

# Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Actualización 2015/19

SANIDAD 2015

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS  
SOCIALES E IGUALDAD



# **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud**

**Actualización 2015/19**

Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el

redacción médica

### **COMITÉ INSTITUCIONAL:**

**Andalucía:** José Carmona Calvo

**Aragón:** Mariano Sanjuan Casamayor

**Asturias: (Principado de):** Susana García Tardón

**Baleares (Islas):** Joan Salvá Coll

**Canarias:** José Antonio Sánchez Padilla

**Cantabria:** Jesús Artal Simón- Luis Gaité Pindado

**Castilla - La Mancha:** Javier Hernández Pascual – Victor Devolx Neyra

**Castilla y León:** Concepción Velasco Velado

**Cataluña:** Cristina Molina Parrilla

**Comunidad Valenciana:** Juan José Moreno Murcia-Juan Manuel Beltrán Garrido

**Extremadura:** Taciana Valverde Calvo

**Galicia:** Manuel Arrojo Romero

**Madrid (Comunidad de):** Guillermo Petersen Guitarte – Mercedes Navio Acosta

**Murcia (Región de):** Carlos Gilibert Muñoz

**Navarra (Comunidad Foral):** Alfredo Martínez Larrea

**País Vasco:** José Andres Martín Zumendi – José A. de la Rica Giménez

**Rioja (La):** Miguel Angel Ortega Esteban

**Ingesa (Ceuta y Melilla):** Teresa García Ortiz

**Instituciones Penitenciarias – Ministerio de Interior:** José Manuel Arroyo Cobo –Subdirector General de Coordinación de sanidad Penitenciaria.

