

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Período 2022-2026

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Período 2022-2026

Documento aprobado por el Comité Institucional de la
Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.
Aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema
Nacional de Salud del día 2 de diciembre de 2021.

Versión v. 2021 11 25



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18 - 28014 Madrid

NIPO papel: 133-22-018-X

NIPO en línea: 133-22-021-3

DEPÓSITO LEGAL: M-10885-2022

Imprime: Gráficas Naciones, S.L.
C/Guadiana, 8
28110 ALGETE (Madrid)

<https://cpage.mpr.gob.es/>

Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Período 2022-2026



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

Coordinador técnico:

Andrés G. Suárez Alonso. Subdirección General de Calidad Asistencial. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.

Comité asesor:

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. Profesor de Psicopatología, UNED.

Julio Piedra Cristóbal. Trabajador social. Servicio Andaluz de Salud.

Comité institucional de las comunidades autónomas:

Andalucía: Javier Romero Cuesta.

Aragón: José Manuel Granada López.

Asturias: María del Mar Fernández Fernández.

Canarias: Natalia González Brito.

Cantabria: Miguel Mateo Soler.

Castilla-La Mancha: Teresa Rodríguez Cano.

Castilla y León: María Ángeles de Álvaro Prieto.

Cataluña: Aina Plaza Tesás.

Extremadura: Beatriz Martín Morgado.

Galicia: María Tajés Alonso.

Islas Baleares: José Oriol Lafau Marchena.

La Rioja: José Manuel Azcona Gutiérrez.

Madrid: Mercedes Navío Acosta.

Murcia: María José Lozano Semitiel.

Navarra: Iñaki Arrizabalaga Echegoena.

País Vasco: José Andrés Martín Zurimendi, José Antonio de la Rica Giménez.

C. Valenciana: María Amparo García Layunta.

INGESA (Ceuta y Melilla): Teresa García Ortiz.

Plan Nacional sobre Drogas: Joan Ramón Villalbí Hereter.

Sociedades científicas, asociaciones, organizaciones y otros expertos consultados:

Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESM): Marciano Tomé Alonso.

Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN): Mikel Munarriz Ferrándiz.

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP): Alma Dolores Martínez de Salazar Arboleas.

Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA): M^a Luisa Lázaro García.

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS): Miguela Arévalo García-Gasco.

Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR): Félix Inchausti Gómez.

Asociación “Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes” (DSAS): Cecília Borràs.

Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME): Juan Sergio Fernández Ruiz.

Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP): Germán López-Cortacans.

Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP): Ángeles Castro Masó.

Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP): Martín L. Vargas Aragón.

Plataforma de Asociaciones de Profesionales por la Salud Mental de la Infancia y de la Adolescencia: Carlos Imaz Roncero.

Red AIPIS-FAeDS (Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio y Familiares y Allegados en Duelo por Suicidio): Javier Jiménez Pietropaolo.

Sociedad Científica de Terapia Ocupacional (SOCINTO): Adriana Ávila Álvarez.

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN): Alberto Fernández Martínez.

Sociedad Española de Epidemiología (SEE): Jordi Alonso.

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG): Belén González Glaría.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC): Aurora Fernández Moreno.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen): Vicente Gasull Molinera.

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMGe): Antonio Torres Villamor.

Sociedad Española de Patología Dual (SEPD): Néstor Szerman Bolotner.

Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental: Celso Arango López.

Sociedad Española de Psiquiatría Legal: Alfredo Calcedo Barba.

Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA): Roque Prego Dorca.

UNICEF España: Sara Collantes Mateos.

Adriana Goñi Sarriés. Psicóloga especialista en psicología clínica. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Comisiones Nacionales de Especialidad consultadas:

Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería de Salud Mental: Elisabeth Cheneau.

Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica: José López Santiago.

Comisión Nacional de la Especialidad de Psiquiatría: Celso Arango López.

Ministerio de Sanidad:

Dirección General de Salud Pública: Pilar Aparicio Azcárraga.

Subdirección General de Calidad Asistencial: Yolanda Agra Varela, Paloma Calleja Toledano, Andrés G. Suárez Alonso.

Observatorio de Salud de las Mujeres: Rosa López Rodríguez.

Subdirección General de Promoción y Prevención de la Salud: Pilar Campos Esteban.

Subdirección General de Sanidad Ambiental y Salud Laboral: Monserrat García Gómez.

Subdirección General de Formación y Ordenación Profesional. Dirección General de Ordenación Profesional: Pilar Carbajo Arias.

Miguel de Bustos Guadaño. Subdirección General de Información Sanitaria. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Consumo:

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, AESAN: Isabel Peña-Rey Lorenzo

Dirección General de Ordenación del Juego: Mikel Arana Etxezarreta.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030:

Dirección General de Derechos de las Personas con Discapacidad: Jesús Martín Blanco.

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 el comité asesor. El texto final, no refleja necesariamente las opiniones de todos los participantes en el complejo proceso de redacción.

Índice

Presentación	11
I. Introducción	13
II. Nota técnica	15
III. Aspectos generales	17
a. Justificación	17
b. Finalidad de la Estrategia: misión, visión, valores, objetivo general y principios	18
Misión	18
Visión	19
Valores	19
Objetivo general	19
Principios	19
c. Población diana	22
d. Análisis de situación	22
Antecedentes	22
Epidemiología de la salud mental	26
Recursos de atención a la salud mental	44
La salud mental infanto-juvenil	52
La evolución de los problemas de salud mental. La rehabilitación y reinserción social: la intervención basada en la recuperación	55
La conducta suicida como un problema de salud pública	56
Salud mental y género	57
Salud mental y trabajo	60
Análisis DAFO	62
IV. Líneas estratégicas	67
Línea estratégica 1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona	67
Línea estratégica 2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental	74
Línea estratégica 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida	79
Línea estratégica 4. Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario	83

Línea estratégica 5. Salud mental en la infancia y en la adolescencia	92
Línea estratégica 6. Atención e intervención familiar	100
Línea estratégica 7. Coordinación	103
Línea estratégica 8. Participación de la ciudadanía	106
Línea estratégica 9. Formación	108
Línea estratégica 10. Investigación, innovación y conocimiento	112
V. Salud mental en tiempos de pandemia	119
VI. Evaluación	125
VII. Anexo marco normativo	141
VIII. Abreviaturas y acrónimos	153
IX. Índice de figuras y tablas	155
X. Bibliografía	157

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. 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 2022-2026, 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 presente actualización de la Estrategia supone el resultado de un diálogo profundo sobre la salud mental entre todos los actores implicados. Un proceso que ha puesto de manifiesto valores fundamentales de nuestro Sistema Nacional de Salud, especialmente cuando hablamos de salud mental: la colaboración y la corresponsabilidad institucional de las comunidades autónomas; la implicación de las y los profesionales y sus organizaciones; la participación de las sociedades científicas; y, especialmente, el protagonismo de las personas con problemas de salud mental y familiares, que a través de sus organizaciones, han realizado aportaciones innovadoras que ha permitido avanzar en el empoderamiento de las mismas.

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 el alcance de esta nueva estrategia.

Por último, se incorpora en este documento un análisis del impacto de la COVID-19 en la salud mental, puesto que la pandemia ha puesto de manifiesto la necesidad de mejorar nuestras capacidades de atención en este ámbito, con especial foco en los colectivos más vulnerables.

Con la publicación de estrategia participada establecemos el marco en que podrán inscribirse las acciones orientadas a mejorar la salud mental de la población en el periodo 2022-2026, incluyendo la respuesta a situaciones coyunturales como el Plan de Acción Salud Mental y COVID-19 para el periodo 2022-2024, creado bajo las líneas maestras de este documento.

Mi agradecimiento a todas las personas que han participado en la elaboración de este documento que, sin duda, contribuirá a mejorar las capacidades del SNS para mejorar la salud mental de la ciudadanía en los próximos años.

Carolina Darias
Ministra de Sanidad

I. Introducción

La mejora de la calidad asistencial ha sido siempre inherente a los principios del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), como se desprende de la Ley General de Sanidad. (1) Esta ley supuso el marco de referencia en el tema de la calidad en los servicios sanitarios que ha sido objeto de desarrollo normativo en las distintas comunidades autónomas.

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. (2) Esa estrategia, incluida en el Plan de Calidad de 2010 (3), sirvió de herramienta y marco de referencia para el despliegue de programas y acciones que se fueron desarrollando en España sobre salud mental. El Plan de Calidad de 2010 contribuyó a la financiación de proyectos concretos en temas relevantes en salud mental, como: la celebración en el marco de la Presidencia Europea, la Conferencia “*Mental Health and Well-being of Older People-Making it Happen*” (4), que permitió 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 Quality 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 de 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. (7)

A continuación, se elaboró una 2ª versión de la Estrategia que sería aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS (en adelante, CISNS) en 2009 (Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013). (8)

A partir de la evaluación de esa 2ª versión, en 2016 se presentó al CISNS una nueva 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 inclusión social, la lucha contra el estigma, la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas de salud mental, 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.

Esta estrategia está presidida por el respeto y promoción de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. En este sentido, la estrategia invoca los principios generales enunciados en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual y la independencia, y la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.

Asimismo, reafirma el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y poniendo de relieve que la salud mental es una parte esencial de ese derecho.

En definitiva, trata de proteger, promover y respetar todos los derechos humanos en la respuesta global a las cuestiones relacionadas con la salud mental.

En la actualidad, en la Región de Europa de la OMS la salud mental se ha identificado como una prioridad clave a través del programa de trabajo *European Programme of Work, 2020-2025 “United Action for Better Health”*, que estableció las prioridades de salud para los próximos años. Para atender estas prioridades, la OMS/Europa ha identificado 4 iniciativas bandera. Uno de ellas es el lanzamiento de una Coalición de Salud Mental en 2021, que reunirá a los países de la Región Europea, así como a usuarios y proveedores de servicios. (12)

La OMS prevé que la Coalición de Salud Mental ayudará a cambiar la forma en que las sociedades de la Región de Europa consideran la salud mental, y también ayudará a los países a mejorar la forma en que sus servicios de salud trabajan con las personas y las comunidades para mejorar su salud mental.

II. Nota técnica

Este documento consta de diez partes diferenciadas:

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.
2. Nota técnica.
3. Aspectos generales, abordan la justificación de la Estrategia de salud mental, finalidad, población diana y el análisis de situación.
4. Líneas estratégicas, desarrollan los principios básicos de la estrategia:
Línea 1: Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona.
Línea 2: Promoción de la salud mental en la población y prevención de los problemas de salud mental.
Línea 3: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
Línea 4: Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario.
Línea 5: Salud mental en la infancia y en la adolescencia.
Línea 6: Atención e intervención familiar.
Línea 7: Coordinación.
Línea 8: Participación de la ciudadanía.
Línea 9: Formación.
Línea 10: Investigación, innovación y conocimiento.
5. Salud mental en tiempos de pandemia.
6. Evaluación.
7. Anexo normativo sobre salud mental.
8. Abreviaturas y acrónimos.
9. Índice de figuras y tablas.
10. Bibliografía.

III. Aspectos generales

a. Justificación

La atención a la salud mental de las personas y de las comunidades de las que éstas forman 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 la Declaración de Helsinki de la Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental de 2005, “no hay salud sin salud mental”. (13)

El cuidado a la salud mental aún sigue siendo una cuestión insuficientemente atendida. El 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 toma de conciencia sobre la salud mental producen que en muchas ocasiones la sociedad discrimine, rechace o estigmatice a las personas con problemas de salud 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)

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 inclusión social de las personas con problemas de salud mental. 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 discriminatorias.

Cuando no se considera a la persona en su diversidad pueden producirse graves vulneraciones de derechos. Los problemas de salud mental, por acción y efecto del estigma, se erigen en una suerte de etiqueta tras la que la persona queda anulada impidiendo su 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.

(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. (15)

En este contexto y como respuesta a la sensibilidad y empatía que los problemas de salud mental despiertan entre la ciudadanía, profesionales, gestores de servicios sociales y sanitarios, asociaciones de personas con problemas de salud mental, sus familiares y personas allegadas, desde el Ministerio de Sanidad se estableció entre sus principales objetivos la atención integral a la salud mental.

Por ello, a lo largo de la última década este Ministerio de Sanidad ha liderado la elaboración y puesta en marcha de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, contando para ello con las personas con problemas de salud mental, sus familiares y personas allegadas, los y las profesionales, a través de sus organizaciones, y los gestores de servicios sociales y sanitarios.

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 comité asesor (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 surgidas en los campos científicos y organizativos y las consideraciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a la propuesta presentada con anterioridad (secuencia completa que se detalla en el apartado dedicado a la Introducción).

El objetivo de esta Estrategia es proporcionar una herramienta útil para la mejora de la salud mental de la población, atender y acompañar de forma integral a las personas con problemas de salud mental desde una perspectiva exigente de derechos humanos, apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e inclusión social.

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

Misión

Establecer objetivos y recomendaciones orientados a la mejora de la salud mental de la población, detección precoz y atender de forma efectiva a las personas con problemas de salud mental, desde el momento en que se presentan, independientemente de su edad o nivel de desarrollo, y desde el respeto a sus decisiones y sus derechos apoyar a sus familias y promover un modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la recuperación y la inclusión social.

Visión

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

Valores

Esta estrategia se basa en la importancia de la promoción de la salud mental y en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental buscando la equidad, la sostenibilidad y la calidad en la atención a las personas con problemas de salud mental, basada en el modelo de recuperación y en su entorno, incorporando la participación ciudadana y todo 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 Sistema Nacional de Salud”.

Principios

Esta Estrategia parte de la convicción de que cualquier actuación o modelo debe respetar los derechos humanos 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.

La Estrategia aborda los problemas de salud mental desde la perspectiva de integrar los aspectos biológicos, los factores psicológicos y sociales. Por ello es importante contemplar la interacción de estos factores y comprenderlos desde la perspectiva de integrar los factores de vulnerabilidad (caracterizados por ser de tipo psicobiológico) con los factores de riesgo (definidos como de tipo psicosocial), así como los factores protectores y de potenciar la resiliencia, considerándola como una base constitucional y la interacción con el entorno psicosocial en que se produce, tal como lo teoriza Rutter (14).

La estrategia busca promover el abordaje diagnóstico y terapéutico de los problemas de salud mental empleando herramientas e intervenciones que hayan demostrado evidencia científica.

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 en nuestro ordenamiento jurídico, el 3 de mayo de 2008, de la Convención de la ONU de los derechos de las personas con discapacidad (80), se abordan los problemas de salud mental como una cuestión de derechos humanos y desde una perspectiva donde predomina el modelo biopsicosocial. (15) Aumenta el convencimiento de que la persona con problemas de salud mental es titular de todos los derechos humanos, 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, así como a su representante legal si fuera necesario. (16)

- **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 y a las niñas 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.

- **Recuperación personal** . La recuperación es un proceso único e individual unido al desarrollo personal de cada individuo. Este proceso está ligado a una modificación sustancial de actitudes, valores, sentimientos, objetivos y roles de la persona con problemas de salud mental en la construcción de un proyecto de vida que no esté centrada en el diagnóstico y los síntomas del problema de salud, en la que la propia persona ocupa un rol protagonista. Ello está ligado al descubrimiento o redescubrimiento de un sentido de identidad personal separado de la enfermedad o discapacidad. Una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin que, necesariamente, se haya recuperado de su problema de salud (recuperación clínica).
- **Atención personalizada y segura** . 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 mejorar los 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 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 objetivo pueda alcanzarse refleja, en parte, la coordinación entre servicios y el grado de actuación armónica conjunta de los diversos servicios de un área local. La continuidad de cuidados es la capacidad de la red asistencial para proporcionar atención, cuidados y apoyo a lo largo de la vida de la persona (continuidad longitudinal) y de forma coherente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal), con un enfoque de atención comunitaria a la salud mental, en el que la coordinación de los servicios especializados en salud mental y en coordinación estrecha con la red comunitaria, como servicios sociales entre otros, garanticen la continuidad asistencial y de cuidados que debe venir prestada desde los equipos de salud mental de los diferentes dispositivos y desde la consideración de la implicación directa de las personas en su proceso.
- **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. Los 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

Esta estrategia está dirigida a toda la población, y especialmente a todas las personas con problemas de salud mental 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, a las familias de las personas con problemas de salud mental y a todas aquellas entidades académicas y sociales y agentes involucrados en la mejora de la salud mental en España.

d. Análisis desituación

Antecedentes

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Por tanto, se puede decir que no corresponde solo a la ausencia de problemas de salud mental, sino que está muy relacionado con la promoción del bienestar, la prevención de los problemas de salud mental y el tratamiento integral y 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. (17)

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como factores neurobiológicos, la interacción entre 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. (18)

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 los que se evalúa el progreso hacia sistemas de salud eficaces, accesibles y resistentes en toda la UE. En el informe publicado en 2018 (61) 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. Los datos estimados para España recogidos en el informe fueron: 45.058 millones de euros en coste total de los problemas de salud mental (4,2 % del PIB), repartidos en: 14.415 millones en costes directos en asistencia sanitaria, 12.318 millones en costes directos en programas de seguridad social y 18.325 millones de costes indirectos en relación con disminución de la productividad laboral. (61)

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 su proceso de recuperación a la propia persona que ha experimentado problemas en su salud mental. Es imprescindible evitar percepciones de la persona con problemas de salud mental como solamente alguien que sufre, poniendo énfasis en todo momento en sus fortalezas, capacidades y recursos y situándola en el centro, en definitiva, asumiendo la atención centrada en la persona.

Esta Estrategia se basa en el modelo de recuperación, en el cual se sitúa a la persona como protagonista de su proceso, y en el modelo de atención comunitaria. La recuperación es un proceso único e individual ligado al crecimiento personal y que a veces incluye un cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Proceso que tiene que ver con el retorno a un funcionalismo pleno del sujeto en todas las áreas de su vida (familiar, social, económica, laboral, académica, etc.) y que sin duda va más allá de la reducción de los síntomas.

Este modelo requiere un cambio en las relaciones entre las personas con problemas de salud mental y los profesionales de los ámbitos sanitario y social. Se precisa un giro hacia una posición de colaboración y construcción conjunta de planes de tratamiento, presentando desde el ámbito profesional las opciones terapéuticas existentes y apoyando a la persona con problemas de salud mental en la elección del camino de recuperación más adecuado a sus propios intereses y posibilidades.

El modelo de recuperación también va a implicar la consideración de la perspectiva de género en todas las actuaciones, para garantizar la adecuación de los programas y servicios de salud mental a las características diferenciales de mujeres y hombres, tal como recomiendan el Parlamento Europeo en Resolución del 14 de febrero de 2017. (19)

En 2018 se publicó la evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España (20) que se proponía en la Estrategia en Salud Mental del SNS aprobada en el CISNS en 2009. (8) Las conclusiones más importantes de este estudio fueron que las carencias más importantes en la implementación del modelo comunitario en 2014 se relacionaron con la ausencia de una perspectiva de salud pública, con la mala gestión y rendición de cuentas, y la ralentización del desarrollo de equipos, servicios y redes de servicios de orientación comunitaria.

El modelo se modificó poco globalmente entre 2008 y 2014, pero algunas prácticas clave, como la universalidad y gratuidad del sistema, la atención sectorizada, el acortamiento de los tiempos de espera, las subvenciones a las asociaciones de usuarios y familiares, y la aplicación de la [Ley 39/2006, de 14 de diciembre](#), de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se redujeron de forma sustancial en muchas comunidades coincidiendo con los peores años de la crisis económica.

Otras prácticas, como la historia clínica informatizada, los planes individualizados de atención y el tratamiento asertivo comunitario, incrementaron su cobertura en algunas comunidades a pesar de la recesión.

La Declaración de la Oficina Regional para Europa de la OMS “Empoderamiento del usuario de salud mental” (21) propone las acciones siguientes en relación con la educación y formación de los y las profesionales, usuarios/as, cuidadores/as y la comunidad (se citan de forma literal):

- “Los que diseñan e imparten la formación a los profesionales de salud mental tendrían que cooperar sistemáticamente con los usuarios y cuidadores”.
- Buscar formadores procedentes de diferentes campos, por ejemplo: de minorías étnicas o lingüísticas, o relacionados específicamente con niñas y mujeres con problemas de salud mental.
- Incluir el estigma de la enfermedad mental en el currículo de atención primaria y de los y las profesionales de salud mental.
- Ofrecer formación a actores sociales relevantes tales como policía y empresarios.
- Garantizar la paridad entre usuarios y no usuarios, mismos honorarios para un asesor profesional o formador sea, o no, usuario o cuidador.
- Ofrecer formación a usuarios y cuidadores en habilidades para participar en comisiones de trabajo y desarrollo del liderazgo.
- Desarrollo de rutas y vías para el usuario, en los roles y oportunidades que tienen las profesiones asistenciales a nivel de grado y postgrado”.

La aprobación de la **Ley General de Sanidad** de 1986 (1) supuso uno de los mayores hitos en la atención a la salud mental en el Estado Español al equiparar la atención de las personas con trastorno mental con la atención al resto de problemas de salud. Dicha Ley incorporó las líneas generales del 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 de 1985. (22) La implementación de dichas recomendaciones fue desigual, en particular en lo que respecta al desarrollo de algunos términos como, por ejemplo: servicios comunitarios, integración, rehabilitación, interconsulta, psicoterapia, trabajo comunitario, 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 los recursos necesarios para una coordinación efectiva entre el Sistema Nacional de Salud y los agentes sociales y comunitarios.

