324(01)&from=ES</a>
- 141. Consejo de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo de 2 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Diario Oficial de la Unión Europea (2003/C 141/01), 17 de junio de 2003. Disponible en: <a href="https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003XG0617(01)&from=ES">https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003XG0617(01)&from=ES</a>
- 142. Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 15 de julio de 2003 sobre el fomento del empleo y de la inclusión social de las personas con discapacidad. Diario Oficial de la Unión Europea (2003/C 175/01), 24 de julio de 2003. Disponible en: <a href="https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX.32003G0724(01)&from=ES">https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX.32003G0724(01)&from=ES</a>
- 143. Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2004) 10 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la protección de los derechos de hombres y mujeres y de la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales. Adoptada por el Comité de Ministros el 22 de septiembre de 2004 en la 896ª reunión de viceministros. 2004. Disponible en: https://search.coe.int/cm/Pages/result\_details.aspx?ObjectID=09000016805dc0c1
- 144. Consejo de Europa. Recomendación CM/Rec (2009) 3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales. Adoptada por el Comité de Ministros el 20 de mayo de 2009 en la 1057ª reunión de viceministros. 2009. Disponible en:
- https://search.coe.int/cm/Pages/result\_details.aspx?ObjectId=09000016805d1129
- 145. Parlamento Europeo. Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica (2016/2096(INI). P8\_TA (2017)0028. Diario Oficial de la Unión Europea (2018/C 252/10). Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2017-0028 ES.html?redirect
- 146. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Resolución 2291 (2019). Poniendo fin a la coerción en salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. Texto adoptado por la

Asamblea el 26 de junio de 2019. Disponible en: <a href="http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038&lang=en">http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038&lang=en</a>

147. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Recomendación 2158 (2019). Poniendo fin a la coerción en salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos humanos. Texto adoptado por la Asamblea de 26 de junio de 2019. Disponible en:

http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-

EN.asp?fileid=28041&lang=EN&search=Y2F0ZWdvcnlfc3RyX2VuOiJBZG9wdGVklHRleHQifHR5cGVfc3RyX2VuOlJlY29tbWVuZGF0aW9u

148. Eu Joint Action on Mental Health and Wellbeing. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing. Final Conference- Brussels, 21-22 January 2016. Disponible en:

https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides for applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action en.pdf

149. Killaspy H, McPherson P, Samele CH, et al. Providing community based mental health services: position paper. Brussels: European Commission. 2018. Disponible en:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental health/docs/2018 compass positionpaper en.p df

150. Comisión Europea. *Horizon 2020. Work Programme 2018-2020.* "Health, demographic change and well- being". European Commission Decision C (2019) 4575, de 2 de julio de 2019. Disponible en: <a href="https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2018-2020/main/h2020-wp1820-health-en.pdf">https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2018-2020/main/h2020-wp1820-health-en.pdf</a>

151. Instrumento de ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado nº 96, de 21 de abril de 2008. Disponible en <a href="https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf">https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf</a>

152. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. Sexto período de sesiones, 19 a 23 de septiembre de 2011. Examen de los informes presentados por los Estados parte en virtud del artículo 35 de la Convención. Observaciones finales del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, España. CRPD/C/ESP/CO/1. 19 de octubre de 2011. Disponible en: <a href="https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/463/54/PDF/G1146354.pdf?OpenElement">https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/463/54/PDF/G1146354.pdf?OpenElement</a>

153. Naciones Unidas. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general sobre el artículo 12: igual reconocimiento como persona ante la ley. 11º período de sesiones, 30 de marzo a 11 de abril de 2014. CRPD/C/11/4. 25 de noviembre de 2013. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/491/46/pdf/G1349146.pdf?OpenElement

154. United Nations. General Assembly. Mental health and human rights. Resolution adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016. Thirty second session. A/HRC/RES/32/18, 18 de julio,2016. Disponible en: http://undocs.org/A/HRC/RES/32/18

155. Naciones Unidas. Asamblea General. 36º período de sesiones, 11 a 29 de septiembre de 2017. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. A/HRC/36/L.25. 26 de septiembre de 2017. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/LTD/G17/281/35/pdf/G1728135.pdf?OpenElement

156. Naciones Unidas. Asamblea General. Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de España. CRC/C/ESP/CO/5-6. 5 de marzo de 2018. Disponible en: <a href="https://documents-dds-">https://documents-dds-</a>

ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/057/16/pdf/G1805716.pdf?OpenElement

157. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con Discapacidad. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España (\*Aprobadas por el Comité en su 21er período de sesiones (11 de marzo a 5 de abril de 2019). CRPD/C/ESP/CO/2-3. 13 de mayo de 2019. Disponible en: <a href="https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/137/21/pdf/G1913721.pdf?OpenElement">https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/137/21/pdf/G1913721.pdf?OpenElement</a>

158. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 22º período de sesiones. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53. 1 de febrero de 2013. Disponible en: <a href="https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53">https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53</a> sp.pdf

159. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 29º periodo de sesiones. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, DainiusPūras. A/HRC/29/33. 2 de abril de 2015. Disponible en: <a href="https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/070/65/pdf/G1507065.pdf?OpenElement">https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/070/65/pdf/G1507065.pdf?OpenElement</a>

160. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 34º período de sesiones, 27 de febrero a 24 de marzo de 2017. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/HRC/34/58. 20 de diciembre, 2016. Disponible en: <a href="https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/69/PDF/G1643669.pdf">https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/69/PDF/G1643669.pdf</a>

161. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 35º período de sesiones, 6 a 23 de junio de 2017. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. A/HRC/35/21. 28 de marzo de 2017. Disponible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/pdf/G1707609.pdf?OpenElement

162. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 40º período de sesiones, 25 de febrero a 22 de marzo de 2019. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Derechos de las personas con discapacidad. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. A/HRC/40/54. 11 de enero de 2019. Disponible en:

https://www.un.org/en/ga/search/view\_doc.asp?symbol=A/HRC/40/54&Lang=S

163. WHO Regional Office for Europe. The European Mental Health Action Plan 2013–2020. (2015). Disponible en:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175672/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y