### **COMITÉ TÉCNICO**

#### **COORDINADORES CIENTÍFICOS**

Enrique Echeburúa Odriozola

Francisco Ferre Navarrete

Carlos Mur de Viu Bernard

#### **Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)**

Amparo Belloch Fuster

#### **Sociedad Española de Psiquiatría Legal (AEPL)**

Alfredo Calcedo Barba

#### **Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA)**

Josefina Castro Fornieles

#### **Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSS)**

Eva M<sup>ª</sup>. Garcés Trullenque

#### **Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM)**

Aurora Sánchez González/Monserrat García Sastre

#### **Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)**

Germán López Cortacans

#### **Confederación Salud Mental España**

José María Sánchez Monge

Elena Briongos Rica

**Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP)**

Angeles Castro Maso

**Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP)**

Martín Vargas Aragón

Begoña Frades García

**Asociación Científica PSICOST**

Luis Salvador Carulla

**Psicología sin Fronteras**

José Guillermo Foucé Fernández

**Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés (SEAS)**

Antonio Cano Vindel

**Sociedad Española de Epidemiología**

Teresa Brugal i Puig

**Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)**

Rafael Casquero Ruiz

**Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)**

Aurora Fernández Moreno

**Sociedad Española de Medicina Psicosomática (SEMP)**

Carlos Mingote Adán

**Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)**

Miguel Gutierrez Fraile

**Sociedad Española de Patología Dual (SEPD)**

Nestor Szman

**Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)**

Miguel Bernardo Arroyo

**Fundación Mundo Bipolar**

Guadalupe Morales Cano

**Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)**

Eudoxia Gay Pamos

**Expertos:**

Miguel Casas Brugué

Mario Páramo Fernández

Jerónimo Saiz Ruiz

Alberto Fernández Liria

**MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD**

**Coordinación Técnica**

*José Rodríguez Escobar*

**Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación**

*José Javier Castrodeza Sanz*

**Subdirección General de Calidad y Cohesión**

*Paloma Casado Durández*

*Isabel Saiz Martínez-Acítores*

*Amparo Mayor de Frutos*

**Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación**

*Pedro Arias Bohigas*

**Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia**

*Carmen Pérez Mateos*

**Delegación del Gobierno Plan Nacional sobre Drogas**

*Elena Martín Maganto*

*Graciela Silvosa Rodríguez*

**Secretaría de Estado Servicios Sociales e Igualdad- IMSERSO**

*Angel Calle Montero*

**Equipo redactor del Informe:**

*José Rodríguez Escobar*

*Enrique Echeburúa Odriozola*

*Francisco Ferre Navarrete*

*Carlos Mur de Viu Bernard*

*Jesús del Moral Sánchez*

*Amparo Mayor de Frutos*

redacción médica

# ÍNDICE

<b>A. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>B. ASPECTOS GENERALES</b> .....	<b>9</b>
<b>1. Fines de la Estrategia</b> .....	<b>9</b>
<b>2. Periodo de vigencia</b> .....	<b>12</b>
<b>3. Informe de Situación</b> .....	<b>12</b>
1 Conclusiones de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS: .....	12
2 Datos epidemiológicos sobre los trastornos mentales .....	14
3 La Salud Mental en la población española .....	17
4 Marco normativo .....	21
5 Marco Internacional .....	22
6 Las TICs en Salud Mental .....	25
<b>C. METODOLOGÍA</b> .....	<b>27</b>
<b>D. DESARROLLO DE LAS LINEAS ESTRATEGICAS</b> .....	<b>29</b>
<b>Línea Estratégica 1: Promoción y Prevención</b> .....	<b>29</b>
Objetivo General 1: Estilo de vida saludable .....	29
<b>Línea Estratégica 2: Prevención, detección precoz y abordaje de la conducta suicida</b> .....	<b>32</b>
Objetivo General 2: Disminuir la tasa de suicidios .....	33
<b>Línea Estratégica 3: Atención a las personas con problemas de salud mental</b> .....	<b>35</b>
Objetivo General 3: Detección y abordaje precoz .....	47
Objetivo General 4: Calidad y equidad de la atención .....	49
Objetivo General 5: Atención a los trastornos mentales específicos .....	50
Objetivo General 6: Atención a poblaciones según su Ciclo vital .....	53
Objetivo General 7: Atención a Poblaciones específicas .....	54
Objetivo General 8: Atención a la Cronicidad .....	55
<b>Línea Estratégica 4: Atención e Intervención con las familias</b> .....	<b>56</b>
Objetivo General 9: Atención e Intervención con las familias .....	56
<b>Línea Estratégica 5: Organización y Coordinación socio sanitaria</b> .....	<b>58</b>
Objetivo General 10: Organización de la Atención Integral a la Salud Mental .....	63
Objetivo General 11: Coordinación Sanitaria .....	64
Objetivo General 12: Sistemas de Información .....	65
<b>Línea Estratégica 6: Autonomía, recuperación y derechos del paciente</b> .....	<b>66</b>
Objetivo General 13: Autonomía y Derechos del Paciente .....	67
Objetivo General 14: Discriminación y Estigma .....	68
Objetivo General 15: Intervenciones Involuntarias y respeto de la dignidad de pacientes .....	69
<b>Línea Estratégica 7: Participación Ciudadana</b> .....	<b>70</b>
Objetivo General 16: Participación de los agentes e instituciones sociales .....	70
<b>Línea Estratégica 8. Formación del Personal Sanitario</b> .....	<b>72</b>
Objetivo General 17: Formación .....	72

<b>Línea Estratégica 9. Investigación en Salud Mental.....</b>	<b>74</b>
Objetivo General 18: Investigación.....	75
<b>Anexo 1: Recomendaciones del Paquete de Trabajo 5 sobre “La Gestión de la evolución hacia un modelo de salud mental comunitario y de inclusión social” (work package 5 “managing the evolutions of community-based and socially-inclusive approaches to mental health”) de la Acción Conjunta sobre Salud Mental y Bienestar (Joint Action “Mental Health and Well Being”) .....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo 2: Criterios de calidad en psicoterapia.....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo 3: Glosario de Abreviaturas .....</b>	<b>83</b>
<b>Anexo 4: Bibliografía y Referencias.....</b>	<b>84</b>

## Índice de Tablas

	<b>Página</b>
Tab. 1 Número de enfermos internados por CC.AA. ....	45
Tab. 2 Distribución por diagnóstico principal .....	45
Tab. 3 Abuso / dependencia de drogas .....	45
Tab. 4 Formación a profesionales de Salud Mental .....	72
Tab. 5 Iniciativas de investigación en Salud Mental 2009-13 .....	74

## Índice de Figuras

	<b>Página</b>
Figura 1. Porcentaje de personas adultas en riesgo de mala salud mental.....	18
Figura 2. Porcentaje de población infantil en riesgo de mala salud mental .....	19
Figura 3. Porcentaje de personas con bajo apoyo social.....	19
Figura 4. Indicador subjetivo de bienestar por CCAA .....	20
Figura 5. Impacto de la crisis .....	21
Figura 6. Evolución de las tasas de suicidio, por 100.000 hab. / año, según sexo.....	32
Figura 7. Evolución del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol. ....	40
Figura 8. Evolución la prevalencia de consumo de alcohol en atracón o <i>binge drinking</i> . ....	41

## A. INTRODUCCIÓN

Diferentes organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han catalogado los problemas de Salud Mental entre los de mayor prevalencia a nivel mundial. De hecho, numerosos estudios epidemiológicos muestran que cada año un tercio de la población adulta sufre un trastorno mental. Más concretamente, entre los países de nuestro entorno, se cifra en un 38,2% el porcentaje de población europea adulta que sufre un trastorno mental al año (164,7 millones de personas).