Para lograr esta situación es necesario:

- a. Potenciar la autonomía de las personas con problemas de salud mental, desarrollando sus capacidades, recursos, activos de salud o habilidades.
- b. Aumentar la posibilidad de tomar decisiones en diferentes esferas que afectan directamente a su desarrollo personal.
- 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

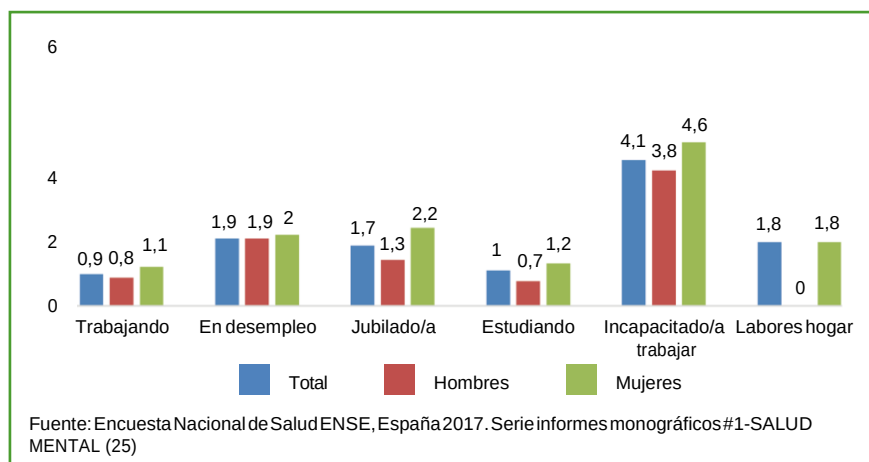
La [Encuesta Nacional de Salud \(ENSE\)](#) valora el riesgo de mala salud mental. (23)

En la población 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. (24)

Según los datos ofrecidos por la ENSE 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 1), 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). (25)

(ii) Los valores de la variable salud mental en población adulta oscilan entre 0 y 12 puntos, de mejor salud mental a peor. (24)



La ENSE valora también el riesgo de mala salud mental en la población infantil. (23) El riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años se mide con el cuestionario *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ). (iv,v) Estudia cinco dimensiones: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización o conducta prosocial. (vi,vii) (26). 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 8). La conducta prosocial (dimensión positiva) presenta valores más altos en niñas (9,2) que en 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 %. (31)

(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

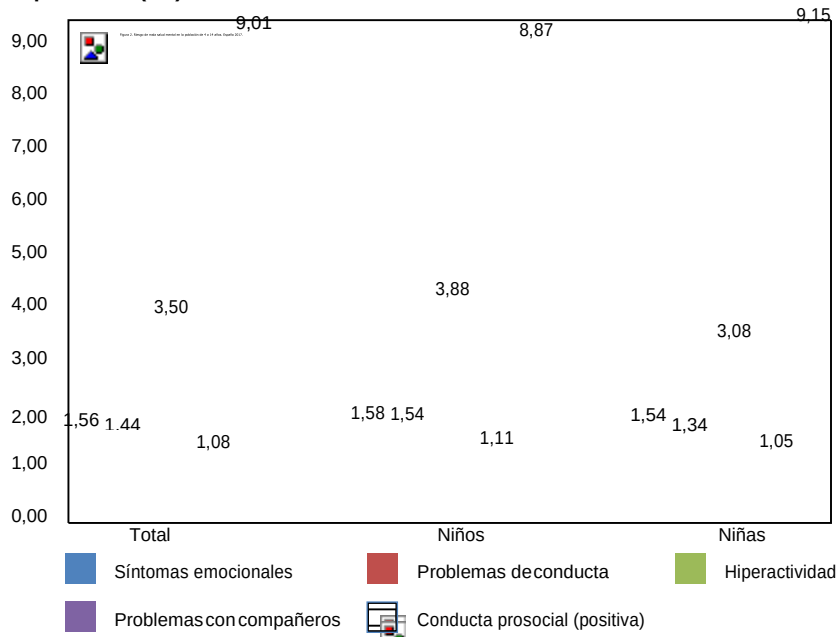
(iv) SDQ. *Information for researchers and professionals about the Strengths and Difficulties Questionnaires* 2014. www.sdqinfo.com.

(v) La Convención sobre los Derechos del Niño establece que “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad” (151)

(vi) El 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 ítems agrupados en 5 dimensiones

(vii) 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.

Figura 2. Riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años. España 2017 (viii)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1-SALUD MENTAL (25)

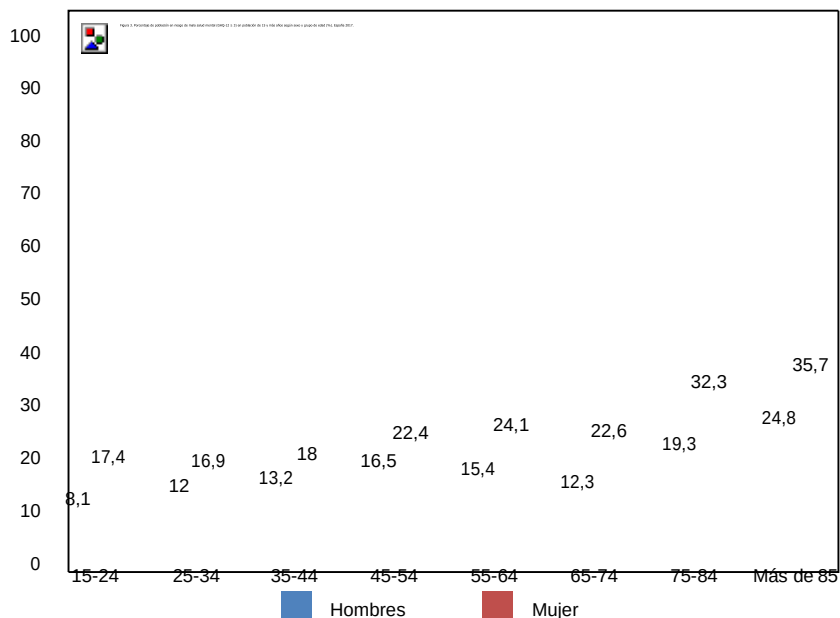
Población en riesgo de mala salud mental

Estratificando según el punto de corte establecido para estimar la población de 15 y más años en riesgo de padecer un trastorno mental ($\text{GHQ-12} \geq 3$) (ix), 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 3).

(viii) 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 “problemas con compañeros” y de peor a mejor para la escala de “conducta prosocial”.

(ix) 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.

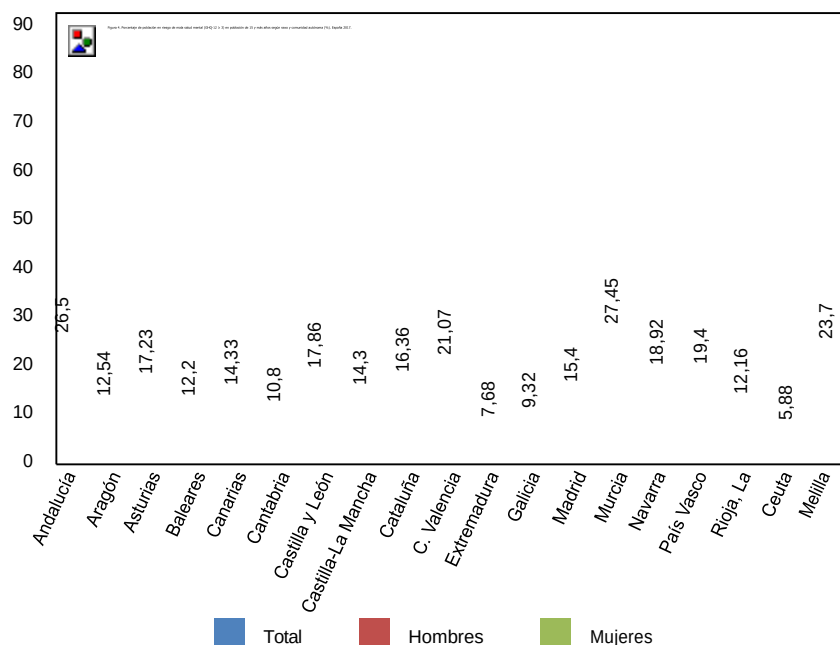
Figura 3. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental (GHQ-12 $\geq$ 3) en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1-SALUD MENTAL (25)

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 4). 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.

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 (25)

Población infantil en riesgo de mala salud mental (x)

Al estratificar según el punto de corte establecido para el SDQ (14 o más puntos) (xi), 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 %.

(x) La Convención sobre los Derechos del Niño establece que “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad” (151)

(xi) 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.

Tabla 1. Población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). 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			
De 4 a 9 años	14,20	16,62	11,57
De 10 a 14 años	11,91	14,41	9,32
Clase social			
I	8,54	10,50	6,66
II	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

Tabla 1. Población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). España, ENSE 2017. (Cont.)			
SDQ ≥ 14			
	Total	Niños	Niñas
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
*Ceuta y Melilla no se presentan por número de efectivos insuficiente. Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1-SALUD MENTAL (25)			

Tabla 2. Evolución de la población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). 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 (25)			

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. (27)

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. (28)

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). (29)

Según un estudio europeo de prevalencia de los trastornos mentales en Europa, cada año casi 165 millones de personas sufren un trastorno mental como depresión, ansiedad, insomnio o demencia. (30) El estudio calificó los trastornos mentales como “el mayor desafío de la Europa del siglo XXI”.

En Europa (30) 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 (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, demencias y trastornos por consumo de alcohol.

En España la ENSE y la Encuesta Europea de Salud en España (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 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 (xii). Se trata de cuestionarios diseñados para 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. (31,32)

En el momento de redacción de la Estrategia, la última Encuesta Europea de Salud en España (EESE) es del año 2020. (32)

Los principales resultados que refleja en salud mental en el año 2020 son: (xiii)

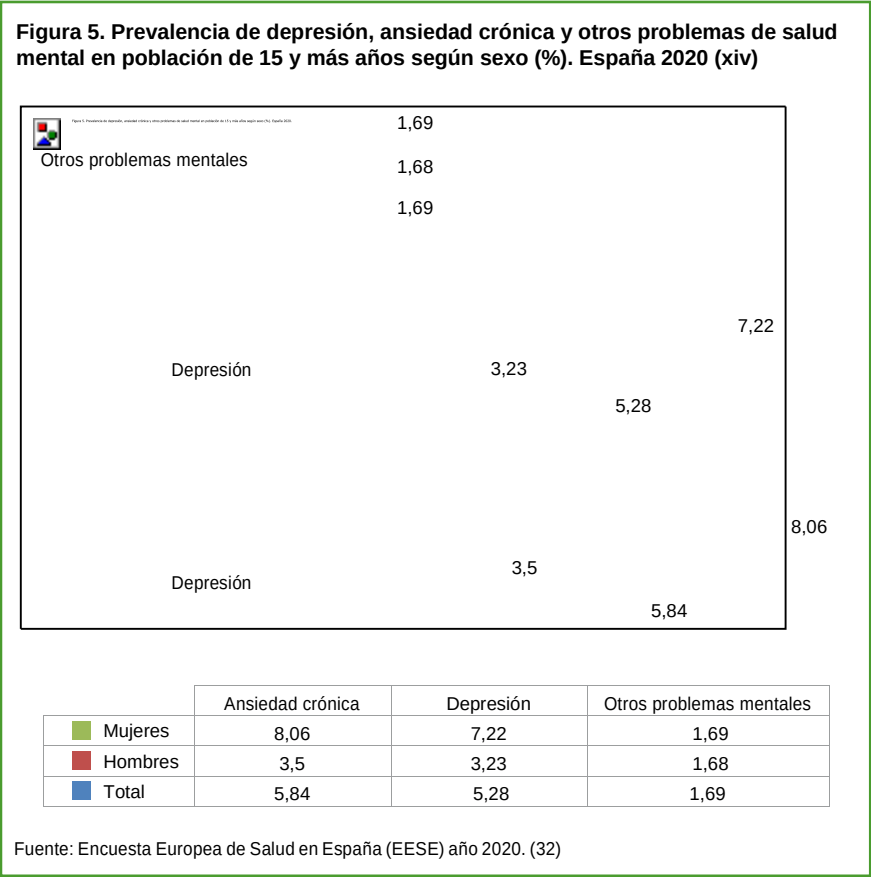
- Entre los **problemas de salud mental más frecuentes** están la ansiedad y la depresión.
- El 5,84 % de la población de 15 o más años declara haber sido diagnosticado de **ansiedad crónica**, 3,50 % de los hombres y 8,06 % de las mujeres.
- El diagnóstico de **depresión** se refiere en el 5,28 %. Al 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 **refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra** en los últimos 12 meses, 5,49 % de las mujeres y 4 % de los hombres.

(xii) Si bien la Convención sobre los Derechos del Niño establece que “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad” los resultados de la ENSE disponibles hasta la fecha se presentan divididos en dos grandes grupos: de 0 a 14 años y de 15 años en adelante.

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

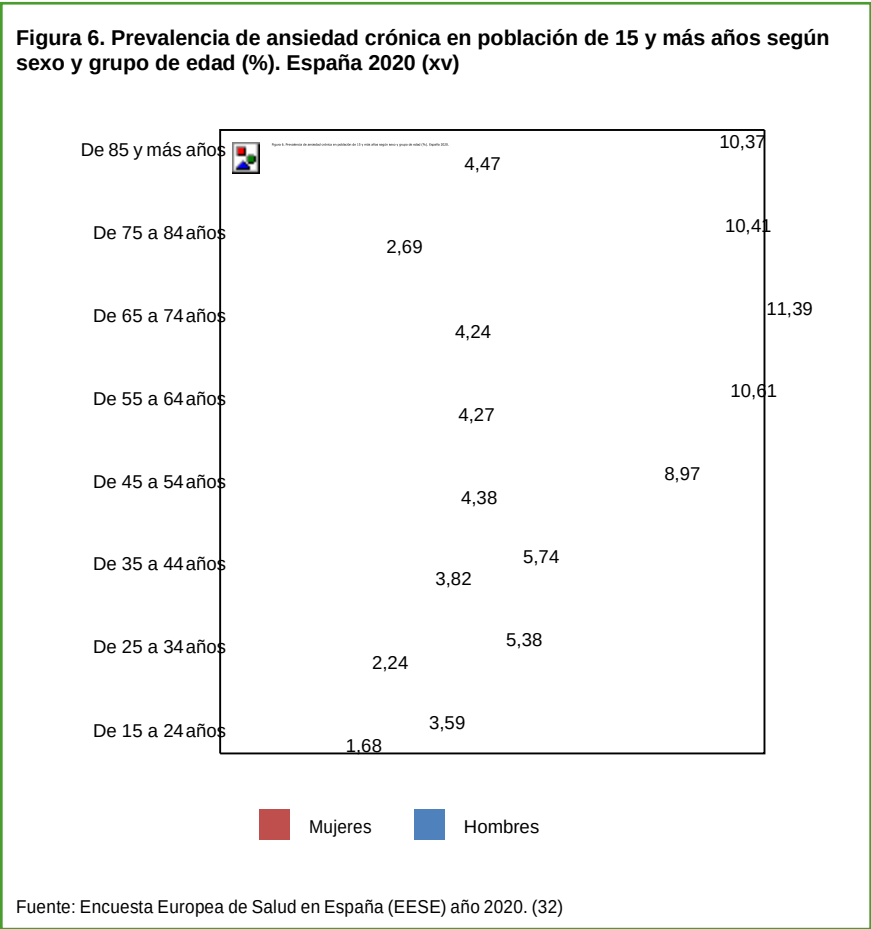
Los trastornos depresivos están detrás de gran cantidad de días laborales perdidos al año por enfermedad. (33,34 35,).

En la figura 5 se muestran los datos de prevalencia de depresión y ansiedad crónica en la población 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.



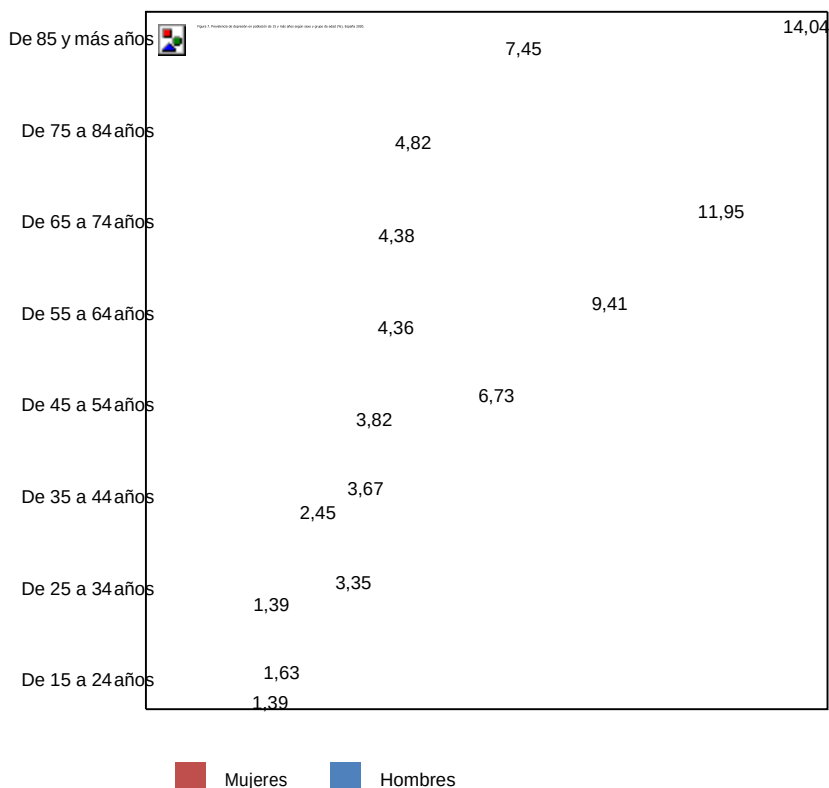
(xiv) Prevalencia autodeclarada en población no institucionalizada de 15 y más años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.

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.



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

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



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020. (32)

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.

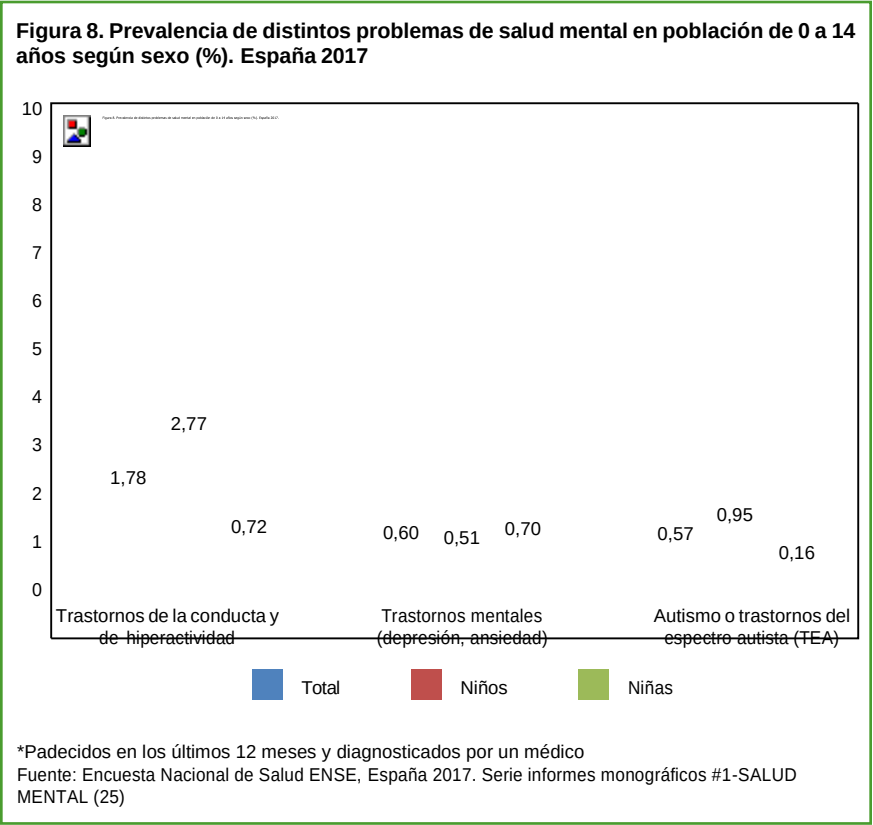
En cuanto a la **prevalencia de problemas de salud mental en población infantil** la Encuesta Europea de Salud en España no estudia esta población

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. (xvi)

En 2017 la prevalencia de menores que habían sido diagnosticados de trastornos de la conducta y de hiperactividad fue del 1,78 % (xvii), 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.

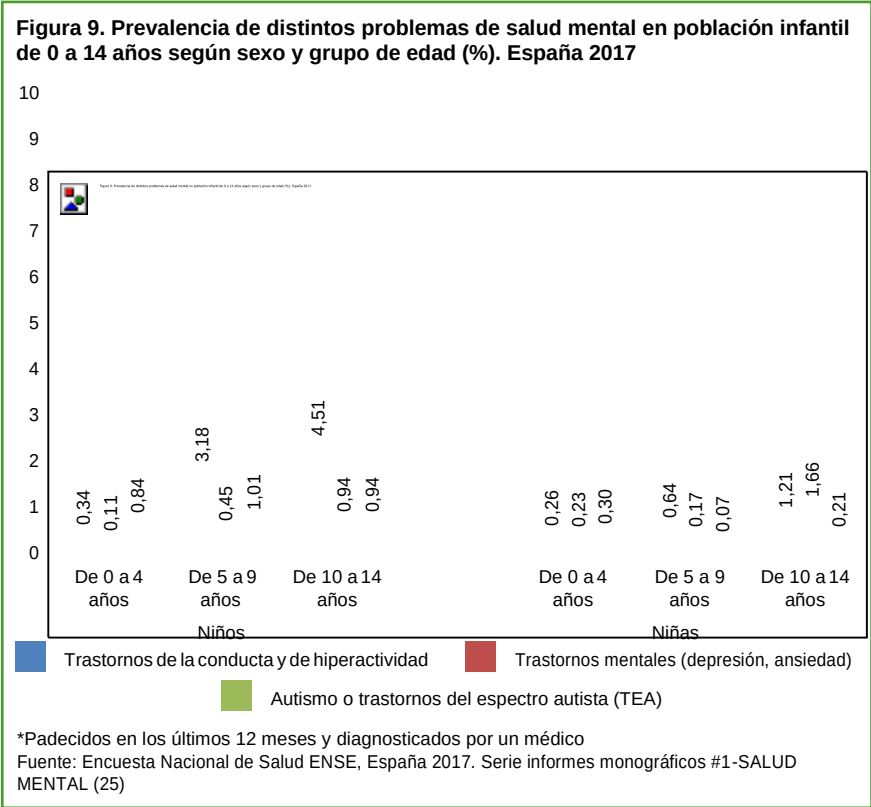
Los problemas de salud mental explorados fueron más frecuentes en varones, a expensas de los trastornos de la conducta y del espectro autista.



(xvi) Si bien la Convención sobre los Derechos del Niño establece que “se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad” los resultados de la ENSE disponibles hasta la fecha se presentan divididos en dos grandes grupos: de 0 a 14 años y de 15 años en adelante.

(xvii) Si bien desde la versión de la guía DSM-5 los trastornos de hiperactividad se encuentran separados de los trastornos de conducta (clasificándolos dentro de los trastornos del desarrollo neurológico), la ENSE de 2017 seguía mostrando el dato de prevalencia de ambos trastornos de forma conjunta, lo que no debe ser interpretado como que los trastornos de hiperactividad sean considerados en este documento como trastornos de conducta.

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.



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 de 0 a 14 años. España, ENSE 2006-2011-2017			
Problema de salud/año	2006	2011	2017
Trastornos de conducta y de 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 (25)

Registro de problemas de salud mental en atención primaria

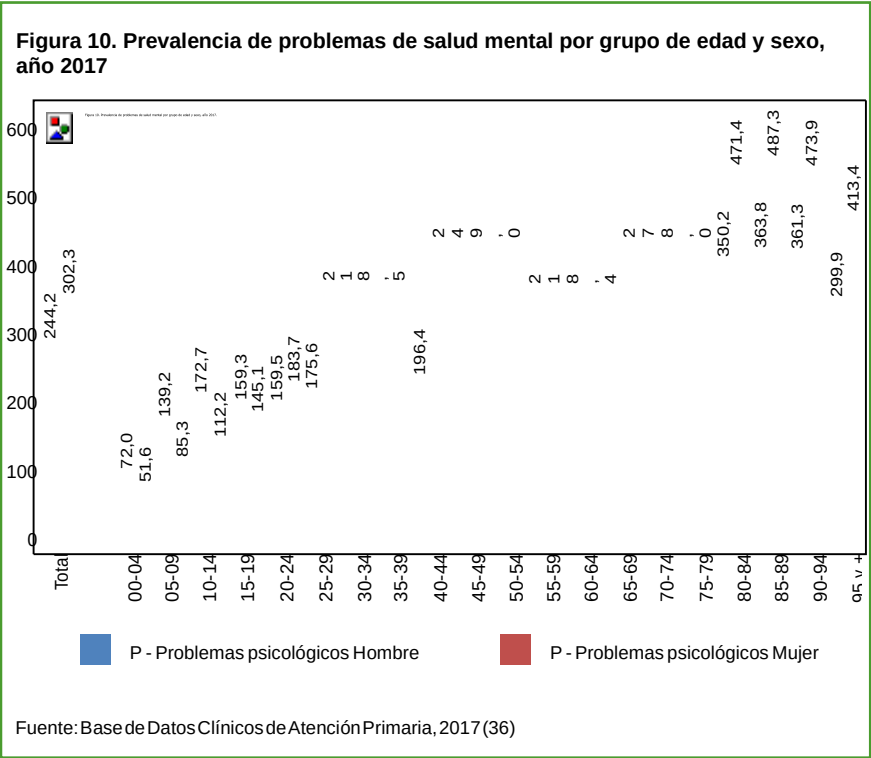
En España la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (en adelante, BDCAP) recoge información clínica de una amplia muestra (4,8 millones en 2017) de historias clínicas de las personas asignadas a atención primaria en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Anualmente se recopila, para cada individuo 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: (36,37)

- 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).

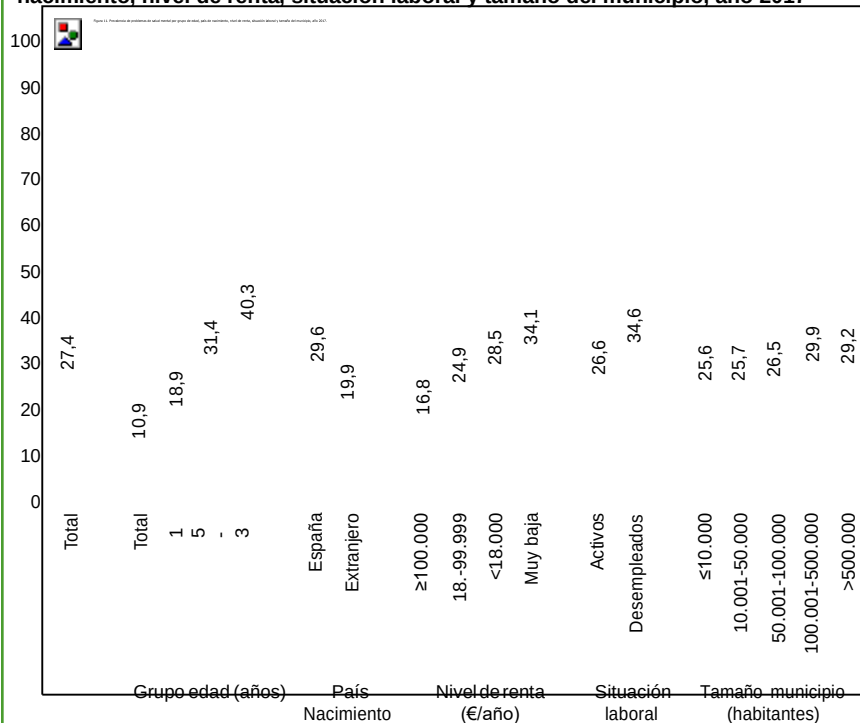
Analizando un poco más en profundidad estos datos, se observa que la prevalencia global registrada en atención primaria de problemas de salud mental en 2017 es del 27,4 % (porcentaje de personas asignadas a atención

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.



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 (36)

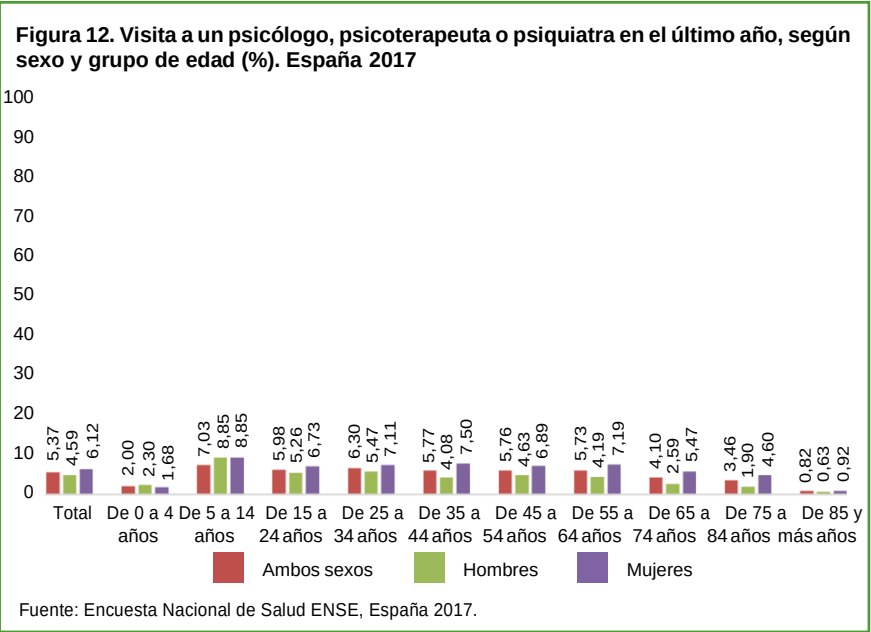
Consumo de psicofármacos

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). (38)

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 %).(25).

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.



Otro ámbito donde la atención a la salud mental requiere de una especial atención es en los centros penitenciarios. Los datos recogidos en la [Informe general 2017 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias](#) 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. (39)

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 en la atención a la salud mental en hospitales SNS, España. Año 2017			
	Gasto atención salud mental en hospitales	Gasto total atención especializada en hospitales	% sobre total
Hospitales de agudos*	945.452.666	38.806.337.865	2,44 %
Hospitales de media y larga estancia**	14.195.519	742.650.465	1,91 %
Hospitales de salud mental y toxicomanías	521.133.334	521.133.334	100 %
Total	1.480.781.519	40.070.121.664	3,70 %
*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) Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (43)			

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. (40)

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		Hospitales especializados		Hospitales de media y larga estancia en hospitales		Hospitales de salud mental y toxicomanías en hospitales		Total	
	Hospital	CEP	Hospital	CEP	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 (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. (40) En el año 2018 los centros que contaban con oferta asistencial de psiquiatría y psicología clínica fueron los siguientes:

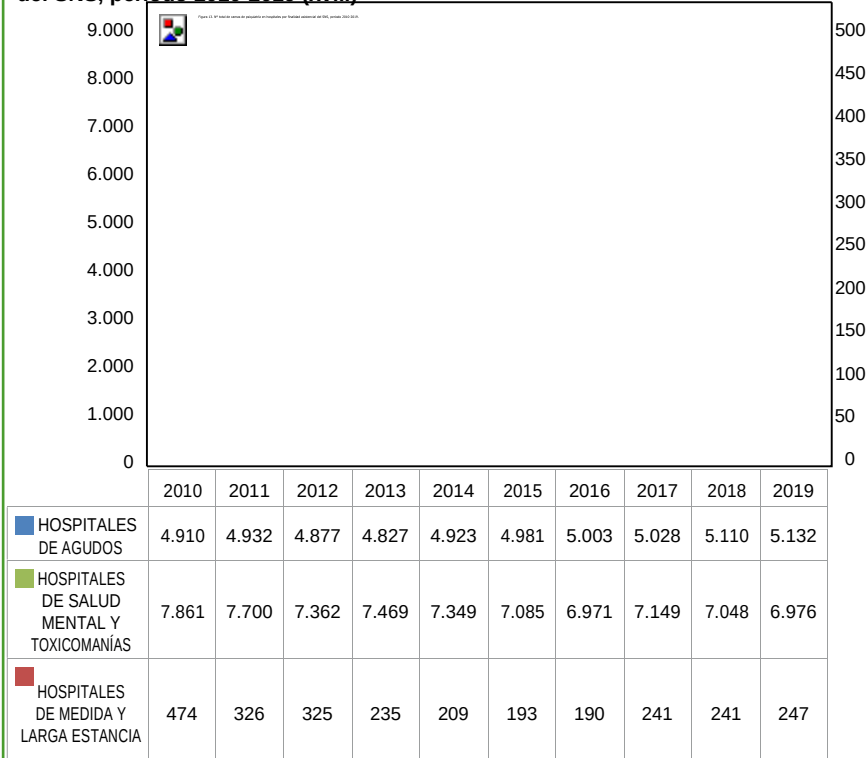
Tabla 6. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Año 2018

Oferta asistencial	Públicos		Privados		Total de centros	
	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 (42)

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 13. N° total de camas de psiquiatría en hospitales por finalidad asistencial del SNS, periodo 2010-2019 (xviii)



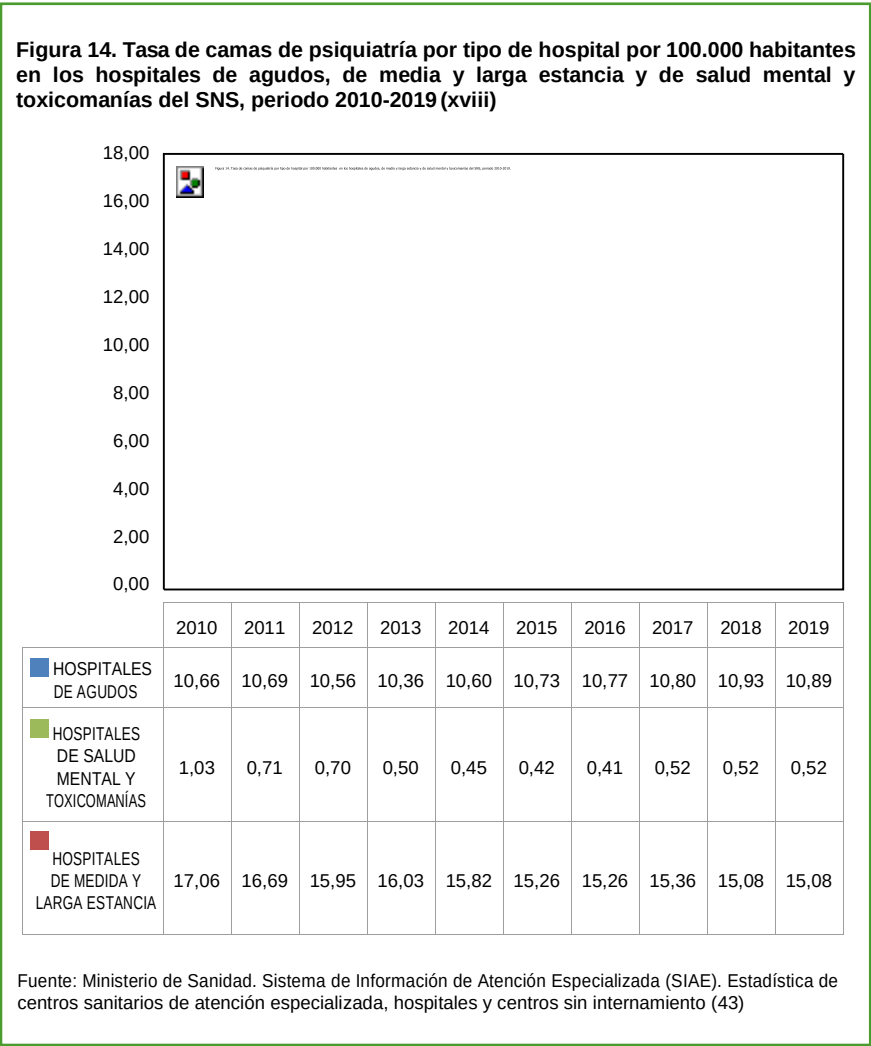
Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)

En cuanto a la tasa de camas de psiquiatría por tipo de hospital 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,

(xviii) 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.

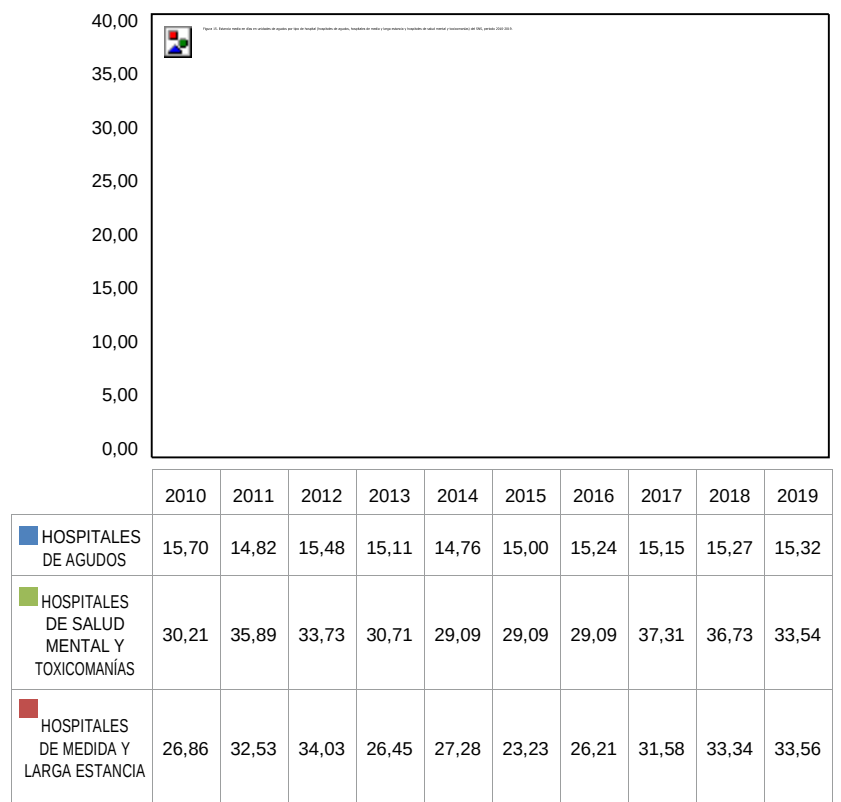
La definición que el Real decreto recoge en su Anexo II para los C.1.4 es la siguiente (se transcribe de forma literal): “Hospitales de salud mental y tratamiento de toxicomanías: hospitales destinados a proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad a los pacientes que precisan ser ingresados y que sufren enfermedades mentales o trastornos derivados de las toxicomanías”.

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.



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 figura 15:

Figura 15. 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 (xviii)



Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)

En este apartado de recursos hay que reconocer la labor realizada en salud mental desde los Centros de Atención Primaria. Aunque no resulte fácil disponer de datos a nivel nacional que cuantifiquen la dedicación específica en esta tarea de sus profesionales, la labor realizada desde estos dispositivos por médicos de familia, pediatras y enfermeras es clave en la atención de la salud mental que se presta en el conjunto del SNS.

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. (40)

La proporción de psiquiatras por 100.000 habitantes en España pasó de 8,1 en el año 2015 a 8,6 en el año 2018 [Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)].

Por comunidad autónoma, País Vasco, Cataluña, Asturias y Madrid son las que muestran las proporciones más elevadas (ver a continuación tabla 7).

Tabla 7. Proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del SNS por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., periodo 2015-2018				
	2015	2016	2017	2018
Andalucía	7,275	7,341	5,629	6,127
Aragón	8,620	8,808	8,740	8,738
Asturias	10,436	10,414	10,777	11,519
Islas Baleares	8,856	8,573	8,723	9,519
Canarias	7,524	6,722	6,981	6,945
Cantabria	6,509	6,536	7,402	7,401
Castilla y León	8,678	8,388	9,862	9,416
Castilla-La Mancha	8,468	8,518	7,771	7,977
Cataluña	9,934	10,127	11,731	12,027
Comunidad Valenciana	5,106	4,890	5,010	5,557
Comunidad Extremadura	6,066	5,272	5,404	5,528
Galicia	6,822	6,855	7,028	7,409
Madrid	9,139	9,168	9,700	10,307
Región de Murcia	5,187	5,176	4,886	4,868
Comunidad Foral de Navarra	4,716	4,857	4,680	7,119
País Vasco	12,567	12,563	13,379	13,670
La Rioja	5,758	6,077	7,043	7,035
Ceuta	1,183	3,540	3,540	5,888
Melilla	3,536	5,900	5,896	4,724
Total España	8,065	8,034	8,194	8,574
Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Estadística de centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento (43)				

En cuanto a los y las especialistas en **psicología clínica** y los y las 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, 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 de recursos suficientes en estas especialidades, los datos mencionados a junio de 2021 son los siguientes:

Tabla 8. Títulos de especialista en Psicología Clínica y en Enfermería de Salud Mental en España en el año 2021		
Especialidad	Títulos especialista	Títulos especialista <65 años
Psicología Clínica	8.041	6.010
Enfermería de Salud Mental	7.159	5.994
Fuente: Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad. Datos a junio de 2021		

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 [Registro Estatal de Profesionales Sanitarios \(REPS\)](#). 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. (40)

El impulso al Registro Estatal de Profesionales y los trabajos de planificación de necesidades de profesionales sanitarios que está llevando a cabo la Comisión de Recursos Humanos del SNS, así como la actualización en 2021 del Estudio Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035 (incluidos ambos como objetivos en esta Estrategia) se espera que facilite que se formen y se disponga del número más adecuado de profesionales de salud mental para satisfacer las necesidades de la población.

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.

Es importante abordar, de forma precoz, los problemas de salud mental desde la etapa de infancia y adolescencia, ya que el 70 % de los trastornos mentales, en general, se inician en la etapa infanto-juvenil. (44)

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. (45) 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. (46).

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: *y gaming disorder*). (47) La comunidad científica las

gambling disorder
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 de comportamiento y “craving” (anhelo por su uso), todas estas características se presentan de forma particular en cada persona, de acuerdo a la estructura de su personalidad, presentando consecuencias físicas, emocionales y sociales que hacen síntomas en el sujeto. En ocasiones el uso de estos instrumentos (videojuegos, hiperutilización de redes sociales) es tan grave que origina un autoconfinamiento del sujeto para solamente relacionarse por y a través de estos medios informáticos, un trastorno conocido como “Hikikomori”, por ser Japón el lugar donde se describió. También existe una utilización disfuncional de las TIC: acosar/ ser acosado a través de las TIC, con contenidos difamatorios para acosar a un par o grupo de iguales, mediante ataques personales, existen autores que consideran estas conductas un verdadero problema de salud pública en sus múltiples formas de presentación (ciberacoso o *cyberbullying*, ciberacoso o *cyberstalking*, abuso sexual o *grooming*, cebo o *luring*, grabaciones para ridiculizar o *web apaleator*, mensajes insultantes a foros o *flame*) (48). La mayor repercusión y prevalencia de estas situaciones se dan en la infancia y la adolescencia, con todo su impacto real en el proceso de desarrollo mental tanto a corto, medio y largo plazo pudiendo llegar a síntomas incluidos en el síndrome de estrés postraumático. (46)

El ciberacoso, o acoso cibernético, incluye enviar mensajes o comentarios ofensivos en línea, difundir rumores, excluyendo víctimas de grupos en línea y otras formas de acoso (OCDE, 2017). (49) 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), (50) depresión y ansiedad (Fany *et al*., 2016). (51)

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. (52)

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). (53,54) 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). (55)

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). (56)

Los trastornos del comportamiento en la adolescencia (violencia filio-parental y social) constituyen uno de los problemas emergentes en salud mental.

Estos problemas se refieren a instancias en las que los adolescentes evidencian un patrón de comportamiento antisocial, que supone una significativa dificultad, casi a diario, para su 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 y las niñas con alteraciones conductuales, 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 inter pares y el fenómeno de acoso escolar o fenómeno “bullying” pone en evidencia que un 40 % de los niños rechazados por sus iguales muestran conductas agresivas y tienen un alto riesgo de desarrollar conducta antisocial en la adolescencia.

Entre las familias que inician el tratamiento, existe un 40-60 % de ellas que lo terminan prematuramente y que aquellos individuos que abandonan precozmente el tratamiento tienen patologías más graves que aquellos que lo continúan. También se debe identificar la presencia 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 iniciada, la realización de un diagnóstico precoz que comporta un tratamiento precoz, una buena accesibilidad a los

servicios asistenciales de salud mental de la infancia y la adolescencia, un soporte social adecuado con los pares y en el contexto social y, por fin, un soporte escolar adecuado.

Para hacer frente a los problemas de salud mental en la infancia

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.

Dada la especificidad de los problemas de salud mental en la infancia, se prevé que requerirá de la creación de un grupo de trabajo interdisciplinar 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.

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 ocupa tiempo asistencial y coste económico.

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

La rehabilitación psicosocial es la práctica interdisciplinaria dirigida a la promoción y mantenimiento de la autonomía de las personas que sufren algún problema de salud mental potencialmente discapacitante, así como a su integración comunitaria. El objetivo de la rehabilitación psicosocial es la recuperación personal. (57)

Desde esta perspectiva,

la recuperación como meta, tiene el objetivo final de que la persona desarrolle su vida en igualdad y dignidad, lo cual incluye un desarrollo laboral, formativo, afectivo, sexual y social. El paradigma de

la recuperación implica un proceso de cambio en la persona que padece la dificultad o el trastorno y le compromete a una mayor implicación y protagonismo en su propio proceso; a quienes le acompañan en la vida cotidiana y construyen 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 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). (58) 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). (59) 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 metodológicas 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*). (60) 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 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. (59) 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. (61) 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 un número menor de trastornos aumentaron las probabilidades de actuar en tales pensamientos (Nock *et al.*, 2009). (62)

Muchos factores diferentes pueden explicar por qué algunas personas intentan quitarse la vida o mueren por suicidio, incluyendo eventos importantes de la vida (como el fallecimiento de un ser querido, un divorcio o pérdida de empleo), aislamiento social o socioeconómico o contexto cultural. Sin embargo,

una alta proporción de las personas que han padecido un trastorno de salud mental han sobrevivido a un intento de suicidio o que murieron a causa de un suicidio (Hoven, Mandell y Bertolote, 2010; Cavanagh *et al.*, 2003; OMS, 2014) (63,64,65).