En línea con esta situación, y como respuesta a la sensibilidad que los problemas de salud mental despertaban entre ciudadanos, profesionales, gestores de servicios sanitarios y asociaciones de pacientes y familiares, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) estableció la atención a la salud mental de los españoles entre sus principales objetivos.

Por ello, a lo largo de la última década el MSSSI ha liderado la elaboración y puesta en marcha de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

La versión inicial de dicha Estrategia fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en diciembre del año 2006. El **Comité de Seguimiento y Evaluación** (CSE) ha trabajado en su implementación y mejora. Dicho Comité aglutina al **Comité Institucional** (CI) y el **Comité Técnico** (CT) que fueron los que participaron en la elaboración de la Estrategia en el año 2006 y su posterior evaluación y actualización para el periodo 2009-2013.

En el año 2015 se realizó la segunda **evaluación de la estrategia** que, una vez consensuada por los comités, ha sido llevada al Consejo Interterritorial.

Con las conclusiones de dicha evaluación, más las novedades habidas en el campo científico y organizativo se ha elaborado la **actualización de la estrategia** que tendrá vigencia hasta diciembre de 2019.

Para la preparación de la misma se pusieron en marcha grupos de trabajo para analizar y elaborar propuestas concretas en 14 áreas específicas de salud mental:

- 1- Abordaje de los pacientes con problemas de Salud Mental entre Atención Primaria y los Centros de Salud Mental.
- 2- Cuidados e Intervenciones de enfermería en Salud Mental.
- 3- Cronicidad en Salud Mental.
- 4- Intervenciones de Salud Mental en las Catástrofes.
- 5- Estigma Y Enfermedad Mental.
- 6- Atención Integral del Autismo.
- 7- Optimización en el abordaje del TDAH.
- 8- Salud Mental y Menores infractores.
- 9- Adicciones emergentes en población juvenil.

- 10- Detección temprana, tratamiento y prevención de la reincidencia de las tentativas de Suicidio.
- 11- Programa de Atención a los Pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria crónico.
- 12- Rehabilitación en el Trastorno Límite de la Personalidad y pisos terapéuticos.
- 13- Abordaje del alcoholismo en colaboración con las asociaciones de ayuda mutua.
- 14- Orientaciones para la coordinación e integración de las redes de salud mental y adicciones.

Las principales conclusiones de estos grupos han sido incorporadas asimismo a esta actualización.

La Subdirección General de Calidad y Cohesión ha sido la encargada de dar el apoyo técnico, logístico y administrativo necesario para que se cumplan y desarrollen correctamente las funciones del Comité de Seguimiento y Evaluación.

Queremos que esta nueva actualización sirva para dotar de una herramienta útil para la mejora de la salud mental de la población y atender de forma efectiva a las personas con trastornos mentales y sus familiares mediante la implantación asistencial y organizativa de un modelo comunitario y de inclusión social que favorezca la mejoría de sus síntomas, su curación y su recuperación e integración social.

## **B. ASPECTOS GENERALES**

### **1. Fines de la Estrategia**

#### **MISIÓN:**

La misión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) es mejorar la salud mental de la población y atender de forma efectiva a las personas con trastornos mentales y sus familiares mediante la implantación asistencial y organizativa de un modelo comunitario y de inclusión social que favorezca la mejoría de sus síntomas, su curación y su recuperación e integración social.

#### **Los principios del Modelo Comunitario son:**

**Respeto a los Derechos Humanos y a la Dignidad de las personas.**

En consonancia con la **Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, el modelo afirma 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.

### **Autonomía**

Capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas y proveer los recursos y apoyos necesarios cuando se requiera.

### **Continuidad**

Capacidad de la red asistencial interdisciplinar para proporcionar tratamiento, rehabilitación psicosocial, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal).