En España, el suicidio constituye también un grave problema de salud pública:

- Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2020 la tasa de suicidios por edad y sexo fue de 8,3/100.000 hab./año. (66)
- El suicidio en 2020 se mantuvo como **la primera causa externa de mortalidad** con 3.941 fallecimientos, de los cuales 2.930 fueron hombres y 1.011 mujeres.
- En la etapa de la adolescencia se produce un punto de inflexión, pasando de 14 suicidios en el grupo de menores de 15 años a 300 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 de los 4 últimos años disponibles, 2017, 2018, 2019 y 2020, muestran que en menores de 15 años se contabilizaron 13, 7, 7 y 14 muertes por suicidio y en el grupo de 15 a 29 años se registraron 273, 268, 309 y 300 suicidios, 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 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.

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 salud mental en particular, se destaca el hecho de que otros factores sociales puedan profundizar o contrastar el efecto del género en la salud. (67)

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. (68) Pero a partir de la adolescencia este patrón cambia y la mujer desarrolla más problemas psiquiátricos que el hombre. (69) 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 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 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 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 conseguido demostrar hasta el momento actual, que las mujeres sean más vulnerables 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 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. (70)
- 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 en la pobreza y el aislamiento, perciben salarios inferiores y están menos representadas en el ámbito laboral. (71)
- De entre todos los factores psicosociales asociados al género el de la violencia en sus diferentes expresiones (violencia de género por la pareja o expareja, violencia sexual, trata de personas con o sin fines de explotación sexual, matrimonios forzados, acoso laboral,...) (72) afecta directamente a la salud mental y bienestar de las mujeres que la padecen. La violencia está en muchas ocasiones en el origen del trastorno mental, y 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 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 mental 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. (73)

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, exhaustivos, fiables y regularmente actualizados que permita ajustar los recursos y 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.

Salud mental y trabajo

El trabajo es beneficioso para la salud mental. Sin embargo, unas exigencias negativas del trabajo y sus condiciones pueden significar un riesgo para la salud de las personas trabajadoras. Se trata de una cuestión objeto de preocupación para los empleadores, trabajadores y los gobiernos de todo el mundo. (74,75)

El trabajo es uno de los principales determinantes de la salud física y mental de las personas y, en los momentos actuales, en los que el trabajo ha sufrido y está sufriendo cambios continuos y sustanciales en su organización, esa afectación puede dar lugar a problemas de salud mental. El teletrabajo, el empleo de las tecnologías de información y comunicación, el incremento en el volumen y velocidad de información, la utilización creciente de la externalización y la subcontratación, son algunos de los aspectos clave. En conjunto esos cambios introducen demandas crecientes de flexibilidad para el trabajador en términos del número y tipo de capacidades que se le exigen, lo que viene a menudo acompañado de tensiones sobre la distribución del tiempo de trabajo en horarios difícilmente compatibles con las necesidades familiares y sociales.

Los riesgos psicosociales asociados a una organización inadecuada del trabajo son considerados un problema importante en el ámbito de la salud y la seguridad en el trabajo no sólo por los expertos, sino también por los propios trabajadores. Las sucesivas Encuestas Europeas de Condiciones de Trabajo (76), las Encuestas Nacionales de Condiciones de Trabajo (77) y la encuesta ESENER (78) realizada por la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo, ponen de manifiesto que:

- El estrés en el trabajo puede afectar a cualquier persona de cualquier nivel. Puede aparecer en cualquier sector y en una organización de cualquier tamaño. Además, afecta a la salud y la seguridad de las personas, pero también a la salud de las organizaciones y de las economías nacionales. En Europa, es el segundo problema de salud más común en el trabajo, afectando al 22 % de los trabajadores.
- El estrés puede poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo y contribuir a otros problemas de salud laboral, como los trastornos osteomusculares y cardiovasculares.
- Además, afecta de forma importante a los resultados de las organizaciones. En estudios realizados en Europa y en otros países desarrollados se ha observado que el estrés es un factor en el 50 a 60 % de todos los días laborales perdidos.
- Tras las enfermedades osteomusculares, la segunda causa de baja laboral, temporal y permanente, la ocupan los problemas de salud mental.
- La incidencia del acoso laboral se estima a nivel europeo en un 2,7 %, y a nivel español entre 1,4 y 2,9 %.
- El coste económico anual del estrés laboral en Europa se ha estimado en 20.000 millones de euros.
- En 2007, los costes totales de productividad derivados del absentismo por problemas de salud mental fueron de 136.000 millones de euros.

A pesar de los problemas anteriormente señalados, el trabajo, por lo general, es positivo tanto para la salud mental como para la salud física. Las investigaciones han demostrado en numerosas ocasiones que el trabajo de calidad puede fomentar y proteger la salud. Hay un progresivo reconocimiento de que el bienestar mental de los trabajadores tiene efectos positivos en los resultados de la organización, así como en la salud, la realización profesional y la calidad de vida del trabajador.

Hay que tener en cuenta también la existencia de normas de rango legal en España, como la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, que establece la política en materia de prevención de riesgos laborales, en cuanto conjunto de actuaciones de los poderes públicos dirigidas a la promoción de la mejora de las condiciones de trabajo para elevar el nivel de protección de la salud y la seguridad de los trabajadores, y que se articula en la Ley en base a los principios de eficacia, coordinación y participación, ordenando tanto la actuación de las diversas Administraciones públicas con competencias en materia preventiva, como la necesaria participación en dicha actuación de empresarios y trabajadores, a través de sus organizaciones representativas. El lugar de trabajo queda configurado en ella como un espacio idóneo para la promoción de una buena salud mental de las personas trabajadoras y para la prevención de problemas de salud mental derivados del trabajo.

Tomando en consideración todo lo anterior, en el marco de esta Estrategia se considera de especial relevancia contribuir activamente a mejorar los entornos laborales con intervenciones que tengan un triple enfoque:

- Proteger la salud mental reduciendo los factores de riesgo relacionados con el trabajo.
- Promover la salud mental desarrollando los aspectos positivos del trabajo y las cualidades y capacidades de las personas trabajadoras.
- Tratar de solucionar los problemas de salud mental, con independencia de su causa.

Las intervenciones en materia de salud mental en las empresas deben formar parte de una estrategia integrada de salud y seguridad que abarque la prevención, la detección temprana, el apoyo y la reincorporación o readaptación. Los servicios de prevención y los profesionales de salud laboral pueden ayudar a las organizaciones a diseñar y desarrollar estas intervenciones para proteger y promover la salud mental. La clave del éxito consiste en implicar a las partes interesadas y al personal de todos los niveles cuando se lleven a cabo intervenciones de protección, promoción y apoyo, y cuando se evalúe su eficacia.

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.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	Base importante de planificación estratégica en salud mental y de normativa relacionada a nivel internacional, europeo, nacional y autonómico. Antecedentes de Estrategias previas del SNS y de Planes Estratégicos en los diferentes servicios autonómicos de salud asistencial.	Ausencia de continuidad en las versiones previas de la Estrategia de Salud Mental del SNS sin haber alcanzado plenamente sus objetivos. Limitaciones de las estrategias del SNS en cuanto a su capacidad de promover determinados cambios. Desarrollo heterogéneo e irregular de los planes estratégicos autonómicos.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	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, servicios sociales, educativos, judiciales, etc.	Modelo “hospitalocentrista”: excesivo peso de los recursos hospitalarios frente al desarrollo comunitario. Progresivo abandono del diseño comunitario de los servicios asistenciales.
	Elevada cualificación profesional de los y las profesionales de los servicios de salud mental. Formación especializada específica en salud mental (MIR/PIR/EIR).	Formación mejorable de los y las profesionales de la salud mental. Nuevas áreas de conocimiento.
	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.
	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-Salud mental penitenciaria. Ausencia de equipos interdisciplinares completos: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras y trabajadores sociales.

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	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. Dificultades para poder implementar tratamientos psicológicos basados en la evidencia (por falta de profesionales, sobrecarga asistencial, etc.)
	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 profesionales de la salud mental respecto a las políticas de salud para conseguir mejoras presupuestarias.
	Existencia de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia sobre diversos problemas de salud prevalentes. Ejemplos de buenas prácticas clínicas y de gestión por procesos.	Déficit en la consideración de la salud 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. Carencias de información objetiva y válida respecto a los recursos, atención y necesidades de atención a salud mental de la población, de los dispositivos asistenciales y de los profesionales.

	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 e intereses.

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
ANÁLISIS EXTERNO	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. Fortalecer el enfoque derechos humanos en la atención a la 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.

	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
ANÁLISIS EXTERNO	Incremento de la detección de problemas de salud mental en el nivel de 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 resiliencia.	Consecuencias de la pandemia COVID-19, sobre la población y los y las profesionales sanitarios > Incremento de la magnitud de los problemas de salud mental y su gravedad.
	Los y las profesionales sanitarios perciben la necesidad de apoyo de salud mental para su propio ejercicio profesional.	Claudicación de los cuidados informales.

IV. Líneas estratégicas

Línea estratégica 1. Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona

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.

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.

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.

Luchar por el reconocimiento y ejercicio de los derechos, y la recuperación de los que se han perdido arbitrariamente, es el objetivo principal en cualquier política de atención a las personas con problemas de salud mental.

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.

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 **Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo**

sobre salud mental elaborado por la Unión Europea, puntualizando que no se había tenido suficientemente en cuenta la dimensión de género. (79)

En 2008 el Estado Español firmó y ratificó la **Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad**, hecho en Nueva York

en las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 (80) y su protocolo facultativo (81) para poner en marcha las obligaciones de la misma, siendo parte desde entonces del ordenamiento de nuestro país (artículos 96 y 10.2 de la Constitución Española). (82) 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 desarrollar 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.

En junio de 2021 se aprobó la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, ley que entró en vigor en septiembre del mismo año, transcurridos 3 meses de su aprobación. La Ley 8/2021, de 2 de junio, supone un hito en el trabajo de adaptación de nuestro ordenamiento a la Convención de Nueva York, así como en la puesta al día de nuestro Derecho interno. (83)

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.

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 psicosociales 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.

De este modo y siguiendo el **2º Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea** difundido en 2011:

“Según la Organización Mundial de la Salud, el género afecta de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales, dado que determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas, su posición y condición social, el modo en que son tratadas dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental”. Por todo ello, **en todos los objetivos o recomendaciones de esta estrategia en salud**

mental del SNS se quiere y se debe tener en cuenta “el género” en todas las políticas o actuaciones que se desarrollen de un modo transversal a toda la estrategia por lo que no se reitera en cada una de las líneas estratégicas ⁽⁸⁴⁾

Se hace hincapié, además, en atender a los grupos de mayor fragilidad como migrantes, personas con discapacidad, personas LGTBIQ+, personas mayores, personas en situación de pobreza, personas en situación de calle, personas en situación de exclusión social, víctimas de delitos y de tratos inadecuados, niños, niñas y adolescentes y personas en instituciones penitenciarias, entre otros. (85).

Objetivo general 1.1. Garantizar el ejercicio de los derechos de autonomía y vida 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.
- 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.
- 1.1.4. Establecer, con la persona atendida, una planificación de decisiones anticipadas, durante su proceso asistencial y de recuperación.
- 1.1.5. 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).
- 1.1.6. Implementar la figura del facilitador para el acceso a la justicia en condiciones de igualdad.
- 1.1.7. 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, o una autorización judicial solicitada por riesgo vital para la persona con problema de salud mental, situaciones en las que se intentará potenciar la alianza terapéutica con la persona con problemas de salud mental adecuadas.

- 1.1.8. 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.
- 1.1.9. Facilitar la autonomía y vida independiente garantizando el acceso a la vivienda digna y acceso al trabajo a las personas con problemas de salud mental.
- 1.1.10. Promover las políticas de salud públicas preventivas teniendo en cuenta el impacto del contexto social sobre la salud mental de la población en general.
- 1.1.11. Diseñar las políticas de salud públicas teniendo en cuenta la perspectiva de género y su diferente impacto sobre la salud mental de hombres y mujeres, personas con discapacidad, infancia, adolescencia y personas mayores.
- 1.1.12. Establecer vías de participación entre los diferentes departamentos de la Administración General del Estado y las organizaciones del ámbito asociativo para el diseño de las distintas políticas públicas en salud mental.
- 1.1.13. Proteger los derechos sexuales y reproductivos de las personas con problemas de salud mental creando programas específicos de información y apoyo sobre la maternidad y paternidad y mejorando el acceso a los servicios.

Objetivo general 1.2. Erradicar la discriminación y favorecer la inclusión social con perspectiva de género

Objetivos específicos

- 1.2.1. Lograr la igualdad de derechos de toda persona con independencia de sus dificultades y erradicar el estigma personal y social y la discriminación que conllevan los problemas de salud mental.
- 1.2.2. Posibilitar que las personas con problemas de salud mental y movimientos asociativos relacionados impulsen acciones contra la discriminación por sexo, promoviendo la paridad entre hombres y mujeres.
- 1.2.3. Realizar y evaluar un plan integral de intervención contra el estigma, estereotipos, prejuicios y la discriminación que aborde los siguientes ámbitos: laboral, medios de comunicación, servicios sociales, ámbito cultural, servicios sanitarios, fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, educativo, ejecutivo, legislativo y judicial, familiar, penitenciario.

- 1.2.4. Promover en los equipos profesionales actitudes para la incorporación de un lenguaje inclusivo evitando un uso sexista del lenguaje y de terminologías estigmatizantes.
- 1.2.5. Promover la producción de evidencia y mejor conocimiento científico disponible sobre inequidades de género en materia de salud mental, incluyendo la difusión y comunicación de dicha evidencia a las organizaciones relacionadas con personas con problemas de salud mental y sus familiares.
- 1.2.6. Promover la formación de los/as profesionales de servicios sanitarios en materia de perspectiva de género en salud, especialmente en relación a los equipos de salud mental y en atención primaria.
- 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 víctimas de la misma, por el especial impacto para el resto de su vida adulta.
- 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.
- 1.2.9. Revisar y actuar sobre barreras normativas que supongan una limitación de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- 1.2.10. 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.

Objetivo general 1.3. Reducir al mínimo las intervenciones involuntarias sobre personas con problemas de salud mental garantizando el respecto a la dignidad de las personas

Objetivos específicos

131. Diseñar actuaciones que reduzcan al mínimo realmente imprescindible las intervenciones involuntarias tendiendo a su progresiva eliminación. Para ello se contará con la participación de las partes interesadas, incluidas las personas titulares de derechos.
132. 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.

133. 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 tenga efectos positivos para la persona.
134. 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.
135. 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.
136. Definir por las comunidades autónomas un procedimiento para las situaciones de emergencia o urgencia, con todas las garantías de dignidad, seguridad y cuidados, que incluya el respeto al documento de instrucciones previas (también conocido como de voluntades anticipadas en alguna comunidad autónoma).
137. Desarrollar mecanismos de seguimiento preciso de las garantías de buen trato, así como de detección de incumplimientos y medidas para resolverlos.

Recomendaciones

- I. Reducir progresivamente al mínimo imprescindible las intervenciones que van en contra de la voluntad de la persona con trastorno mental, así como cualquier otra medida 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 continuamente 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.
- III. Facilitar el intercambio de buenas prácticas nacionales e internacionales que eviten las contenciones.
- IV. Estudiar las quejas y reclamaciones en la atención sanitaria, analizando e identificando las áreas de mejora necesarias con especial atención a las que tengan que ver con el respeto de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- V. 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.

- VI. Adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para prevenir actos o prácticas discriminatorias.
- VII. 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.
- VIII. 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.
- IX. Potenciar el apoyo mutuo entre pares, poniendo en valor sus propias estrategias para resolver situaciones de crisis.
- 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 y Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia). (86, 115)
- XI. 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.
- XII. Establecer procedimientos que hagan efectiva la información acerca de las propuestas terapéuticas y los modos en los que se abordará su proceso, ofreciendo alternativas para que, en caso de negativa, esto no suponga la pérdida de la continuidad de la atención (las conocidas como instrucciones previas (xix) o también denominadas voluntades anticipadas en alguna comunidad autónoma.

(xix) 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.

1. 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.

2. 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.

Línea estratégica 2. Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental

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 problemas de salud mental incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, laborales, 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 problemas de salud mental. (87)

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, las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos y los migrantes (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). (88)

Por otra parte, y tal y como describe en su informe el Relator Especial de Naciones Unidas (89), 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 gestionar su salud y su enfermedad siendo menos dependientes de los servicios asistenciales y consiguiendo tener una mayor autonomía; se consigue modificar, según los determinantes de salud, el contexto de vida socio-comunitario, mediante la participación individual y comunitaria y el compromiso político; este proceso incluye, por lo tanto, cambios individuales, grupales y comunitarios. La promoción de la salud mental ha de realizarse desde las primeras etapas de la vida, incluso más allá del momento del nacimiento y el establecimiento del vínculo durante la planificación familiar y entre generaciones, y hasta el final. 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 salud mental en la infancia y adolescencia.

Prevención del daño asociado a la asistencia sanitaria. Prevención cuaternaria

Este nivel preventivo es novedoso en salud mental, aunque se aplica al conjunto del sistema sanitario. El concepto de prevención cuaternaria se define como la intervención que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario. (90) Pretende evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento, para prevenir el daño asociado a la asistencia sanitaria.

Las prácticas basadas en la evidencia deben guiar las intervenciones sanitarias para evitar daños prevenibles y procurar la seguridad del paciente durante el proceso asistencial. Estas prácticas basadas en la evidencia deben guiar asimismo la valoración continua de la carga de tratamiento, en particular en pacientes polimedicados con condiciones crónicas, entre las cuales en muchas ocasiones están también presentes los problemas de salud mental, y la desprescripción según corresponda, como parte del proceso de una buena prescripción, y con el objetivo de optimizar la atención y seguridad y mejorar la calidad de vida de las personas.

Para ello es imprescindible contar con la participación activa de 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, y especialmente en el uso de los medicamentos, se debe contar con la persona y hacerla partícipe 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. Dentro del plan de atención individualizado el tratamiento no farmacológico incluye programas y actividades avalados por la evidencia científica como, por ejemplo, mejorar las destrezas de vida independiente (destrezas motoras, destrezas de procesamiento y destrezas de interacción personal), y fomentar actividades significativas que potencien, fortalezcan y mejoren los hábitos, rutinas y los roles de los usuarios.

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,

adolescencia y personas de edad avanzada, potenciando para ello el trabajo en red comunitaria.

- 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

- I. En las intervenciones dirigidas a representantes institucionales, se señalará el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, y la importancia de la interacción del hábitat (ecología urbana), la educación (capital humano), las posibilidades de participación ciudadana (capital social), la protección a la población más vulnerable para el acceso a recursos que dignifiquen su vida y procurar más bienestar, las relaciones igualitarias de género y los determinantes psicosociales de género con la salud mental de la población, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.
- II. Sensibilizar y formar a los y las profesionales de las diferentes disciplinas sanitarias y no sanitarias que trabajan en los equipos de salud mental para identificar mejor los malos tratos y la violencia sexual contra las personas vulnerables, especialmente a la infancia, adolescencia y personas de edad avanzada.
- 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.
- 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 trastornos por uso de sustancias y adicciones, mantener relaciones personales y sociales satisfactorias, técnicas de resolución de conflictos, manejo de situaciones de estrés, saber afrontar cambios vitales, etc.).
- V. Impulsar la localización de activos de salud por parte de las personas con problema de salud mental.
- VI. 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.

2.2 Objetivo general. Prevenir la aparición de problemas de salud mental, trastornos por uso de sustancias y adicciones en la comunidad

Objetivos específicos

- 22.1. Desarrollar y evaluar intervenciones comunitarias en áreas con alto riesgo de exclusión social, discriminación, pobreza y marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes sociales, incluidos los determinantes de género, de los problemas de salud mental y de los trastornos por uso de sustancias y adicciones.
- 22.2. Desarrollar y evaluar intervenciones dentro de lo contemplado en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (91) y en los planes de acción que la desarrollan (y, en su caso, con los planes desarrollados en las distintas comunidades autónomas), con el objetivo de disminuir las adicciones con y sin sustancia.
- 22.3. Contemplar las adicciones comportamentales, o adicciones sin sustancia, como las derivadas de las conductas de juego problemático o patológico e impulsar las medidas 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.
- 22.4. 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 las situaciones vitales estresantes, así como el fomento de la resiliencia.
- 22.5. 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.).
- 22.5. 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 al trabajo.
- 22.6. 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.

227. 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

- I. Realizar intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social en áreas geográficas con riesgo 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.
- 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.
- 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. (82)
- 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.
- 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.
- 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.

Línea estratégica 3. Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida

No toda conducta suicida es expresión de un trastorno mental. No obstante, se sabe que las personas que sufren trastornos mentales mueren a causa del suicidio en una proporción mucho mayor que la población general. La proporción de suicidio consumado asociado a trastorno mental es alrededor del 80-90 % (hay problemas de salud mental que favorecen la aparición de tendencias suicidas), siendo la cuestión que parece ser común en el suicidio la existencia de un gran sufrimiento emocional. (92,93)

Las conductas suicidas constituyen uno de los problemas más importantes de salud pública en Europa y en todo el mundo. La muerte por suicidio implica un drama personal con sufrimiento extremo que deja tras de sí un grave impacto en el entorno de la persona fallecida.

El suicidio es uno de los grandes retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios y sociales en todo el mundo constituyendo uno de los problemas graves de salud pública en la actualidad, ya que, por ejemplo, en 2019, y en términos cuantitativos, multiplicó por dos las muertes por accidentes de tráfico y más de 50 veces las muertes por violencia machista, sin minimizar la importancia de estas últimas (66,94). La adolescencia es una etapa de riesgo que se ha de considerar de forma particular y específica a la hora de programar intervenciones comunitarias y sanitarias de prevención. (95)

Para abordar el tema se requiere la colaboración entre autoridades sanitarias y otras instituciones y sectores.

La OMS le dedica especial atención con una web dedicada a la prevención del suicidio y una estrategia específica (https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_3). Asimismo, la Comisión Europea, dentro de su proyecto *EU Compass for Mental Health and Wellbeing*, le dedicó uno de los trabajos anuales al estudio de las actuaciones de los Estados miembro frente al suicidio. (96)

3.1 Objetivo general. Detectar de forma precoz y prevenir las conductas suicidas

Objetivos específicos

- 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.
- 3.1.2. Detectar precozmente y prevenir el riesgo suicida.
 - Mejorar el acceso a los servicios de salud mental y atención de las personas con conducta suicida.
 - Mejorar la detección de las personas con riesgo de conducta suicida por parte de los y las profesionales que trabajan en los servicios de salud (equipos de urgencias, atención primaria, salud mental y otras especialidades).
 - Dotar a los y las profesionales de herramientas que posibiliten la identificación de posibles pensamientos suicidas y la valoración de los factores de riesgo asociados a ellos (especialmente en situaciones de crisis emocional, en personas con problemas de salud

mental y enfermedades crónicas así como en situaciones sociales que conlleven desvalimiento o aumento de la vulnerabilidad) incrementando la sensibilidad personal y profesional para comprender a las personas que realizan este tipo de conductas.

- Establecer criterios de detección de posible conducta suicida o de factores de alto riesgo que pudieran dar lugar a la reaparición de ideas suicidas y establecer criterios de intervención y ayuda en caso de detección de riesgo suicida.
- Promover la formación continuada para la detección del riesgo, adecuado diagnóstico y abordaje de la conducta suicida.
- Promover el conocimiento sobre el perfil de métodos empleados y lugares de riesgo y limitar el acceso a lugares y medios potencialmente letales cuando no sea posible establecer medidas disuasorias.
- Promover el registro y seguimiento clínico de los casos de tentativas de suicidio que contribuya a la mejora de su vigilancia epidemiológica (por ejemplo, en relación con el código de riesgo de suicidio).
- 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.
- Implantar el código de riesgo de suicidio en las historias clínicas contando con las máximas garantías de respeto a la confidencialidad y a los derechos de la persona.
- Intervenir en colectivos vulnerables según sus necesidades específicas como son: personas mayores (con especial atención a aquellas que se encuentran en una situación de soledad no deseada), población infanto-juvenil, casos de violencia, violencia sexual, personas con discapacidad, enfermedades crónicas, dependencia, residentes en centros penitenciarios, personas en situación de exclusión social, personas en situación de calle y las personas discriminadas por su orientación sexual o identidad de género, entre otras.

3.2 Objetivo general. Mejorar la atención a las personas con riesgo suicida

Objetivos específicos

- 32.1. Promover la elaboración de procesos asistenciales integrados de atención a las personas con riesgo suicida.

- 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).
 - Ofrecer a las familias y personas allegadas información, recursos y herramientas que les permitan actuar en caso de un nuevo episodio.
 - 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.
322. Apoyar y estimular formas de ayuda mutua entre supervivientes de tentativa de suicidio y personas con ideaciones suicidas.
 323. Apoyar y estimular formas de ayuda mutua entre familiares en la comunidad para personas en duelo por suicidio.
 324. Establecer asesoramiento y apoyo a los y las profesionales que han sufrido un suicidio en su ámbito de trabajo.
 325. Facilitar y promover el acceso directo para los adolescentes con problemas de salud mental que desarrollen programas específicos para aquellos que manifiesten ideación suicida.
 326. Desarrollar una red de atención telefónica eficiente, coordinada e integrada para mejorar el abordaje a la persona con riesgo suicida.

Recomendaciones

- I. Fomentar la cooperación con otros sectores en el marco de la Agenda 2030 para la consecución de estos objetivos.
- II. Fomentar una adecuada continuidad de cuidados de las personas que han realizado una tentativa de suicidio.
- III. Promover la formación y capacitación de los y las profesionales de atención primaria, de medicina, enfermería y trabajo social en identificación de grupos de riesgo y en técnicas de entrevista para la detección y manejo del riesgo suicida.
- 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.
- 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.
 - Referir la conducta suicida como un problema de salud, ofreciendo toda la información y los mecanismos que existan para prevenir el suicidio (servicios de información o atención de cada comunidad autónoma y entidades sociales).
 - Sensibilizar a los y las profesionales de los medios de comunicación, para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio siguiendo las recomendaciones internacionales.
- VI. 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.
- VII. Desarrollar e implantar protocolos de prevención en colegios, universidades, Administración, lugares de trabajo, centros sociosanitarios y centros de atención a personas mayores.

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 internacionales y entre ellas muy especialmente la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad (15), 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.

La atención a las personas con problemas de salud mental debe estructurarse en base a algunos principios básicos:

- Favorecer el desarrollo de 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.
- Las relaciones entre profesionales y personas atendidas deben estar basadas en el mutuo reconocimiento y en la idea de acompañamiento y cooperación.
- Potenciar el diálogo y la escucha activa como elementos fundamentales sobre los que se debe basar la intervención en salud mental.
- 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.
- Atención basada en el cumplimiento de los derechos, garantizando la equidad e igualdad en el acceso a los recursos y a las atenciones necesarias.
- 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.
- La atención deberá estar enfocada a que las personas tengan una vida digna, que incluya la experiencia laboral, formativa, afectiva, sexual y social.
- El tratamiento debe ser realizado, siempre que se posible, en el entorno habitual de la persona.
- El tratamiento debe consistir en intervenciones de naturaleza psicológica, biológica, social y ocupacional/funcional 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.
- Garantizar la autonomía de la persona evitando todo tipo de intervenciones iatrogénicas.
- 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.
- El abordaje conjunto con servicios sociales y servicios de rehabilitación psicosocial y la continuidad de la rehabilitación en el entorno natural de la persona.
- 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.

Salud mental comunitaria

El modelo de asistencia ha de orientarse hacia la mejor atención a las personas y sus familias situándoles en el centro del proceso (Atención centrada en la persona). Tanto los equipos interdisciplinarios como los diversos servicios y desde los distintos niveles de atención han de articularse en torno a sus necesidades en materia de Salud Mental; por ejemplo, desde el procedimiento de “análisis de caso”. El análisis de caso proporciona una forma de evaluar la corresponsabilidad de las diferentes administraciones del territorio en cada caso específico.

La guía publicada por la OMS en 2021 sobre servicios comunitarios de salud mental: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos presenta buenas prácticas en los servicios de salud mental de todo el mundo, para ayudar a los países a desarrollar y reformar los servicios comunitarios y las respuestas de una perspectiva de derechos humanos, promoviendo derechos clave como la igualdad, la no discriminación, la capacidad jurídica, consentimiento informado e inclusión comunitaria. (97)

Teniendo presente la máxima de que no hay salud sin salud mental, idea ya reflejada en la Declaración de Helsinki de la Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental de 2005 e implícita en la definición de salud de la constitución de la OMS en 1946, la salud mental se debe considerar de manera transversal en todos los contextos de la vida. (13,98) En el marco del SNS adquiere especial relevancia la atención primaria de salud en coordinación estrecha con los servicios de atención especializada de salud mental y con los servicios sociales.

El trabajo de los equipos de Atención primaria resulta fundamental para promover la salud mental, atender procesos psicosociales de la vida cotidiana que influyan en la salud de las personas, disminuir el estigma, así como para la detección e intervención precoz ante la aparición de factores de riesgo o síntomas asociados a problemas de salud mental. La consulta individual, las intervenciones grupales y el fomento de la ayuda mutua son instrumentos para 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 centros escolares y académicos) y la participación comunitaria, el asociacionismo y los grupos de ayuda mutua.

Ante procesos de salud de mayor complejidad, la **interconsulta** y con Atención especializada de salud mental se considera un **enlace** 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 (99).

La interconsulta y enlace posibilita además la coordinación asistencial y asesoría entre los y las 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, 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 personas afronten sus procesos vitales en su entorno, con la menor fragmentación de sus vidas posible, recurriendo a la hospitalización tradicional solo en caso estrictamente necesario. 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 domiciliaria, la hospitalización parcial y otros recursos intermedios y de rehabilitación.

Atención a las personas en 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 telemáticas, educación para la salud de pacientes y familiares en el marco del ingreso, etc., como fórmulas alternativas al modelo hospitalocentrista.

En la atención a las personas en episodios agudos se han de potenciar también otras formas alternativas a la hospitalización como la atención a domicilio, la atención en crisis y las hospitalizaciones parciales. (100)

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, sujeciones mecánicas, muy discutido desde la perspectiva ética y de respeto hacia el paciente. (101)

Estaringresadonodebesuponerestardesconectadoootenerinactividad. 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.

Los dispositivos intermedios

El más representativo de todos es el Hospital de Día de Salud Mental, actualmente se le conoce también como “hospitalización parcial”, un instrumento de prevención secundaria. (102). La actividad del Hospital de Día de Salud Mental 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.

La estancia en el Hospital de Día de Salud Mental 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.

En cuanto a sus indicaciones clínicas, los problemas de salud mental en los que existe consenso general de la indicación de hospital de día de salud mental, 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 a determinadas conductas adictivas y discapacidad mental moderada a grave. (102)

Otros dispositivos intermedios son: las “Miniresidencias” dirigidas a los pacientes con dificultades de convivencia o ausencia de familia que pueda hacerse cargo; los pisos supervisados, un método de reinserción familiar que precisa supervisión de los y las profesionales de salud mental, las Comunidades terapéuticas, que incorporan a la estancia la actividad laboral como forma de rehabilitación social, la hospitalización domiciliaria o las unidades de crisis.

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

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 problemas de salud mental 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 y que serán realizadas por profesionales con formación adecuada.
- 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)
- 4.1.8. Facilitar mediante acciones específicas de mejora y adecuación la accesibilidad a la red de recursos sociosanitarios.

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

Objetivos específicos

421. Potenciar los equipos de tratamiento asertivo comunitario constituye un objetivo fundamental, teniendo en cuenta que la intervención debe ser interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, terapia ocupacional 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.
422. 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.
423. Desarrollar programas y recursos que faciliten la inserción social, laboral, la vida independiente y el ejercicio de los derechos de la persona.
424. 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, la inserción laboral, el acceso a la vivienda y cuidando en todo momento el ejercicio de los derechos de la persona.
425. 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.
426. Impulsar el Registro Estatal de Profesionales y los trabajos de planificación de necesidades de profesionales sanitarios desde la Comisión de Recursos Humanos del SNS.
427. Actualizar el Estudio Oferta-Necesidades de Especialistas Médicos 2021-2035 para facilitar que se formen y se disponga del número más adecuado de estos profesionales de salud mental para satisfacer las necesidades de la población. (103)
428. 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.

429. Impulsar la figura del asistente personal que reconoce la [Ley 39/2006, de 14 de 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: violencia sexual, adicciones, acoso en sus diferentes formas o el mal uso de las nuevas tecnologías

431. Sensibilizar a los y las profesionales y equipos sobre la aparición de nuevas fragilidades vinculadas a cuestiones sociales (precariedad en el empleo, nuevas situaciones de pobreza, dificultad de acceso a la vivienda, situaciones de hacinamiento, procesos migratorios, incremento de personas que viven en soledad, envejecimiento de la población, menores con insuficiente protección, dificultades de conciliación para la crianza, 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).
432. Definir e implementar recursos, programas y medidas para el desarrollo de líneas de intervención novedosas en salud mental.
433. 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

- 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”) (104).
- II. 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 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 derivación” (Acción A.4.4).

- III. 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.
- IV. 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.
- V. Incorporar la perspectiva de género en la atención a la salud mental.
- VI. 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.
- VII. 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.
- VIII. 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.
- IX. 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.
- X. 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.
- XI. 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.

- XII. Desarrollar la evaluación de las acciones que incluya la participación activa de las personas con problemas de salud mental.
- XIII. 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.
- XIV. 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 y recuperar sus competencias como figuras parentales.
- XV. Los servicios asistenciales deben ofrecer abordajes interdisciplinarios que permitan trabajar con el adolescente, la familia, el centro escolar y el entorno comunitario; este abordaje es el que se ha revelado con resultados más positivos.
- 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.
- XVII. Implementar y mejorar la calidad de prescripción de psicofármacos, mediante el diseño y puesta en marcha de programas de uso adecuado de psicofármacos en distintos ámbitos asistenciales.
- XVIII. Evitar en cualquier práctica asistencial la estigmatización por padecer un trastorno mental.

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

Las condiciones y experiencias de vida en los primeros años son especialmente trascendentes respecto al crecimiento y desarrollo biopsicosocial en las distintas áreas (cognición, lenguaje, hábitos, habilidades sociales, desarrollo emocional...), influyendo sustancialmente en la salud y la calidad de vida de las personas en el resto de las etapas del ciclo vital.

La atención a la salud mental en la etapa de la infancia y la adolescencia representa una 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 factores de riesgo

ha de contemplarse para mejorar en toda su dimensión la salud mental en la infancia y la adolescencia.

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 niños desarrollan vínculos de apego seguros, otros lo hacen de forma insegura (ansiosa, evitativa o desorganizada) lo que implica diferentes consecuencias en el desarrollo del ser humano. Los programas participativos de fomento y potenciación de las habilidades parentales desde el enfoque de la parentalidad positiva contribuyen al desarrollo de vínculos de apego seguros (105).

Es fundamental que en el ámbito escolar se contribuya a crear un sentido de pertenencia que haga que los niños y niñas se sientan conectados y bienvenidos fortaleciendo la identidad y autoestima; desarrollar competencias de resiliencia y superación, promover comportamientos positivos como el respeto, la responsabilidad y la amabilidad con amigos y seres queridos puede aumentar el bienestar mental. Ayudar a otros e involucrarse refuerza el formar parte de la comunidad (106).

La información ayuda a comprender el estigma en torno a la salud mental y permite a los adultos y a los estudiantes reconocer cuándo solicitar ayuda y naturalizar la misma. Los y las profesionales en salud de la escuela pueden proporcionar información útil que ayude a los niños, niñas y adolescentes a desarrollar habilidades para afrontar su cotidianidad e identificar precozmente signos y síntomas que orienten hacia problemas psicosociales y de salud mental de mayor envergadura, entre los cuales pueden identificarse problemas de regulación emocional, de desarrollo, alteraciones del estado de ánimo como la depresión, pródromos de otras problemas de salud mental y el riesgo de suicidio. Estos pueden incluir un cambio en los hábitos, el aislamiento, la disminución de las funciones sociales y académicas, el comportamiento errático o cambiante y mayores quejas físicas. (106)

Los y las profesionales de la psicología en el ámbito educativo, los equipos de orientación educativa, las enfermeras escolares y de la atención familiar y comunitaria y los trabajadores sociales pueden proporcionar a los estudiantes una gama de servicios de salud mental que varían desde el apoyo del comportamiento y la promoción del bienestar mental universal a la capacitación de padres y personal, la identificación y evaluación, el asesoramiento individual y grupal, la intervención en casos de crisis y la derivación a servicios de la comunidad. (106)

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. (107)

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 adictivas 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 episodios psicóticos, como se ha descrito anteriormente en el capítulo de análisis de situación.

Se deben implantar medidas para fomentar la adherencia terapéutica, así como un abordaje funcional y significativo, 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, significativos, con objetivos comunes y con equidad. (108)

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 inician en la etapa infantojuvenil. (109)

La atención a la salud mental en los dispositivos de atención a la salud mental se realizará por equipos multidisciplinares por mediación de profesionales de la salud con cualificación específica en las etapas de la infancia y la adolescencia. En este sentido, el 3 de agosto de 2021, se aprobó el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.(110) 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 potencialmente a un grado variable de discapacidad, son especialmente recomendados para la técnica denominada “gestión de casos” y la coordinación del plan terapéutico individualizado.

Intervención precoz y los primeros episodios psicóticos

En la presencia del delirio y otros síntomas psicóticos se basa el diagnóstico de psicosis y, en concreto, de esquizofrenia, quiere ello decir que basarse en este criterio, que figura en las categorías de los sistemas diagnóstico de los trastornos mentales, es llegar tarde, es diagnosticar una psicosis antigua, aunque esté presente desde hace poco tiempo. La importancia de estos pródromos hizo que Mc Gorry, William Carpenter y otros investigadores, propusieran para la DSM-5 la categoría de “Síndrome de psicosis atenuada”, propuesta que finalmente no prosperó. (111,112) Interesa poder trabajar en niveles de desarrollo del trastorno psicótico en niveles 2-3 y potenciar las intervenciones terapéuticas comunitarias en el nivel 1 de la pirámide de Yung (2006). (113,114) Trabajar con estos casos es fundamental porque, tal y como plantean Mc Gorry y Carpenter, se consigue “parar” la evolución a las psicosis.

La prevención durante la infancia: malos tratos, violencia sexual, acoso y fracaso escolar

Especial importancia reviste el caso de los malos tratos a la infancia y la violencia sexual, donde existe una tendencia a reducirlos solo a la esfera física, dando menos importancia a los malos tratos de tipo psicológico-emocional. Sin embargo, los malos tratos a la infancia de tipo psicológico-emocional son los que más secuelas dejan y los que más costes posteriores tienen en la atención, fundamentalmente de salud mental. Son necesarias formas específicas de exploración adaptadas a la etapa de desarrollo infantil y con técnica precisa de entrevista, de especial importancia en los casos de violencia sexual sin pruebas biológicas (p. ej. toqueteos y otros tipos).

El acoso escolar y su variante del ciberacoso es fundamental, por las secuelas psicológicas a medio y largo plazo y porque la prevalencia se va incrementando, en muchas ocasiones ligado al incremento de las conductas de ciberadicción en estas etapas.

Tampoco se olvida la población LGBTI en el contexto escolar y las formas específicas de abordarlo, sobre todo lo derivado del “tránsito” en la infancia transgénero. (48)

Especial abordaje preventivo precisa lo relativo a la relación entre trastornos mentales y fracaso escolar y entre fracaso escolar y trastornos mentales, dos situaciones de especial significación.

Todo lo anterior es de fundamental importancia para realizar prevención del daño asociado a la asistencia sanitaria en la infancia y adolescencia, fomentando lo que se denomina como prevención cuaternaria.

Durante la fase final de elaboración de esta Estrategia se ha aprobado la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Cabe destacar en relación con este apartado lo establecido en el Artículo 38. Actuaciones en el ámbito sanitario en el que se establece entre otras cuestiones que las administraciones sanitarias promoverán e impulsarán actuaciones para la promoción del buen trato a la infancia y la adolescencia, así como para la prevención y detección precoz de la violencia sobre los niños, niñas y adolescentes, y de sus factores de riesgo promoviendo la elaboración de protocolos que lo faciliten y en el Artículo 39 en el que se establece la creación de una Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes. (115)

5.1: Objetivo general. Promoción de la salud mental en la infancia y adolescencia. Prevención y detección precoz de los problemas de salud mental a estas edades

Objetivos específicos

- 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 de conflictos, asegurar un ambiente escolar positivo y seguro, desarrollar conductas prosociales de ayuda a los demás y de fomento de la salud física. (106)
- 5.1.2. Programar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- 5.1.3. Desarrollar programas y protocolos en el ámbito educativo, sanitario y comunitario, de promoción de la parentalidad positiva, incluyendo a las familias en situaciones de riesgo social, evolutivo y psicoafectivo.

- 514. Establecer programas de formación y sensibilización a la comunidad educativa sobre los síntomas y la ayuda con los problemas de salud mental y combatir la estigmatización. (106)
- 515. Asegurar la accesibilidad al apoyo de la salud mental en el ámbito educativo estableciendo alianzas con redes de apoyo y recursos de la comunidad. (106)
- 516. Incorporar procedimientos de cribado que permitan una mejor identificación de un trastorno depresivo mayor en los adolescentes que acuden a un servicio de atención primaria de salud. Integrar este tipo de herramientas dentro del propio proceso asistencial, asegurando el acceso a un tratamiento temprano y a un adecuado seguimiento. (107)
- 517. Diseñar actuaciones específicas para sensibilizar y prevenir sobre el abuso de las TIC en la infancia y adolescencia y las conductas adictivas sin sustancias (ciberadicción y ciberacoso).
- 518. Incluir programas específicos de prevención en entornos familiares disfuncionales que permitan identificar situaciones de abuso, violencia, maltrato o vulnerabilidad, tanto en material de violencia infantil como de género, por su especial impacto en la salud mental de quien la sufre.
- 519. Fortalecer la formación en discriminación y seguimiento de los problemas de salud mental en los Equipos de Orientación Educativa, psicólogos escolares, enfermeras escolares y trabajadores sociales, estableciendo relaciones y sinergias con los servicios de salud mental, ofreciendo a la comunidad educativa apoyo del comportamiento y promoción del bienestar mental, identificación y evaluación de intervenciones tempranas, asesoramiento individual y grupal y la derivación a servicios comunitarios. (106)

5.2: Objetivo general. Atención a los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental

Objetivos específicos

- 521. Atender con prontitud los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia. Ello es especialmente relevante tras los síntomas que indican la aparición de trastornos mentales graves.
- 522. Desarrollar una atención precoz a los problemas de salud mental emergentes en la etapa de desarrollo de la infancia y la adolescencia.
- 523. Elaborar planes para identificar precozmente los pródromos de los trastornos psicóticos e intervenir de forma temprana y eficaz en los primeros episodios psicóticos en la adolescencia.

524. Desarrollar programas que fomenten la adherencia terapéutica, el tratamiento significativo y eviten el abandono precoz del tratamiento de los problemas de salud mental en las etapas de la infancia y adolescencia.
525. Programar y desarrollar programas de formación continuada de médicos de familia, pediatras de atención primaria y enfermeras de atención primaria y comunitaria para evaluar a niños, niñas y adolescentes con riesgo de depresión y otros problemas de salud mental y registrar el perfil de riesgo en su historia clínica. (107)
526. Promover programas de formación continuada y de postgrado de profesionales de la salud mental en los trastornos específicos de la infancia y adolescencia.
527. Abordar los trastornos del comportamiento de forma precoz, haciendo especial énfasis en la violencia filio-parental.
528. Atender a los problemas de salud mental derivados del uso, abuso y conductas adictivas por la utilización de las TIC, incluyendo lo relativo al acoso y ciberacoso escolar.
529. Mejorar los recursos y servicios de atención a la infancia y adolescencia. Dotar de suficientes recursos a los servicios de atención primaria pediátrica y a los servicios de salud mental infantil.
5210. Reforzar los programas de continuidad de cuidados y gestión de casos para la atención a niños, niñas y adolescentes con enfermedades o trastornos que tienden a la cronicidad, discapacidad y dependencia.
- 5.2.11. Incorporar la evaluación de competencias parentales y el cribado de los problemas de salud mental, incluyendo el bienestar emocional, psicológico social y/u ocupacional, en los programas de Salud Infantil en atención primaria. (105)
- 5.2.12. Impulsar el buen trato a la infancia y la adolescencia, el respeto de los derechos fundamentales del niño y la humanización en la asistencia.