### **Accesibilidad**

Capacidad de un servicio para prestar asistencia a la persona con un problema de salud mental y a sus familiares, cuando y donde la necesiten.

### **Comprensividad (Globalidad)**

Implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria.

Reconocimiento y la realización del derecho a recibir asistencia en todo el abanico de necesidades causadas por el trastorno mental.

### **Equidad**

Distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales.

### **Recuperación personal**

Incluye la recuperación de la salud en sentido estricto y de la conciencia de autonomía personal y de ciudadanía a pesar de los efectos causados por el trastorno mental. La recuperación, por tanto, implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida. Una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin que, necesariamente, se haya recuperado de su enfermedad (recuperación clínica).

### **Participación:**

Las personas con problemas mentales, en primer lugar, así como sus cuidadores y familiares, y los profesionales implicados, deben participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las iniciativas desarrolladas en el marco de la salud mental

### **Responsabilización**

Reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a pacientes, familiares, profesionales y la comunidad.

### **Calidad**

Podemos entender la calidad, en el entorno de la Salud Mental, como el conjunto de características de una organización, por medio de las cuales se satisface las necesidades y expectativas de las personas con problemas de salud mental, sus familias, los profesionales, las instituciones implicadas y toda la sociedad en general.

Por otra parte, según el informe de Mejora de Calidad de la Salud Mental (OMS, 2003), “los objetivos últimos de la mejora de la calidad son el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales, asegurar que se les proporciona los mejores cuidados disponibles basados en la evidencia, aumentar su autoconfianza y mejorar su calidad de vida”.

redacción médica

## 2. Periodo de vigencia

El periodo de vigencia de la presente Estrategia de Salud Mental se extiende **desde su aprobación** por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud **hasta diciembre de 2019**.

## 3. Informe de Situación

### 1 Conclusiones de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS:

A la vista de los resultados expuestos en el documento de Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS, podemos concluir que:

En la primera línea estratégica de **Promoción, prevención y erradicación del estigma**:

No se aprecian cambios en el valor del Riesgo de Mala Salud Mental. Alrededor del **20% de la población** están en **riesgo de mala salud mental**, siendo mayor la proporción en mujeres que en hombres. Sin embargo, la diferencia entre ambos grupos tiende a reducirse.

Determinados indicadores (por ejemplo, el indicador subjetivo de bienestar) se han recogido por primera vez en este periodo, por lo que no es posible evaluar diferencias respecto al periodo de evaluación anterior.

Así mismo, se observa, en relación a la **prevalencia de la depresión, ansiedad y otros trastornos mentales** un **leve descenso** en los valores de 2011 frente a los de 2006 en casi todas las CC.AA.

Se ha identificado un **elevado número de intervenciones en promoción y prevención de la salud mental**, sobre todo en determinados ámbitos concretos (por ejemplo, suicidio), si bien está pendiente un análisis más detallado para valorar la idoneidad y efectividad de las actuaciones emprendidas.

Las estadísticas de morbilidad hospitalaria indican que en el periodo 2009 – 2013 ha habido un cierto **incremento de las autolesiones**, siendo en varones un incremento del 11% en varones y del 15% en mujeres.

En cuanto al **suicidio**, la evolución de la tasa de mortalidad muestra una **tendencia descendente** desde **1996 a 2011, invirtiéndose la tendencia a partir de esa fecha**. En todo caso, España presenta una baja tasa de mortalidad por suicidio respecto a los países de Europa Occidental.

A la vista de la información recogida, es importante destacar la magnitud de las acciones que se realizan para **disminuir el consumo de alcohol y otras drogas**.

En cuanto a la aplicación de la **Ley de la Dependencia**<sup>1</sup> a las personas con trastorno mental grave, la información recibida permite aseverar que se está llevando a cabo, si bien falta por definir, de forma homogénea, un espacio socio-sanitario de atención al paciente con trastorno mental crónico.

No está consolidado un modelo de intervenciones para abordar el problema del **estigma** y la **discriminación**, así como no existe un registro formal de normas y procedimientos en los centros sanitarios, ni un seguimiento de los mismos, para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias. Si bien es cierto que existen muchas y válidas iniciativas contra el estigma y discriminación, hay un déficit en iniciativas más orientadas hacia la sociedad civil que pretendan abarcar todo el territorio nacional. Una gran parte de las iniciativas llevadas a cabo tienen mayor impacto en personas con enfermedad mental y sus familiares, y profesionales de salud mental y tienen una difusión limitada (local o regional).