5.3: Objetivo general. Luchar contra la discriminación y la estigmatización social de los niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental

Objetivos específicos

531. Fomentar campañas de sensibilización en colectivos claves: profesionales del ámbito social, educativo y sanitario, familiares, policías, profesores, periodistas, estudiantes universitarios, estudiantes de instituto. (108)

- 532. Implementar proyectos compartidos entre personas en las etapas de la infancia y la adolescencia con y sin problemas de salud mental, con objetivos comunes y en igualdad de estatus. (108)
- 533. Elaborar programas comunitarios con participación de instituciones y asociaciones que contribuyan a la lucha contra el estigma social. (108)

Recomendaciones

- I. Los y las profesionales de medicina familiar y comunitaria, pediatría y enfermeras de atención primaria deben tener una adecuada formación para evaluar a niños, niñas y adolescentes con riesgo de depresión y otros problemas de salud mental, registrando el perfil de riesgo en su historia clínica. (107)
- 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. (107)
- III. Incluir de forma rutinaria preguntas acerca de síntomas depresivos y de su estado mental en cada evaluación de salud mental de un niño o adolescente en atención primaria. (107)
- IV. Aproximar el gasto sanitario en salud mental a la media española en aquellas comunidades autónomas cuyo gasto sea inferior.
- 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. (107)
- VI. Asegurar la continuidad asistencial cuando por razones de edad sea necesario el cambio entre servicios asistenciales de la infancia y de adultos. (107)
- 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.
- VIII. Promover el desarrollo y adecuada dotación de unidades especializadas.
- 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.

- 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. (82) 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 asistenciales.

Las actividades de intervención familiar contemplan a la familia y su entorno como elemento activo en la recuperación psicosocial de la persona con problemas de salud mental. Se 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 compartir experiencias personales, lo que implica una apertura de las redes sociales, compartir situaciones similares y evitar el aislamiento social. Se trata de reforzar la idea de la salud de la familia. La familia no solo es proveedora de cuidados sino que se convierte en un potencial usuario. El sistema familiar es en sí mismo un entorno donde se protege o propicia la aparición de problemas de salud mental, se proveen cuidados y se aprenden autocuidados.

Para ello, familiares o personas allegadas, necesitan información, asesoramiento, formación, cuidados y autocuidados en los temas relacionados con los problemas de salud mental como pueden ser los diferentes tratamientos, estrategias específicas (tipo de comunicación, abordaje, afrontamiento y resolución de problemas) y recursos existentes.

Los programas formativos de intervención familiar son básicos en un modelo de atención 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 de herramientas para el desarrollo y la mejora de las habilidades sociales básicas y fomentar un clima familiar saludable y la resolución de posibles conflictos en el sistema familiar.

6.1: Objetivo general. Atención y relación con las familias

Objetivos específicos

- 6.1.1. Fomentar modelos de atención y apoyo a las familias para el establecimiento de una alianza efectiva entre profesionales y personas con problemas de salud mental, basados en su autonomía y empoderamiento.
- 6.1.2. Facilitar la puesta en marcha de itinerarios de apoyo psicosocial a familiares de personas con problemas de salud mental.
- 6.1.3. Fomentar las actividades de ocio entre familiares.
- 6.1.4. Favorecer el asociacionismo de familiares y personas con problemas de salud mental.
- 6.1.5. Impulsar la creación de grupos de apoyo mutuo entre familiares.
- 6.1.6. Sensibilizar e informar a las familias acerca del impacto en su salud física y mental de la sobrecarga relacionada con el cuidado de su familiar.
- 6.1.7. Fomentar la corresponsabilidad familiar en la prestación de cuidados y tareas domésticas.

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 (xx)

Objetivos específicos

- 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.
- 6.2.2. Impulsar políticas de prevención de las situaciones de dependencia.
- 6.2.3. Promover acciones para garantizar una red de recursos orientados a la promoción de la autonomía y atención a la dependencia.
- 6.2.4. Garantizar el acceso de las familias a equipos de atención domiciliaria que realicen un seguimiento, evaluación y apoyo personalizado.

(xx) 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;”(82)

- 62.5. Poner en marcha programas de formación para profesionales que acompañen y presten servicios a las familias.

Recomendaciones

- 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.
- II. Facilitar el desarrollo de Programas de Intervención y Apoyo Familiar.
- III. Potenciar los equipos de tratamiento asertivo comunitario interdisciplinar (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, terapia ocupacional y trabajo social).
- IV. 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 situaciones conflictivas que pudieran acontecer.
- VI. Fomentar 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.
- VII. Fomentar el desarrollo de programas de cuidado o atención en el propio domicilio.
- VIII. 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.
- IX. 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.
- X. 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.

Línea estratégica 7. Coordinación

La coordinación es el modo de articulación de los distintos niveles en que han de ser procurados los cuidados en el campo de la salud mental y en cualquier otro de la actividad. Su objetivo es garantizar la continuidad de los cuidados que son necesarios, especialmente en situaciones complejas o la complementariedad –y su articulación temporal– en intervenciones con profesionales de distintas redes de servicios (servicios sociales, justicia, educación, trabajo, etc.). Las personas con problemas de salud mental pueden presentar, debido a ello, otras necesidades para cuya cobertura se requiere del aporte de otros ámbitos organizativos que están fuera del campo de la salud. Por ello es especialmente importante conseguir niveles de cooperación entre profesionales, instituciones y sectores que faciliten la creación de una red que sostenga el cuidado y garantice el derecho de las personas a una atención coherente y debidamente articulada. Dentro del ámbito asistencial, también es importante la coordinación con otras especialidades que tratan patologías con una repercusión importante sobre la salud mental de los pacientes que las sufren.

Estetipodetrabajosebasaenunabordajemultidisciplinarqueconverge 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 cobertura legal e institucional para diversa índole, y obtener

los casos graves y/o con problemas importantes de comportamiento. (116)

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.
- 7.1.7. Fomentar la coordinación sociosanitaria.

7.2. Objetivo general. Desarrollar la coordinación en el sistema de salud mental y las redes asociativas en salud mental

Objetivos específicos

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

7.3. Objetivo general. Desarrollar la cooperación dentro del equipo interdisciplinar de salud mental

Objetivos específicos

- 7.3.1 Potenciar y generar condiciones, elementos y medios que faciliten el trabajo interdisciplinar en el funcionamiento del equipo.
- 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, psicología clínica, trabajo social y terapia ocupacional.
- 7.3.3 Centrarse en 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 de manera que las acciones que se realicen sean significativas.

Recomendaciones

- I. 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.
- II. Estimular en los equipos la cultura de la participación, la deliberación, el consenso, la diversidad y las relaciones de horizontalidad.
- III. Desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
- IV. Evaluar todas y cada una de las acciones a desarrollar, con la participación real, significativa, funcional y efectiva de las personas con problemas de salud mental.
- V. 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.
- VI. 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”. (117)

- VII. 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.

Línea estratégica 8. Participación de la ciudadanía

La participación de la ciudadanía en todo aquello que afecta a la persona y a la comunidad es uno de los sustentos de la vida democrática. Se ejerce a través de un conjunto de mecanismos con distinto nivel de formalización de mayor o menor amplitud y complejidad según la cuestión de que se trate.

En el campo de la salud hay que entender por participación el proceso mediante el cual todas aquellas personas que intervienen en cualquier situación colaboran en el proceso de toma de las decisiones que les afectan ya sea en términos de los estilos de vida, para la prevención y promoción de la salud mental, en términos de elección de los tratamientos, o bien para la redistribución de recursos (118). Esa colaboración se hace imprescindible para desarrollar una práctica respetuosa con la autonomía y con todos los demás derechos de la persona y favorecen el desarrollo comunitario. La participación comunitaria aporta ventajas en cuanto al apoyo social percibido y el establecimiento de redes sociales, imprescindibles para el fomento de la salud y la recuperación. Es interesante destacar en este punto el papel de los grupos de ayuda mutua y de las asociaciones.

8.1 Objetivo general. Promover la participación colectiva a través de grupos organizados de la sociedad civil

Objetivos específicos

- 8.1.1. Facilitar la participación de los agentes sociales y representativos en las estrategias y planes de salud mental.
- 8.1.2. Establecer en cada comunidad autónoma mecanismos de participación de los movimientos asociativos, las sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental en el diseño, planificación y evaluación de los servicios.
- 8.1.3. Establecer en cada uno de los servicios de salud mental, mecanismos que estimulen la participación interdisciplinar desde una perspectiva de horizontalidad.

- 8.1.4. Integrar la perspectiva de género en el desarrollo de planes y estrategias de salud mental favoreciendo el desarrollo de recursos y redes de apoyo destinados a las mujeres con problemas de salud mental.
- 8.1.5. Promocionar mecanismos que faciliten que las personas con problemas de salud mental y sus familiares puedan ejercer su derecho de participación.

8.2. Objetivo general. Incorporar a las personas con experiencia propia en problemas de salud mental como agentes activos de salud

Objetivos específicos

- 82.1. Establecer mecanismos de participación efectiva en el diseño, planificación y evaluación de los servicios.
- 82.2. Implantar medidas de participación efectiva en los servicios de atención para la toma de decisiones.
- 82.3. Implantar el modelo de “apoyo entre pares” como garantía en el ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental.
- 82.4. Incorporar a las personas con experiencia propia en salud mental en los programas de formación y sensibilización a profesionales.

8.3. Objetivo general. Fomentar las buenas prácticas de participación

Objetivos específicos

- 83.1. Impulsar los grupos de ayuda mutua en sus diferentes roles (profesionales, familiares, allegadas y personas con trastorno mental) desde los servicios de atención.
- 83.2. Proporcionar espacios y herramientas para el intercambio de buenas prácticas a nivel nacional e internacional.

Recomendaciones

- I. Las comunidades autónomas regularán la participación en los órganos consultivos y de asesoramiento relacionados con la salud mental, de representantes de las asociaciones de

- profesionales de la salud mental y del movimiento asociativo en el contexto de una total transparencia sobre los conflictos de intereses.
- II. Las comunidades autónomas dispondrán en cada departamento de salud de una estructura participativa, incluyendo personas con problemas de salud mental en los grupos y comisiones de trabajo.
 - III. Las comunidades autónomas facilitarán el desarrollo de la planificación anticipada de decisiones para las situaciones que lo requieran.
 - IV. Incluir en los programas de evaluación a las personas con experiencia propia en problemas de salud mental.

Línea estratégica 9. Formación

El avance de los conocimientos en Ciencias de la Salud y la amplitud de los campos relacionados con ellas, requieren de una formación continuada de los y las profesionales.

Es preciso incrementar el conocimiento de los y las profesionales, de salud mental y de atención primaria, sobre la evidencia de las diferentes terapias en salud mental a través de iniciativas docentes a cargo de las autoridades sanitarias. La formación relacionada con los temas de salud mental ha de realizarse garantizando la inexistencia de conflictos de intereses, en especial, la relacionada con el uso de medicamentos.

Es de gran importancia ampliar las propuestas y desarrollo de actividades psicoterapéuticas en los dispositivos de salud mental. Para ello es imprescindible que sean evaluadas las necesidades en cada territorio, poniendo en marcha iniciativas de formación dirigida a los y las profesionales y centrada en aquellas técnicas psicoterapéuticas que resultan idóneas en cada contexto y basadas en la evidencia científica y en los programas existentes en otros países de nuestro entorno (p. ej. Alemania, Austria, Italia y países nórdicos).

Tanto la población infanto-juvenil, como la población de edad avanzada, constituyen un grupo clave, con problemas propios de salud mental que requieren atención por profesionales con un adecuado nivel de formación específica en este ámbito.

Hay que promover y fomentar la formación continuada de los y las profesionales de salud mental en base a la nueva evidencia científica y de experiencias existentes en otros países de nuestro entorno. Es necesario detectar y cubrir las necesidades formativas y potenciar el enfoque interdisciplinar y transversal, incorporando la experiencia y el saber de las personas con problemas de salud mental y sus organizaciones.

Pregrado

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

Formación sanitaria especializada

La formación de postgrado por la vía MIR (título de médico especialista en Psiquiatría), PIR (título de psicólogo especialista en Psicología Clínica) y EIR (título de enfermera especialista en Salud Mental) es uno de los programas más prestigiados a nivel internacional de nuestro SNS. La acreditación de las unidades docentes ha de responder a las necesidades formativas reales y actualizadas de los y las profesionales. El programa es establecido por cada comisión de la especialidad correspondiente. En todos ellos, se incluye la adquisición de competencias para el manejo de personas con sintomatología crónica, problemas de salud mental grave, para el proceso asistencial y diagnóstico, orientación terapéutica y de cuidados, introducción a la interconsulta con otros servicios, y asistencia a trastornos adictivos por uso de sustancias (alcohol y otras sustancias de abuso). Las materias de promoción de la salud y prevención de los problemas de salud en todas las etapas de la vida son importantes. El programa formativo se lleva a cabo en dispositivos como unidades de hospitalización de personas con trastorno mental grave de los hospitales generales, centros de salud mental, dispositivos intermedios, dispositivos de atención a personas con trastorno por uso de sustancias y dispositivos de rehabilitación psicosocial, y se 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 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, Abuso de sustancias y Psicogeriatría, entre otras.

Los y las 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.

Durante la elaboración de esta Estrategia se aprobó el Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos 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. La oportunidad de creación de nuevas especialidades en el ámbito de la salud mental es algo que se analizará una vez aprobado el Real Decreto, (en tramitación en el momento de elaboración de esta Estrategia), en el que se determina el procedimiento y criterios para la creación de una nueva especialidad en Ciencias de la Salud.

Formación continuada

La formación continuada es un proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente, que está destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades, actitudes y competencias, 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. (119)

Es necesario promover y fomentar la formación continuada libre de conflictos de intereses de los y las profesionales de salud mental en base a la nueva evidencia científica y en prácticas y experiencias reconocidas internacionalmente y existentes en otros países de nuestro entorno, incluidas aquellas que contribuyan a reducir el uso de coerción en salud mental. En cada comunidad autónoma se debe detectar y cubrir las necesidades formativas y potenciar el enfoque interdisciplinar y transversal, incorporando la experiencia y el saber de las personas con problemas de salud mental y sus organizaciones.

9.1 Objetivo general. Promover la formación en salud mental desde las administraciones públicas

Objetivos específicos

- 9.1.1. Actualizar los programas formativos de las especialidades de salud mental y los requisitos de acreditación de la Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental.
- 9.1.2. Fortalecer la formación continuada de las personas especialistas del área de salud mental, así como la actualización de competencias sobre los problemas de salud mental de otros especialistas, especialmente en atención primaria.

- 9.1.3. Desarrollar acciones formativas en salud mental con y para los y las profesionales de atención primaria, de salud mental y aquellos otros relacionados con la atención a las personas con problemas de salud mental.
- 9.1.4. Desarrollar acciones formativas específicas en salud mental infanto-juvenil y en las edades avanzadas de la vida entre los y las profesionales que se dedican a la misma.
- 9.1.5. Promover la formación fuera del ámbito profesional sanitario, especialmente en otras áreas implicadas, como servicios sociales, educación, justicia, trabajo, instituciones penitenciarias y medios de comunicación.
- 9.1.6. Impulsar una formación transversal desde una perspectiva social que garantice los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, formación en valores que haga hincapié en la igualdad de género, los beneficios de la actividad física y los autocuidados.
- 9.1.7. Promover acciones formativas acerca del impacto del contexto social sobre la salud mental de la población, subrayando la importancia de las acciones preventivas y sus efectos que tiendan al aumento de la igualdad y la calidad de vida de la comunidad.
- 9.1.8. Fomentar acciones formativas que faciliten la integración de diversos tipos de intervenciones basadas en la evidencia científica disponible, en el marco de la atención interdisciplinar.
- 9.1.9. Facilitar la formación continua sensible al género y a la diversidad de culturas y experiencias de evaluadores de proyectos en salud mental a nivel estatal y de comunidades autónomas.

9.2. Objetivo general. Abrir vías de participación ciudadana en el diseño de políticas públicas de formación en salud mental

Objetivos específicos

- 9.2.1. Establecer vías de colaboración y participación entre las administraciones públicas y organizaciones del ámbito asociativo en el diseño y realización de las distintas acciones formativas.
- 9.2.2. Promover acciones formativas realizadas por personas con experiencia propia en salud mental.
- 9.2.3. Garantizar la formación en materia de participación ciudadana a los y las profesionales relacionados con la salud mental.

9.3. Objetivo general. Establecer planes formativos en relación a la atención de las personas con riesgo suicida para los diferentes sectores implicados

Objetivos específicos

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

Recomendaciones

- I. Impulsar una formación desde un modelo centrado en la persona y en el fomento de su autonomía y sus derechos.
- II. 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.
- III. 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

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

Hasta hoy la investigación ha dependido en gran medida de la iniciativa particular de profesionales y equipos. A diferencia de la asistencia y el entrenamiento de nuevos profesionales, la investigación no forma parte de las tareas asignadas a cada profesional y por tanto este debe decidir si la incluye y en qué medida en su cometido. Por tanto, la investigación constituye una actividad frágil y que debe ser activamente promovida y protegida desde la autoridad sanitaria.

La investigación clínica centrada en las necesidades de las personas con problemas de salud mental y teniendo en cuenta el contexto social y económico en el que desarrollan su vida, así como la evaluación de la eficacia y seguridad de los diferentes tratamientos, debe primar en el sistema sanitario público.

En muchas ocasiones la metodología a seleccionar se denomina investigación-acción, siendo una metodología de un sutil y difícil diseño, al simultanear la intervención clínica directa, con el rigor metodológico de la recogida de datos para la investigación. De igual forma, en no pocas ocasiones se realizan investigaciones con metodología cualitativa, con todo lo que ello comporta de dificultad en la recogida de los datos y el tratamiento de los resultados obtenidos. (120) La investigación en salud mental es un proceso complejo que abarca entre otras: la investigación básica, las interacciones genético-ambientales, la evaluación económica de servicios o programas asistenciales y las investigaciones con una orientación más clínica. Es necesario promover la investigación en todos los niveles, desde la promoción de la salud, la etiofisopatología, la prevención, la epidemiología, la efectividad de las intervenciones o los resultados de salud, entre otras líneas. La fase de pródromos de las psicosis es otra de las líneas de interés de investigación en el campo de la clínica, en coherencia con establecer una intervención precoz.

España cuenta desde el 2006 con el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER, www.ciberisciii.es), consorcio público estatal, una de cuyas áreas es salud mental (CIBERSAM). CIBER, y CIBERSAM, se crearon con la finalidad de generar una masa crítica de investigadores fomentando la investigación traslacional, básica, clínica, epidemiológica y en servicios de salud. Los grupos y programas de investigación se encuentran disponibles en su web: <https://www.ciberisciii.es/areas-tematicas/cibersam>

Sin perder de vista la complementariedad de las líneas de investigación y la necesidad de potenciar la creación de grupos de investigación competitiva multidisciplinarios, incluyendo especialistas de otras áreas de conocimiento, parece razonable que se prioricen aquellas líneas de investigación con un elevado componente traslacional con un mayor impacto en la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y en la mejora de la asistencia que se les ofrece. De igual forma, han de potenciarse las investigaciones multicéntricas y con colaboraciones internacionales, en las que quepa la posibilidad de incluir a los y las profesionales en formación. Asimismo, debe incluirse la tarea de difusión de las investigaciones que se realizan, 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 validación de alguna escala de evaluación general o específica).

El **impulso a la salud digital**, que se prevé en los próximos años debe orientarse, y representa una oportunidad para una mejor atención de los pacientes.

La incorporación al Sistema Nacional de Salud de tecnologías digitales disruptivas debe adecuar el progreso del sistema sanitario a las exigencias de la sociedad actual, mediante políticas de innovación orientadas a la medicina 5P (Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa) y traducirse en nuevos y mejores servicios acordes a las necesidades de la población, más adaptados a cada persona, con más autonomía y capacidad de decisión de los pacientes y compatibles con la sostenibilidad del sistema. Esta innovación, como es norma en el ámbito de la salud, debe también demostrar evidencia de sus beneficios y proporcionalidad y eficiencia del esfuerzo asistencial.

La propia OMS señala que “la información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos gracias a la 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) (87)

10.1. Objetivo general. Impulsar la investigación en todos los ámbitos relacionados con la salud mental

Objetivos específicos

- 10.1.1. Promover que los programas estatales y autonómicos de investigación científica e innovación incluyan aspectos de la estrategia de salud mental.
- 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.
- 10.1.3. Promover la participación de dichos grupos en comités de ética e investigación en salud mental.
- 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.

- 10.1.5. Difundir los resultados de las investigaciones promoviendo la generación de conocimiento compartido.
- 10.1.6. Fomentar e incentivar la participación de los y las profesionales sanitarios con un perfil más clínico en actividades de investigación sanitaria de calidad.
- 10.1.7. Promover la investigación de la conducta suicida.

10.2. Objetivo general. Establecer líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental

Objetivos específicos

- 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 interdisciplinarios para el desarrollo de las investigaciones, en las que debe contemplarse la participación de las personas con experiencia propia.
- 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.

10.3. Objetivo general. Incorporar la perspectiva de género en todas las líneas de investigación

Objetivos específicos

- 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.
- 10.3.2. Impulsar el desarrollo de líneas de investigación innovadoras referidas a la relación mujer y salud mental en diferentes ámbitos.
- 10.3.3. Poner en marcha actuaciones dirigidas específicamente a la erradicación de los sesgos de género en la investigación en salud mental.

10.4. Objetivo general. Desarrollar investigaciones sobre los factores socio-familiares de las personas con problemas de salud mental

Objetivos específicos

- 10.4.1. Promover la investigación sobre los nuevos modelos de familias, formas de cuidado y salud mental.
- 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 (117).
- 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.).
- 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.
- 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.
- 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.

10.5 Objetivo general. Potenciar el uso de las tecnologías de la información en el ámbito asistencial de atención a la salud mental en relación con la futura Estrategia de salud digital del Sistema Nacional de Salud

Objetivos específicos

- 10.5.1. Desarrollar **servicios públicos digitales** que tengan en cuenta las necesidades **que ayude a** de atención en salud mental. Por ejemplo, el desarrollo de un modelo de **atención telemática** **mejorar el acceso** a los servicios, en particular de los grupos más vulnerables,

de la población rural y de aquella con limitaciones de movilidad, garantizando la equidad, continuidad y seguridad de la atención sin perjuicio de la calidad de la atención, sobre la base de las buenas prácticas existentes y la normativa de aplicación (garantizando entre otras cuestiones el consentimiento, la privacidad y confidencialidad de la relación del profesional sanitario con el paciente, dotándola de la seguridad jurídica necesaria y siempre en el marco de la deontología de las profesiones sanitarias).

10.5.2. Impulsar la interoperabilidad de la información sanitaria en salud mental. y buenas

Con medidas como la adopción de estándares prácticas para el funcionamiento de la historia de salud digital, la integración de los datos clínicos esenciales de cada persona en el conjunto del SNS, reforzar el sistema de identidad única en el conjunto del SNS y el acceso desde todos los centros sanitarios, promover y apoyar los recursos de identificación digital necesarios para el acceso de profesionales y pacientes a los diferentes servicios digitales del SNS y lograr la plena integración en los proyectos europeos de interoperabilidad de la historia clínica resumida y la e-receta.

10.5.3. Ampliar, integrar y mejorar el Sistema de Información Sanitaria. De la mano de reforzar la adopción de modelos, estándares procedimientos y buenas prácticas por todos los actores del SNS para facilitar el intercambio de datos y de información, incrementar la agregación y consolidación de la información a nivel nacional y reforzar el intercambio y la colaboración internacionales, incorporar nuevas fuentes de datos, la integración de los mismos y la incorporación de nuevas herramientas de análisis y de presentación de información a través de la mejora del Portal de Información del SNS y desarrollar mecanismos que faciliten el acceso, la consulta y la reutilización de la información. Una mejora del sistema de información sanitaria para una mejor evaluación de la actividad, calidad, efectividad y eficiencia del SNS, así como la vigilancia de los riesgos y amenazas para la salud.

Recomendaciones

- I. Incluir en los planes autonómicos de salud mental la promoción y el impulso a la investigación.
- 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.
- III. Impulsar la coordinación en materias de investigación e innovación con otros organismos nacionales e internacionales.

- IV. Desarrollar estudios de investigación acerca de la presencia del estigma en los medios de comunicación y redes sociales.
- V. Desarrollar investigaciones en nuevas líneas de intervención relacionadas con posibles elementos sociales generadores de problemas de salud mental (p. ej. nuevas adicciones, acoso y ciberacoso, culto a la imagen, pandemias, desastres ambientales, migraciones, guerras, etc.).
- VI. Incluir en la investigación dos dimensiones fundamentales: la dimensión de género y la dimensión de edad para los grupos de infancia y adolescencia y personas de edad avanzada.
- VII. Promover iniciativas para mejorar la información existente sobre datos de salud mental para la gestión sanitaria y el análisis epidemiológico.

V. Salud mental en tiempos de pandemia

El 30 de enero de 2020 el Director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom, declaró por sexta vez desde la aprobación del Reglamento Sanitario Internacional en el año 2005, el brote del nuevo coronavirus-2019 iniciado en la República Popular China como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional. (121) Mes y medio más tarde y dados los alarmantes niveles de propagación de la enfermedad y la 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 Gobierno de España a adoptar una serie de medidas de aplicación inmediata, entre las que 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 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.

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, en una caída del PIB del 11 % durante el año 2020. (122) La población ocupada disminuyó en el segundo trimestre del año 2020 en 1.074.000 personas a las que hay que sumar las personas afectadas por un Expediente de Regulación Temporal de Empleo (ERTE) o directamente en situación de suspensión de empleo, siendo las empresas más pequeñas las más afectadas. Probablemente las consecuencias económicas sean las que más tiempo requieran para poder revertirse. (123).

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.

Diversos estudios nacionales e internacionales han evidenciado el incremento de trastornos de ansiedad y depresivos y, en ocasiones, cuadros compatibles con el 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 descompensación de cuadros clínicos preexistentes, como los trastornos de la conducta alimentaria, descompensación de cuadros psicóticos y las conductas adictivas (sobre

todo a las adicciones 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. (124,125).

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 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). (xxi) 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 periodo de pandemia, respecto al 18,2 % del periodo previo. El incremento fue mayor en las mujeres (26,9 % frente a 22,5 %) que en los hombres (14,8 % frente a 13,6 %).

El descenso de falta de interés o alegría por hacer las cosas y el aumento de personas con sensación de decaimiento afectó a todos los grupos de edad.

En los primeros meses de pandemia también se incrementaron los problemas para dormir. El 21,2 % de las personas de 15 y más años los tuvo, frente al 19,2 % de antes de la misma.

Las anteriores encuestas tienen el valor de haber sido realizadas entre la población general, con un tamaño muestral importante y con una metodología consolidada. Sin embargo, y a pesar de que en una pandemia toda la población deba ser considerada en mayor o menor medida vulnerable, se ha evidenciado la existencia de colectivos en los cuales el impacto de la misma sobre la salud mental ha sido especialmente importante, lo que puede tener implicaciones en la gestión de la atención a la salud mental en esta y futuras pandemias. Entre estos colectivos se encuentran:

Las personas con problemas de salud mental previos. En un estudio en el Reino Unido durante las primeras 6 semanas de confinamiento se vio que las personas con trastornos preexistentes presentaban diferencias significativas, comparado con aquellas que no los tenían, en la frecuencia de

(xxi) 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.

síntomas autodeclarados de depresión y ansiedad. (126) En España, durante el pico de la pandemia, aproximadamente un 6 % de las personas con algún trastorno mental 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 problemas de estructuración del sueño (41 %). (127,128,129,130) Un 20 % de las personas con trastorno mental grave incluidas en este estudio habría requerido aumentar la medicación para afrontar los problemas emocionales y las descompensaciones. (127)

Los trabajadores y trabajadoras del sector sanitario (131). En el metanálisis realizado por Li y colaboradores se analizaron 65 estudios sobre la prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático entre

profesionales sanitarios con un total 97.333 profesionales sanitarios de 21 países. La prevalencia combinada de depresión moderada fue de 21,7 % (IC 95 %, 18,3 %-25,2 %), de ansiedad 22,1 % (IC 95 %, 18,2 %-26,3 %) y de trastorno de estrés postraumático 21,5 % (IC 95 %, 10,5 %-34,9 %). (132) En nuestro país, según una encuesta elaborada por la Organización Médica Colegial (133) mostraba un aumento en los problemas relacionados con el sueño (de un 9,4 % antes de la pandemia a un 33 %), la presencia de “burnout” (cuya prevalencia se había duplicado) o en el consumo de tranquilizantes o hipnóticos (de un 18,6 % antes de la pandemia a un 29,4 %).

Los propios pacientes COVID, quienes presentan el doble de probabilidades de presentar desequilibrios en su salud mental con respecto a otras personas con otras patologías. Aproximadamente, el 20 % de los supervivientes se han enfrentado por primera vez a un diagnóstico de ansiedad, depresión o insomnio. (134)

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 familiares de los pacientes, quienes han tenido que afrontar situaciones de incertidumbre, temor o culpa.

La población con menos recursos, quienes, como se ha puesto de manifiesto en las encuestas comentadas, han sufrido un mayor impacto y lo pueden tener más difícil a la hora de acceder a las formas de asistencia alternativa desarrolladas durante el confinamiento como la teleconsulta.

Las mujeres. Las encuestas comentadas y otros estudios, han puesto de manifiesto un mayor impacto de la pandemia sobre la salud mental de las mujeres agravado por el desigual reparto de las tareas del hogar y de las cargas familiares y las dificultades de conciliación en un contexto de teletrabajo.

La población de los grupos de edad de la infancia y adolescencia, como se refleja, por ejemplo, en la encuesta realizada por el CIS en nuestro país, con los datos mostrados anteriormente.

Todo lo expresado pone en evidencia la importancia de prestar especial atención a la salud mental de la población durante una pandemia. La magnitud y amplitud del impacto y la velocidad con la que se desarrollan los acontecimientos, como un tsunami, hacen muy complicada la implementación de medidas efectivas en los primeros momentos si no están preparadas previamente.

En este sentido de lo vivido hasta la fecha durante los meses de la pandemia por COVID-19 todavía en curso se pueden extraer una serie de recomendaciones:

Lecciones aprendidas para mejorar la atención a la salud mental durante y tras una pandemia

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 adecuada y que puede ser necesario prolongar una vez superada la pandemia.
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.
3. Llevar a cabo análisis y estudios para evaluar cuál ha sido el impacto en los grupos sociales 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.
5. Desarrollar instrumentos operativos de intervención que sean útiles en estas circunstancias (p. ej. terapias grupales, abordajes familiares, teleconsulta).
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 y las profesionales sanitarios, siendo prioritario el desarrollo de las acciones con la atención primaria de salud.
8. Promover intervenciones que prevengan y aborden los efectos de la fatiga pandémica en la población y en los y las profesionales sanitarios.

9. 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 y las profesionales sanitarios. Desde una perspectiva de salud laboral, es importante que exista una coordinación adecuada entre los y las 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.

VI. Evaluación

Metodología de evaluación

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:

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.

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).

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

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.

Dicho Comité, entre otras tareas, elaborará el mencionado cuestionario cualitativo de evaluación.

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.

Propuesta de indicadores

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 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):

- Población residente en España, total (INE).
- Población por edad, grupos quinquenales (INE).
- Esperanza de vida al nacimiento según sexo (INE).
- Tasa de mortalidad al nacimiento, en tanto por mil (INE).
- Número de defunciones/año, total (INE).
- Tasa de paro (INE).
- Población en riesgo de pobreza relativa (INE).

A. Estado de salud mental

- A1. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años.
- A2. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años.
- A3. Riesgo de mala salud mental en población de 4 a 14 años.
- A4. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población de 4 a 14 años.
- A5. Porcentaje de personas con certificado de discapacidad por problemas de salud mental.

B. Morbilidad

- B.1 Prevalencia de depresión en población de 15 y más años.
- B.2 Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años.
- B.3 Prevalencia de otros trastornos mentales en población de 15 y más años.
- B.4 Prevalencia de trastornos de la conducta en población de 4 a 14 años.

- B.5 Prevalencia de trastornos de hiperactividad en población de 4 a 14 años.
- B.6 Prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad) en población de 4 a 14 años.
- B.7 Prevalencia de autismo o trastornos del espectro autista (TEA) en población de 3 a 14 años.
- B.8 Prevalencia global de problemas de salud mental registrada en atención primaria.
- B.9 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antidepresivos (N06A).
- B.10 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los ansiolíticos (N05B).
- B.11 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los hipnóticos y sedantes (N05C).
- B.12 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antipsicóticos (N05A).
- B.13 Porcentaje de población que ha visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra.

C. Gasto en salud mental

- C.1 Gasto total anual en hospitales en salud mental en el SNS.
- C.2 Porcentaje de gasto en hospitales en salud mental sobre el total de gasto en hospitales en el SNS.

D. Recursos sanitarios

- D.1 N° total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS.
- D.2 Tasa de camas de psiquiatría en hospitales del SNS por 100.000 habitantes.
- D.3 Estancia media en psiquiatría de los ingresos hospitalarios en unidades de agudos.
- D.4 Número de centros de salud mental.
- D.5 Número de psiquiatras vinculados a centros sanitarios públicos del SNS.
- D.6 Ratio de psiquiatras vinculados a centros sanitarios públicos del SNS por 100.000 habitantes.
- D.7 Número de psicólogos con la especialidad de psicología clínica.
- D.8 Número de enfermeras con el título de especialista en salud mental.
- D.9 Número de trabajadores sociales en centros sanitarios públicos del SNS.

E. Indicadores en relación con la conducta suicida

- E.1 Número de suicidios.
- E.2 Tasa de suicidio/100.000 habs./año.
- E.3 Tasa de alta hospitalaria por autolesiones/100.000 habs./año.

Descripción de los indicadores propuestos

A. Estado de salud mental

- A1. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años.
Fórmula/definición: Puntuación media obtenida en el cuestionario de salud GHQ-12 de Goldberg.
Desagregación: total, sexo, actividad económica.
Fuente: [Encuesta Nacional de Salud \(ENSE\)](#).
Periodicidad: 5 años.
Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.
- A2. Porcentaje de población en riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años.
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 ($\text{GHQ-12} \geq 3$). El punto de corte para identificar los posibles casos psiquiátricos es 3.
Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
Fuente: [Encuesta Nacional de Salud \(ENSE\)](#).
Periodicidad: 5 años.
Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.
- A3. Riesgo de mala salud mental en población de 4 a 14 años.
Fórmula/definición: Puntuación media obtenida en el cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).
Desagregación: total, sexo.
Fuente: [Encuesta Nacional de Salud \(ENSE\)](#).
Periodicidad: 5 años.
Observaciones: próximo año 2023. Decalaje 1 año.
- A4. Porcentaje de población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental.
Fórmula/definición: Cuestionario Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) estratificando según el punto de corte establecido para estimar la población en riesgo de padecer un trastorno mental (SDQ 14 o más puntos).

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
Fuente: [Encuesta Nacional de Salud \(ENSE\)](#).
Periodicidad: 5 años.
Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.

- A5. Porcentaje de personas con certificado de discapacidad por problemas de salud mental.
Fórmula/definición: Personas con certificado de discapacidad por grupo de deficiencia según grado de la discapacidad y sexo.
Unidades: miles de personas y porcentajes.
Desagregación: sexo, grupo de edad.
Fuente: Discapacidad: Base Estatal de las Personas con Discapacidad. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística(INE)<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=29862&L=0>
Periodicidad: anual.
Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

B. Morbilidad

- B.1 Prevalencia de depresión en población de 15 y más años.
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.
Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y [Encuesta Europea de Salud en España \(EESE\)](#).
Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando).
Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año
- B.2 Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años
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.
Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y [Encuesta Europea de Salud en España \(EESE\)](#).
Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando).
Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.
- B.3 Prevalencia de otros trastornos mentales en población de 15 y más años.
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.
 Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
 Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y [Encuesta Europea de Salud en España](#) (ESEE).
 Periodicidad: 2,5 años (ENSE y ESEE tienen periodicidad 5 años y se van alternando).
 Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.

B.4 Prevalencia de trastornos de la conducta en población infantil de 4 a 14 años.

Fórmula/definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.
 Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
 Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE).
 Periodicidad: 5 años.
 Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.

B.5 Prevalencia de trastornos de hiperactividad en población infantil de 4 a 14 años.

Fórmula/definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.
 Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
 Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE).
 Periodicidad: 5 años.
 Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.

B.6 Prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad) en población infantil de 4 a 14 años.

Fórmula/definición: Prevalencia autodeclarada en población de 4 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.
 Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
 Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE).
 Periodicidad: 5 años.
 Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.

B.7 Prevalencia de autismo o trastornos del espectro autista (TEA) en población infantil de 3 a 14 años.

Fórmula/definición: Prevalencia autodeclarada en población de 3 a 14 años de trastornos padecidos en los últimos 12 meses y diagnosticados por un médico.
 Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.
 Fuente: Encuesta Nacional de Salud (ENSE).
 Periodicidad: 5 años.
 Observaciones: próximo año 2023. Decalaje de publicación 1 año.

B.8 Prevalencia global de problemas de salud mental registrada en atención primaria.

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.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio

Fuente: BDACP.

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años.

B.9 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antidepresivos (N06A).

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).

$$DHD = \frac{UV \times FF \times C \times 1000}{DDD \times N^{\circ} \text{ de habitantes} \times 365 \text{ d'as}}$$

UV: unidades de envases vendidas

FF: número de formas farmacéuticas por envase

UV: unidades de envases vendidas

FF: número de formas farmacéuticas por envase

C: cantidad de principio activo en cada forma farmacéutica

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio.

Fuente: [BDACP](#).

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años.

B.10 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los ansiolíticos (N05B).

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–.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio.

Fuente: [BDACP](#).

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años.

B.11 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los hipnóticos y sedantes (N05C).

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–.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio.

Fuente: [BDACP](#).

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años.

B.12 Envases de medicamentos dispensados del grupo de los antipsicóticos (N05A).

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–.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma, país de nacimiento, nivel de renta, situación laboral y tamaño del municipio.

Fuente: [BDACP](#).

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación 2 años.

B.13 Porcentaje de población que ha visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra.

Fórmula/definición: porcentaje de población que declara haber consultado a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra (público o privado) en los últimos 12 meses.

Desagregación: sexo, grupo de edad, comunidad autónoma.

Fuente: [Encuesta Nacional de Salud \(ENSE\)](#) y [Encuesta Europea de Salud en España \(EESE\)](#).

Periodicidad: 2,5 años (ENSE y EESE tienen periodicidad 5 años y se van alternando).

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.

C. Gasto en salud mental

- C.1 Gasto total anual en hospitales en salud mental en el SNS.
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.
Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)/Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (43).
Periodicidad: anual.
Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.
- C.2 Porcentaje de gasto en hospitales en salud mental sobre el total de gasto en hospitales en el SNS.
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.
Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. (SIAE)/Registro de Actividad de Atención Especializada. RAE-CMBD (43).
Periodicidad: anual.
Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

D. Recursos sanitarios

- D.1 N° total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS.
Fórmula/definición: número total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS, (contando tanto las unidades de agudos como las de media y larga estancia) de los 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 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.

Desagregación: tipo de hospital.

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

D.2 Tasa de camas de psiquiatría en hospitales del SNS por 100.000 habitantes.

Fórmula/definición: número total de camas de psiquiatría en hospitales del SNS, (contando tanto las unidades de agudos como las de media y larga estancia) de los 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 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. Denominador: cifras oficiales de población se del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal).

Desagregación: tipo de hospital.

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

D.3 Estancia media en psiquiatría de los ingresos hospitalarios en unidades de agudos.

Fórmula/definición: 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.

Desagregación: tipo de hospital.

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

D.4 Número de centros de salud mental.

Fórmula/definición: centros de salud mental según lo definido 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).

Desagregación: comunidad autónoma.

Fuente: Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios-REGCESS <http://regcess.mscbs.es/regcessWeb/inicioBuscarCentrosAction.do>

Periodicidad: continua.

Observaciones: datos volcados de forma continua por las comunidades autónomas al registro.

D.5 Número de psiquiatras en centros sanitarios públicos del SNS

Fórmula/definición: personal vinculado con la especialidad de psiquiatría en centros sanitarios públicos del SNS. (40)

Desagregación: comunidad autónoma.

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

D.6 Ratio de psiquiatras vinculados a centros sanitarios públicos del SNS por 100.000 habitantes.

Fórmula/definición: Numerador: personal vinculado con la especialidad de psiquiatría en centros sanitarios públicos del SNS. Denominador: cifras oficiales de población del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal).

Desagregación: comunidad autónoma.

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

D.7 Número de psicólogos con la especialidad de psicología clínica

Fórmula/definición: número acumulado (valor absoluto) de psicólogos con el título de la especialidad de psicología clínica.

Fuente: Consulta al Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad o [Registro Estatal de Profesionales Sanitarios \(REPS\)](#)

Periodicidad: anual.

Observaciones: Se podría mejorar el indicador pendiente de que el [Registro Estatal de Profesionales Sanitarios \(REPS\)](#) complete la información de CC AA y vinculación del personal a los diferentes centros.

D.8 Número de enfermeras con el título de especialista en salud mental.

Fórmula/definición: número acumulado (valor absoluto) de profesionales de enfermería con el título de la especialidad de enfermería de salud mental.

Fuente: Consulta al Ministerio de Universidades y Ministerio de Sanidad o [Registro Estatal de Profesionales Sanitarios \(REPS\)](#)

Periodicidad: anual.

Observaciones: Se podría mejorar el indicador pendiente de que el [Registro Estatal de Profesionales Sanitarios \(REPS\)](#) complete la información de CC AA y vinculación del personal a los diferentes centros.

D.9 Número de trabajadores sociales en centros sanitarios públicos del SNS.

Fórmula/definición: trabajadores sociales vinculados a centros sanitarios públicos del SNS (en centros públicos, con concierto sustitutorio y Red de Utilización Pública, RUP).

Desagregación: comunidad autónoma.

Fuente: Estadística de Centros Sanitarios de Atención.

Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento.

Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

E. Indicadores en relación con la conducta suicida

E1. Número de suicidios.

Fórmula/definición: número de defunciones por suicidio.

Desagregación: grupo de edad, sexo.

Fuente: Estadística de defunciones por suicidio. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) <https://www.ine.es/up/eaP6xsvsi1>

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

E2. Tasa de suicidio/100.000 habs./año.

Fórmula/definición: numerador: número de defunciones por suicidio; denominador: cifras oficiales de población del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal).

Desagregación: grupo de edad, sexo.

Fuente: Estadística de defunciones por suicidio. Disponible en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) <https://www.ine.es/up/y9dBdiRq>

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

E3. Tasa de alta hospitalaria por autolesiones/100.000 habs./año.

Fórmula/definición: numerador: número de altas de hospitalización (número de contactos); denominador: cifras oficiales de población del Instituto Nacional de Estadística (datos del padrón municipal).

Desagregación: grupo de edad, sexo.

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

Periodicidad: anual.

Observaciones: Decalaje de publicación aprox. 2 años.

Principales fuentes de información

Para recabar esta información se utilizarán, entre otras, [las bases de datos administrativas 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: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>

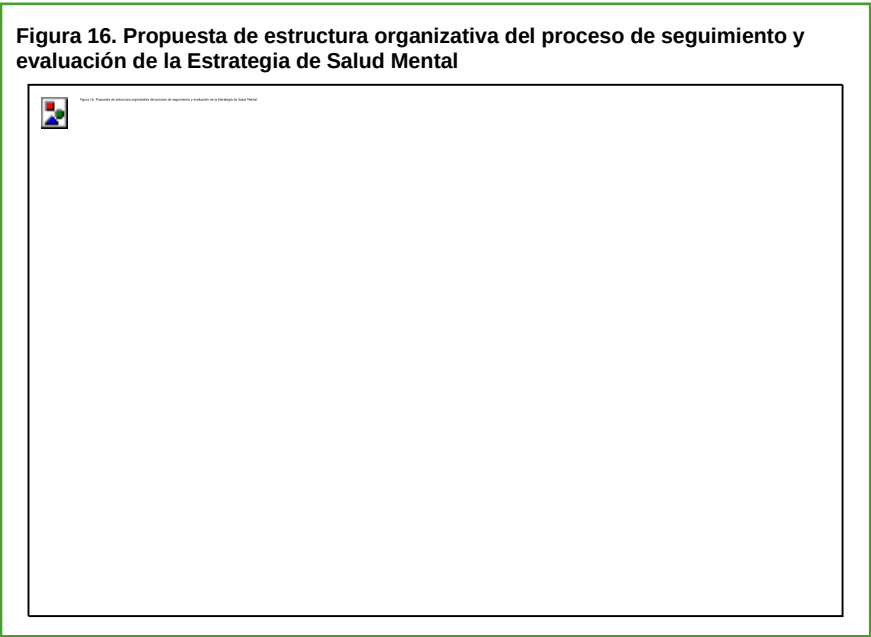
- Estadística de Centros Sanitarios: Hospitales y Centros sin internamiento, del Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>
- Base de Datos Clínicos de Atención Primaria, BDCAP, del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Disponible en la web del Ministerio de Sanidad: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/N/ense/serie-historica/i/salud-mental>
- La Encuesta Nacional de Salud (ENSE) y la Encuesta Europea de Salud en España (EESE). Disponibles en la web del Instituto Nacional de Estadística (INE) y en la web del Ministerio de Sanidad: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/S/ensel>, <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>
- Registro General de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios (REGCESS)
- Estadística de profesionales sanitarios colegiados por sexo (INE)
- Estadística de defunciones según causa de muerte año. 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

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.
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.
6. Presentación del informe al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.
7. Recogida de información para el informe final de evaluación.
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.

Propuesta de estructura organizativa del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental



Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental

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.