Dentro de la segunda línea estratégica de **Atención a los trastornos mentales**:

En el Objetivo General de **mejora de la calidad, equidad y continuidad de la atención**, se detecta que:

Comenzamos a tener datos comparables de algunas de la estructuras de atención, aunque de forma muy precaria.

Las comunidades están desarrollando **procesos como herramienta de mejora de calidad de la atención y continuidad de cuidados**.

Se está llevando a cabo la **creación de recursos para niños y adolescentes, y algunas iniciativas con población en edad avanzada**.

También han tenido un buen desarrollo, en general, los objetivos destinados a mejorar los cuidados en su salud general (enfermedades somáticas más prevalentes), a la atención a las personas con trastorno mental a las que un juez dicta ingreso penitenciario, el uso de guías integradas de práctica clínica. Todos estos programas deberían desarrollarse con una organización y actividades definidas, normalizadas y homogéneas en todas las unidades, servicios y agentes de los dispositivos sanitarios y no sanitarios (sociales, educativos, laborales).

Parece que hay poco desarrollo todavía **de los planes individuales de atención**.

Respecto al Objetivo General 5: **implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los y de las pacientes**

La mayoría de las comunidades han elaborado protocolos para los procedimientos involuntarios, aunque no sabemos si existen formas proactiva de seguimientos de los mismos y de detección de irregularidades para conseguir una efectiva inclusión social y el respeto a los derechos de los pacientes y sus familias.

En la línea de **coordinación intrainstitucional e inter-institucional**, y dentro del Objetivo General 6 **Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental**, se han desarrollado **múltiples pero desiguales mecanismos y estructuras de coordinación** tanto entre distintas consejerías y ámbitos (judicial, vivienda, educación, etc.), como entre los dispositivos sanitarios (primaria, centros de salud mental, hospitales,...) y sociales de una misma área. Sin embargo, ésta sigue siendo claramente una cuestión pendiente.

Es destacable la sensibilidad percibida en las CC.AA. acerca la necesidad de apoyar la integración social y laboral de personas con problemas de Salud Mental. De hecho, la mayoría de las CC.AA. informan que poseen el servicio de preparación para el empleo, empleo con apoyo o empleo protegido, extendido a personas con Enfermedad Mental.

En el **objetivo general 7**, potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma, se informa de que hay un gran número de **contactos y colaboraciones** entre las **CC.AA.** y las **sociedades científicas y asociaciones de pacientes y familiares**, si bien se desconoce el impacto real de esa colaboración en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las iniciativas en Salud Mental.

En cuanto a la **formación del personal sanitario**, se aprecia que todas las Comunidades, así como algunas asociaciones y sociedades han desarrollado múltiples cursos y acciones formativas.

Finalmente, el número de proyectos de **investigación en Salud Mental**, se han mantenido las cifras anuales del periodo anterior de evaluación (2006-2008).

## 2 Datos epidemiológicos sobre los trastornos mentales

### Datos a nivel mundial

Numerosos estudios epidemiológicos coinciden en mostrar que **cada año un tercio de la población adulta sufre un trastorno mental**<sup>2</sup>.

Concretamente un análisis de hace cuatro años<sup>3</sup> estimaba que cerca del **13% de la carga global de la enfermedad** se debía a **trastornos cerebrales** superando las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Sin embargo las estimaciones globales son de valor limitado en la Unión Europea, ya que están altamente influidas por lo que ocurre en los países y regiones más habitadas del planeta con sistemas de salud y entornos socio económicos muy distintos a los de la UE.

### Europa

Sin duda en nuestro entorno europeo el estudio de referencia en materia de **Epidemiología de las Enfermedades Mentales** es el **ECNP/EBC REPORT 2011**<sup>4</sup> que compara la prevalencia y la carga de los trastornos mentales en Europa en 2011 con datos de 2005. De este trabajo hemos de destacar:

- 1 **Cada año en torno al 38,2% de la población europea** sufre algún trastorno mental, lo cual afecta a **164,7 millones de personas**.
- 2 Los **trastornos mentales más frecuentes** en términos de personas afectadas a lo largo de **todas las edades** fueron: los trastornos de **ansiedad** con 69,1 millones, la **depresión unipolar** con 30,3 millones, el **insomnio** con 29,1 millones, los **trastornos somatomorfos** (excepto cefaleas) con 20,4 millones, el **alcoholismo** con 14,6 millones, la **dependencia al cannabis** con 1,4 millones, la **dependencia a opiáceos** con 1,0 millón y los **trastornos de niños y adolescentes** como el **Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad** y otros trastornos hiperquinéticos con 3,3 millones de personas. La carga de **discapacidad**

de los trastornos mentales y neurológicos considerados en su conjunto es enorme, alcanzando el **30,1%** del total de la **carga de enfermedad** en **mujeres** y el **23,4%** en **hombres**.

Analizando los datos existentes en los distintos grupos diagnósticos encontramos:

- **Ansiedad:** son los **trastornos más prevalentes (14%)** considerados en su totalidad. Las **fobias específicas** suponen el 6.4%, las **fobias sociales** el 2,3%, la **agorafobia** el 2% y el **trastorno de pánico** el 1,8%. Los nuevos datos sobre Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) y Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) revelan importantes diferencias según edad. El TAG alcanza mayores valores en personas mayores de 65 años, en tanto que el TEPT va descendiendo conforme aumenta la edad.
- **Trastornos Afectivos:** se situaban en el segundo grupo más frecuente (7,8%), donde predominaba la depresión mayor (6,9%).
- **Trastornos somatomorfos** ocupan el tercer lugar del orden con una estimación en cuanto a prevalencia año del **4,9%**.
- **Dependencias a sustancias:** el **alcohol en población > 15 años** (3,4%), **cannabis y opiáceos**. Las tasas de dependencia a opiáceos descienden desde una tasa de 0,4% en la adolescencia tardía hasta 0,1% en la vida adulta. Algo parecido pasa con la dependencia al cannabis, que desciende de 1,8% a 0,3%.

3 Según el **Informe Europeo sobre Drogas 2014**<sup>[Error! Marcador no definido]</sup> se estima que **casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea**, 80 millones de personas, **han consumido drogas ilegales en algún momento de su vida**. En la mayoría de los casos se trata de cannabis, este informe ha puesto de manifiesto que 77 millones de personas han declarado consumir cannabis; unos 15,4 millones de europeos jóvenes de 15 a 34 años (el 11,7% de este grupo de edad) han consumido cannabis en el último año. El cannabis es la droga ilegal que tiene más probabilidades de ser probada por los escolares europeos.

Son más bajas las estimaciones referentes a la cocaína (14,1 millones), las anfetaminas (11,4 millones) y el éxtasis (10,6 millones). El estudio ESPAD<sup>5</sup> constituye un valioso recurso para trazar las tendencias del consumo de sustancias a lo largo del tiempo entre **estudiantes de 15 a 16 años** de edad. Según este estudio **uno de cada cuatro estudiantes** de esa edad **ha consumido drogas ilegales en algún momento**, aunque la prevalencia varía considerablemente entre unos países y otros. El cannabis representa la mayor parte del consumo de drogas ilegales en este grupo (24% declaró haberlo consumido alguna vez, 20% en el último año y 12% en el mes anterior a la encuesta).

ESPAD también informa del consumo de alcohol y tabaco. El consumo de estas dos sustancias es más común que el de cannabis y quienes han consumido cannabis tienen también más probabilidades de ser consumidores habituales de alcohol y tabaco. En el mes anterior a la encuesta, el **19%** de los encuestados dijeron haber **fumado uno o varios cigarrillos al día**, y el 4% haber fumado más de 10 al día. **Casi dos tercios de los estudiantes declararon haber consumido alcohol al menos una vez en el último mes** y el **20% se intoxicaron al menos una vez** en ese periodo.

- **Trastornos Psicóticos:** con **1,2 %**, se encuentran entre los trastornos menos prevalentes. Para los trastornos psicóticos, la dificultad para valorarlo estriba en que muchos estudios

informan de tasas para esquizofrenia en base a criterios DSM y por lo tanto quedan excluidos otros trastornos psicóticos.