2021 Q4: Aprobación de la Estrategia de Salud Mental del SNS 2022-2026.

2022 Q1: Constitución del Comité de Seguimiento y Evaluación.
2022 Q1-Q2: Revisión y aprobación de la metodología del informe de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.

2022 Q2-Q3: Elaboración del cuestionario cualitativo de evaluación.

2022 Q4: Aprobación del cuestionario cualitativo de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.

2023 Q1-Q3: Definición de los indicadores cuantitativos de evaluación y fuentes de información.

2023 Q4: Aprobación del cuadro de indicadores de evaluación por el Comité de Seguimiento y Evaluación.

2025 Q1-Q2: Recogida de datos: cuestionario e indicadores.

2025 Q3-Q4: Elaboración del informe de evaluación.

2026 Q1: Aprobación del informe de evaluación de la Estrategia por el Comité de Seguimiento y Evaluación.

2026 Q2-Q3: Presentación del informe de evaluación de la Estrategia de Salud Mental al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud.

VII. Anexo marco normativo

i. España

El marco normativo español relacionado, protector y garante del ejercicio de los derechos de las personas con problemas de salud mental, se desarrolla en nuestro país en diversas normas:

- Constitución Española(135)
La Constitución de 1978 en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud y en su artículo 49 regula la atención a las personas con discapacidad.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (1)
El artículo 18 punto 8 menciona la promoción y mejora de la salud mental y el artículo 20 del capítulo III dedicado en su totalidad a la salud mental.
- 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.(16)
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (136)
El artículo 64. “Planes integrales de salud” prevé la elaboración conjunta de planes integrales de salud por parte del Ministerio de Sanidad y los órganos competentes de las comunidades autónomas, orientando su enfoque y alcance.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias(137)
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, de cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (1138).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (139)
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (140)

A partir de este momento se consigue que se entienda por igualdad de oportunidades la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo de o sobre la base de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar

o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Asimismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social.

- Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (141)

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.

- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (142)
- 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 (143)

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.

- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica (83)

En junio de 2021 se aprobó la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, ley que entró en vigor en septiembre del mismo año, transcurridos 3 meses de su aprobación. La Ley 8/2021, de 2 de junio, supone un hito en el trabajo de adaptación de nuestro ordenamiento a la Convención de Nueva York, así como en la puesta al día de nuestro Derecho interno.

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. (144)

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. (145)

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:

- 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. (146)
- Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. (147)
- Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hecho en Nueva York el 19 de diciembre de 1966. (148)
- 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. (149)
- 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. (150)
- 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. (151)
- 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. (152)

ii. Internacional

A nivel europeo, la protección sistemática de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, tuvo lugar bien avanzado el siglo XX,

especialmente de la mano del Consejo de Europa, pues, aunque existen otros organismos de este espacio geográfico con alguna labor sobre la materia, es el mencionado Consejo el que lleva a cabo la labor más extensa e intensa en este campo.

Europa

En Europa el marco de referencia normativo y el régimen de garantías es muy amplio en materia de derechos humanos en general y en lo que respecta a la protección de dichos derechos en el particular ámbito de la salud mental. (153)

- Consejo de la Unión Europea. Resolución del Consejo de 18 de noviembre de 1999 sobre promoción de la salud mental (154)
- 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 (155)
- 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 (156)

Bajo la forma de Recomendaciones, en materia de salud mental y de protección de las personas con problemas de salud mental se han aprobado varias, siendo las más importantes en relación con el enfoque de la presente actualización de la estrategia de salud mental las siguientes:

- 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. (157)

La Recomendación CM/Rec (2004)10 constituye sin duda el principal referente en la protección 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 artículos.

- 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. (158)

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 puedan participar en la vida social. Invita a los Estados miembros a adoptar medidas jurídicas que eviten la discriminación y que posibiliten la inclusión 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)) (159)

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. (160)

- 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. (161)

Comisión Europea

- Libro Verde Mejorar la salud mental de la población: hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Comisión de las Comunidades Europeas, 2005. (79).
- En 2016 todos los Estados miembros aprobaron la aplicación del Pacto sobre Salud Mental en Europa mediante una Acción Conjunta sobre Salud mental y Bienestar (*Joint Action “Mental Health and Well Being”*). (162)

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 Comisión Europea presentó el informe sobre servicios de salud mental basados en la comunidad: “*Providing community based mental health services: position paper*”. (163)

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)
- Decisión de la Comisión Europea de julio de 2019, “Horizon 2020 Work Programme 2018-2020”, entre cuyas prioridades se encuentra el abordaje de la salud mental. (164)

Naciones Unidas (ONU)

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.

- 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). (82)

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.

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.

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.

España ratificó la Convención y su Protocolo Facultativo el 21 de abril de 2008 (165), 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.

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.

- Observaciones finales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2011. (166)

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 lugar 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 elegir dónde vivir, accedan a servicios comunitarios, como la asistencia personal, y a que incluya la perspectiva de género en sus políticas públicas.

- 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. (167)

Se alienta a los Estados a estudiar y elaborar mejores prácticas que respeten el derecho al 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.

- Resolución 32/18 sobre salud mental aprobada por el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas de 2016. (168)

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 el derecho de toda persona a la plena inclusión y participación efectiva en la sociedad.

- Resolución del Consejo de Derechos Humanos sobre salud mental y derechos humanos de 2017. (169)

Se alienta a los Estados a que promuevan la participación efectiva, plena y significativa de las 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.

- 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. (170)

Entre las recomendaciones de este Comité se encuentra la formulación de una política nacional de salud mental infantil y el aseguramiento de la disponibilidad de personal cualificado en todo el Estado.

- 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. (171)

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 degradantes, de febrero de 2013. Recomienda

preservar el consentimiento libre e 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 prácticas para proteger contra los malos tratos. Deberán revisarse las disposiciones jurídicas que contravengan lo que antecede, como aquellas que permiten la reclusión o el tratamiento obligatorio en entornos de salud mental, en particular mediante tutelas y otros métodos de adopción de decisiones por sustitución. Adoptar políticas y protocolos que respeten la autonomía, la libre determinación y la dignidad humana. (172)

- 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. (173)
- 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. (174)
- 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. (175)
- 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. (176)

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

La salud es un derecho universal, reconocido en la [Constitución de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), 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.

En 2010, en colaboración con la Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores de la Comisión Europea, la OMS realizó la declaración “Empoderamiento del usuario en salud mental”. (21) Con ella se definen las medidas que deben adoptarse para fortalecer el empoderamiento de personas con problemas de salud mental y de quienes las cuidan. Además del plano individual, estas medidas se refieren también al nivel social y estructural, a la provisión y desarrollo de servicios, a la educación y la formación de los equipos profesionales.

El Ministerio de Sanidad español participó en la elaboración del Plan de Acción integral sobre Salud Mental 2013-2020, de la Organización Mundial de la Salud, aprobado en la 66 asamblea de mayo de 2013. (87)

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 (177). En dicho documento se pone de manifiesto que los trastornos mentales constituyen uno de los mayores desafíos de la atención sanitaria pública en la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud. La Región europea de la OMS se enfrenta a diversos desafíos que afectan tanto al bienestar mental de la población y la prestación de atención a personas con problemas de salud mental. Se necesitan acciones sistemáticas y coherentes para abordar esos desafíos. El Plan de Acción Europea sobre Salud Mental se centra en 7 objetivos interrelacionados y propone acciones efectivas e integradas para reforzar la salud mental y el bienestar en la región europea. La investigación en salud mental es esencial para la sostenibilidad de las políticas sociales y de sanidad en la región europea.

Los 7 objetivos planteados en el Plan de Acción Europeo de Salud Mental 2013-2020 son los siguientes:

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 situaciones de peligro.
2. Las personas con problemas de salud mental son ciudadanos cuyos derechos humanos son plenamente valorados, respetados y promovidos.

3. Los servicios de salud mental son accesibles, competentes y asequibles, disponibles en la comunidad según se necesiten.
4. Las personas tienen derecho a un tratamiento respetuoso, seguro y eficaz.
5. Los sistemas de salud proporcionan buena salud física y mental para todas las personas.
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 y conocimiento.

En 2019, la 72 Asamblea Mundial de la Salud, confirmó los objetivos del plan de acción integral de la OMS sobre salud mental (2013-2020) y amplió su período de ejecución hasta 2030, asegurando así la alineación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. (178)

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	Enfermera/o 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
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	Médica/o Interno Residente
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIA	Plan Individualizado de Atención
PIR	Psicóloga/o Interno Residente
SNS	Sistema Nacional de Salud
UE	Unión Europea

IX. Índice de figuras y tablas

Índice de figuras

Figura 1. Riesgo de mala salud mental en población de 15 y más años según sexo y la actividad económica. España 2017	27
Figura 2. Riesgo de mala salud mental en la población de 4 a 14 años. España 2017	28
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	29
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	30
Figura 5. Prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%). España 2020	35
Figura 6. Prevalencia de ansiedad crónica en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020	36
Figura 7. Prevalencia de depresión en población de 15 y más años según sexo y grupo de edad (%). España 2020	37
Figura 8. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población de 0 a 14 años según sexo (%). España 2017	38
Figura 9. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población de 0 a 14 años según sexo y grupo de edad (%). España 2017	39
Figura 10. Prevalencia de problemas de salud mental por grupo de edad y sexo, año 2017	41
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	42
Figura 12. Visita a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en el último año, según sexo y grupo de edad (%). España 2017	43
Figura 13. Nº total de camas de psiquiatría en hospitales por finalidad asistencial del SNS, periodo 2010-2019	47
Figura 14. 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	48

Figura 15. 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	49
Figura 16. Propuesta de estructura organizativa del proceso de seguimiento y evaluación de la Estrategia de Salud Mental	139

Índice de tablas

Tabla 1. Población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). España, ENSE 2017	31
Tabla 2. Evolución de la población de 4 a 14 años en riesgo de mala salud mental (SDQ ≥ 14) según sexo y diversas características (%). España, ENSE 2006-2011-2017	32
Tabla 3. Evolución de la prevalencia declarada de trastornos de salud mental en la población infantil de 0 a 14 años. España, ENSE 2006-2011-2017	39
Tabla 4. Gasto en la atención a la salud mental en hospitales SNS, España. Año 2017	44
Tabla 5. Hospitales y centros de especialidades periféricos (CEP) según finalidad asistencial. Año 2018	45
Tabla 6. Oferta asistencial por dependencia en centros sanitarios de atención especializada, hospitales y centros sin internamiento. Año 2018	46
Tabla 7. Proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del SNS por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., periodo 2015-2018	50
Tabla 8. Títulos de especialista en Psicología Clínica y en Enfermería de Salud Mental en España en el año 2021	51

X. Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado nº 102, de 29 de abril de 1986. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
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: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
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: https://ec.europa.eu/eip/ageing/library/mental-health-and-well-being-older-people-making-it-happen-conference-conclusions_en
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 y Política Social, 2010. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_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: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Salud-Mental2009-2013.pdf>
9. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Pleno de 13 de abril de 2016. Orden del día. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/od2016.pdf>
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.msbs.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: <http://www.infocoponline.es/pdf/DSCD-12-CO-367.pdf>
12. World Health Organization Regional Office for Europe. European Programme of Work, 2020-2025 “United Action for Better Health”. Página web. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/european-programme-of-work-20202025-united-action-for-better-health-in-europe#:~:text=The%20European%20Programme%20of%20Work,expect%20from%20their%20health%20authorities>
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental. 2005. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
14. Rutter, M. Psychosocial resilience and protective mechanism. En: Rolf J. Masten, A. Cicchetti, D. Nüchterlein, K.H. Weintraub. Risk and protective factors in the development of Psychopathology. Cambridge University Press, Cambridge; 1990. p. 181-214

15. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
16. 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: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41>
17. 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/>
18. 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: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
19. 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 Europea 18.7.2018. Disponible en: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52017IP0028&from=GA>
20. 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>
21. 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). 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.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf)
22. 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: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810>
23. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Encuesta Nacional de Salud. Salud Mental. [Web]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.msbs.es/publicoSNS/N/en/serie-historica/i/salud-mental>
24. 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: <http://www.psicothema.com/PDF/3564.pdf>
25. 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.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuesta-Nacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
26. Goodman R. The Strengths & Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*. 1997;38:581-6.
27. 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: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/>
28. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Üstün 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: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19378696>
29. World Health Organization. World Health Survey. Health statistics and information systems. [Web]. Disponible en: <https://www.who.int/healthinfo/survey/en/>
30. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharma*. 2011; 21 (9): 655-679. Disponible en: <https://www.ecnp.eu/~media/Files/ecnp/communication/reports/ECNP%20EBC%20Report.pdf>

31. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud año 2017. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175
32. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175
33. Lépine JP, Briley M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2011;7 (Suppl 1):3-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3131101/>
34. 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: <https://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000300005>
35. 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 ESE-MeD-Spain study. *Med Clin (Barc)*. 2006; 126(12): 445-51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16620730>
36. Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. [Web]. Disponible en: <https://www.msbs.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
37. 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.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
38. Ministerio de Sanidad. Portal Estadístico. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Medicamentos. [Web]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.msbs.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap/medicamentos>
39. 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
40. Ministerio de Sanidad. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2018 [Web]. Disponible en: <https://www.msbs.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: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>
42. 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.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>
43. 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.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estHospiInternado/inforAnual/homeESCRI.htm>
44. Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC. Salud Mental infanto-juvenil: Prioridad de la humanidad. Quito: APAL-OPS; 2010
45. 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: <https://www.researchgate.net/publication/324532491>
46. Jiménez, E. & cols. (2016): Riesgos y oportunidades en internet y uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015). Red.es-EHU

47. Organización Mundial de la Salud, OMS. CIE11, Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
48. 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
49. 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=36C6145F90D384F9A76E155280484D04>
50. 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: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0035618>
51. 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: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27528471>
52. 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: http://www.msbs.gob.es/fr/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_AdolescentesAdoptados.pdf
53. 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: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22079935>
54. 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: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21291449>
55. 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: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/9780335262274-en.pdf?expires=1571136106&id=id&accname=guest&checksum=B5EB077CDCD580515C4820E31A85B9AC>
56. 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#>
57. Federación Española de Asociaciones Rehabilitación Psicosocial (FEARP). ¿Qué es Rehabilitación Psicosocial? Un mapa para profesionales. *Rehabilitación Psicosocial*, 2020; 16 (2):9. Disponible en: <http://fearp.org/wp-content/uploads/2021/03/revista-162-pag1-9.pdf>
58. Eurostat. Causes of death-deaths by country of residence and occurrence. Disponible en: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
59. Eurostat. Causes of death-standardised death rate by NUTS 2 region of residence. Disponible en: <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
60. Ministère des Solidarités et de la Santé. Observatoire national du suicide (ONS). [Web]. 2018. Disponible en: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/>
61. 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
62. 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>

63. 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>
64. 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: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12701661>
65. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=0E635E2D1886F11F9FCA0A5924ABB2B1?sequence=1
66. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según causa de muerte año. [Web]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&ci=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175
67. 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: http://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/06modulo_05.pdf
68. Crimlisk H, Welch S. Women and Psychiatry. *Brit J Psychiatr*. 1996; 169(1): 6-9. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/women-and-psychiatry/72FBFE7D086338DF623FDA9200C02546>
69. Galdós P, van Os J. Gender, psychopathology and development: from puberty to early adulthood. *Schizophrenia Research*. 1995; 14(2): 105-112. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7710990>
70. 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: <http://igualdadyviolenciadegenero.carm.es/documents/202699/15676904/Salud+Mental+y+Violencia+de+Género.pdf/88684cb4-cf0a-44c9-87c7-b5043313585c?version=1.0>
71. 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/HR-Council/RegularSession/Session20/A-HRC-20-5_sp.pdf
72. 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: <https://www.coe.int/en/web/istanbul-convention/home>
73. 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
74. Comisión Europea. Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión. Promover la salud mental en el puesto de trabajo. Guía para la aplicación de un enfoque integral. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017. Disponible en: <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/c1358474-20f0-11e8-ac73-01aa75ed71a1>
75. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en el lugar de trabajo: orientaciones a nivel mundial. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/mental-health-in-the-workplace>
76. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound). European Working Conditions Surveys (EWCS). Disponible en: <https://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/2020/european-working-conditions-survey-2020>
77. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo y Gestión Preventiva. Disponible en: <https://www.insst.es/el-observatorio/encuestas/encuestas-nacionales-de-condiciones-de-trabajo-y-gestion-preventiva>

78. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Encuesta europea de empresas sobre riesgos nuevos y emergentes (ESENER). Disponible en: <https://osha.europa.eu/es/publications/european-survey-enterprises-new-and-emerging-risks-esener-2019-background-briefing/view>
79. 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
80. 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>
81. 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: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-6996>
82. Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
83. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Boletín Oficial del Estado nº 132, de 3 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9233>
84. 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: <http://www.edf-feph.org/other-publications>
85. Informe por Nils Muiznieks, 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: [https://consaludmental.org/publicaciones/CommDH\(2013\)18_ES.pdf](https://consaludmental.org/publicaciones/CommDH(2013)18_ES.pdf)
86. 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: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1069>
87. 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
88. 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
89. 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: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/09/PDF/G1707609.pdf?OpenElement>
90. Jamoulle M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. Int J Health Policy Manag. 2015 Feb; 4(2): 61-64. Disponible en: https://www.ijhpm.com/article_2950_ea20f1b4fc4d613ac38b9a7a1bf85ea5.pdf
91. 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_2017-2024_aprobada_CM.pdf
92. 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/>
93. Arseneault-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: <https://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-4-37>

94. Ministerio de Igualdad. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Web. [Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. Año 2019](#). Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>
95. Pedreira, J.L. Conductas suicidas en la adolescencia: Una guía práctica para la intervención y la prevención. *Revista Psicopatología y Psicología Clínica*. 2019; 24 (3): 215-235
96. 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
97. World Health Organization, WHO. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches). Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
98. Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la OMS. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
99. Goldberg D, Huxley P. *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*. Tavistock: London.1980.
100. Wolf T, Fabel P, Kraschewski A, Jockers-Scherübl MC. From Wish to Reality: Soteria in Regular Care-Proof of Effectiveness of the Implementation of Soteria Elements in Acute Psychiatry. *Front Psychiatry*. 2021 Jul 9;12:685779. doi: 10.3389/fpsyt.2021.685779. PMID: 34305682; PMCID: PMC8298815. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8298815/pdf/fpsyt-12-685779.pdf>
101. 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: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Estrategia_Consenso_ACCESIBLE.pdf
102. 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>
103. Ministerio de Sanidad. Estudios para la planificación de profesionales sanitarios. Web. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2018-2030). Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/home.htm>
104. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. 10 de abril de 2019. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es>
105. 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
106. National Association of School Psychologists. “Supporting Children’s Mental Health: Tips for Families and Educators”. 2015. [Web]. Disponible en: www.nasponline.org
107. 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/>
108. Obertament. Dossiers del Tercer Sector. Estrategias de lucha contra el estigma en salud mental. Taula d’entitats del Tercer Sector Social de Catalunya, vol. 26, p. 18, 2013. [Web]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estrategias-contra-estigma-salud-mental/>

109. 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). <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
110. Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría. Boletín Oficial del Estado nº 185 de 4 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/08/04/pdfs/BOE-A-2021-13266.pdf>
111. McGorry, P. & Jackson, H.J. (Edts) (1999): The recognition and management of Early Psychosis. Cambridge: Cambridge University Press
112. 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>
113. 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
114. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 1996; 30: 587-599.
115. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado nº 134, de 5 de junio de 2021. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-9347>
116. Pedreira JL, García-Barrero L, Menéndez F, Tsiantis Y. Community Psychiatry in Child Mental Health: Therapeutic planning (en prensa)
117. 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: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
118. 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: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19034992>
119. Ministerio de Sanidad. Formación continuada y acreditación. Web. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/queEs.htm>
120. Pedreira JL. Metodología de investigación en Psiquiatría, Psicopatología y Salud Mental. Madrid: Oficina del Defensor del Menor; 2001
121. 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>
122. 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: <https://www.bde.es/f/webbde/SES/Secciones/Publicaciones/InformesBoletinesRevistas/ArticulosAnaliticos/21/T1/descargar/Fich/be2101-art04.pdf>
123. 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>
124. 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
125. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020. Nota de prensa. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/eese_2020.pdf
126. 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 well-being 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/>

127. 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: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/estudio-necesidades-covid19-trastorno-mental/>
128. 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/>
129. 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/fpsy.2020.565474. PMID: 33240123; PMCID: PMC7680731. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7680731/>
130. 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/>
131. 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/>
132. 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>
133. 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
134. 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: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2215036620304624?via%3Dihub>
135. Constitución Española. BOE nº 311, de 29 de diciembre de 1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>
136. 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>
137. 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>
138. 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: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-16212>
139. 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: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
140. 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>

141. 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: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/09/16/1276>
142. 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: <https://www.boe.es/eli/es/l/2011/10/04/33>
143. 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: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2013-12632>
144. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia española sobre discapacidad: 2012-2020. Real Patronato sobre Discapacidad. 2011. Disponible en: <https://www.sis.net/documentos/ficha/197902.pdf>
145. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
146. 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-1979-2403>
147. 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 <https://boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1977-10733>
148. 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: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1977-10734
149. 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: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1987-25053
150. 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: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1989-15618>
151. 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: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1990-31312
152. 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: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638>
153. Barrios Flores LF. Derechos Humanos y salud mental en Europa. Norte de salud mental. 2010; 8(36): 55-67. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/376944>
154. 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: [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)
155. 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: [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)

156. 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: [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)
157. 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
158. 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
159. 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
160. 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: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=28038&lang=en>
161. 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=Y2F0ZWdvcnlfYXZ2VWVWZGF0aW9u>
162. 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
163. Killaspy H, McPherson P, Samele CH, *et al.* Providing community based mental health services:positionpaper.Brussels:EuropeanCommission.2018.Disponibleen:https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2018_compass_positionpaper_en.pdf
164. 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: https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2018-2020/main/h2020-wp1820-health_en.pdf
165. 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>
166. 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: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G11/463/54/PDF/G1146354.pdf?OpenElement>
167. 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>
168. 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>

169. 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>
170. 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: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G18/057/16/pdf/G1805716.pdf?OpenElement>
171. 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: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G19/137/21/pdf/G1913721.pdf?OpenElement>
172. 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: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A-HRC-22-53_sp.pdf
173. Naciones Unidas. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos. 29º 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 el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras. A/HRC/29/33. 2 de abril de 2015. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/070/65/pdf/G1507065.pdf?OpenElement>
174. 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: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/436/69/PDF/G1643669.pdf>
175. 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>
176. 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
177. 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>
178. World Health Organization, WHO. 72.^a Asamblea Mundial de la Salud Cuarto informe de la Comisión A. (Proyecto) A72/76. 25 de mayo de 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_76-sp.pdf



GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

www.sanidad.gob.es