- **Trastornos de la conducta alimentaria:** se estimaron las tasas más altas 0,5 a 0,9% en la franja de edad 14-17 años y las tasas más bajas de 0,2 a 0,1% en el rango de 18 a 65 años.
- **Trastornos de la personalidad:** según estudios comunitarios de Reino Unido<sup>6</sup> y de Noruega<sup>7</sup>, muestra una **prevalencia estimada** del **0.7%** para el **trastorno límite de la personalidad** y del **0,6%** para el **trastorno antisocial de la personalidad**.
- **Trastornos mentales en niños y adolescentes:** incluyen estudios disponibles sobre Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), trastornos de conducta, trastornos generalizados del desarrollo (TGD) (incluyendo autismo, síndrome de Asperger, y los trastornos desintegrativos de la infancia). Las tasas de prevalencia año muestran un 5% para el TDAH y 3% para los trastornos de la conducta, para edades de 6 a 17 y de 5 a 17 respectivamente. La ratio niño – niña para ambos trastornos se estima en torno 3:1. Además se estima que la prevalencia en la adolescencia decrece para el TDAH y aumenta para los trastornos de conducta. En relación a los TGD, los trastornos del espectro autista presentan una prevalencia del 0,64%, y la ratio niño-niña de 4:1.
- **Trastornos del sueño:** la Apnea del Sueño presenta una prevalencia del 3%, la narcolepsia con el 0,02% y la hipersomnía con el 0,8%.

Por todo ello, se puede considerar, desde una perspectiva amplia, que los **trastornos mentales y neurológicos** deben ser considerados como **el mayor reto en atención sanitaria del siglo XXI para Europa**.

## **España**

El proyecto ESEMeD-España<sup>8</sup> es un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en nuestro país. El estudio se realizó en 2001-2002 y los resultados encontrados muestran una **prevalencia vida** para los **principales trastornos mentales (depresión, ansiedad y consumo de alcohol)** del **19,5%** y una **prevalencia-año** del **8,4%**. Los trastornos más prevalentes en los últimos 12 meses fueron los de ansiedad, con una prevalencia año del 6,2%; en segundo lugar, estaban los trastornos del estado de ánimo, con una prevalencia año del 4,4%.

En otro estudio que se realizó sobre las personas que acudían a las consultas de Atención Primaria de Salud de toda España, se evaluaron los trastornos mentales con criterios DSM-IV en los años 2006 y 2010. Con una muestra de 7.940 pacientes en el año 2006-2007 y otra de 5.876 en 2010-2011 se encontró que había habido un aumento en este periodo de tiempo de un 19,4% de pacientes con probable diagnóstico de trastorno depresivo mayor, así como un aumento del 8,4% para probable trastorno de ansiedad generalizada y un 7,3% las somatizaciones<sup>9</sup>.

A pesar de las limitaciones de este estudio resulta razonable pensar que en ese periodo de tiempo la **prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado en España**. Los autores concluyen que **el aumento fue considerablemente mayor en personas con desempleo y dificultades económicas**.

Dado que los trastornos mentales comunes más importantes tienen una prevalencia tan elevada y están aumentando, conviene examinar sus costes y la sostenibilidad del gasto. Una estimación de los **costes de los trastornos mentales y del cerebro en España**<sup>10</sup> para el año

**2010** (a partir de estudios rigurosos publicados sobre cada tipo de enfermedad) alcanzó los **83.749 millones de euros anuales** (aproximadamente el 8% del PIB de nuestro país), lo que **superó el gasto público sanitario**, que fue de 69.357 millones de euros. De acuerdo con los datos de este estudio, los **trastornos depresivos**, los de **ansiedad** y las **somatizaciones** alcanzarían el 2,2% del PIB, con un monto total de **22.778 millones de euros**.

Precisamente para abordar la sostenibilidad del sistema y tratar estos trastornos mentales comunes en Atención Primaria (ansiedad y depresión) con técnicas coste-eficaces, en Inglaterra se desarrolló desde 2007 una iniciativa de intervención mediante las técnicas psicológicas basadas en la evidencia (Improving Access to Psychological Therapies, IAPT). Los **resultados clínicos en reducción de síntomas, curación de trastornos mentales, disminución de discapacidad y análisis de costo-beneficios** no dejan lugar a dudas: dicha iniciativa ha sido un **éxito** en todos los niveles<sup>11</sup>, **comparado con el tratamiento habitual de Atención Primaria**, esencialmente de tipo **farmacológico**. Por ello, actualmente, están extendiendo este sistema a población infantil y a pacientes con enfermedad física crónica.

### 3 La Salud Mental en la población española

Para la evaluación de la salud mental de la población en el contexto de la presente Estrategia se han seleccionado diferentes variables: el **porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental**<sup>1</sup>, a su vez, desglosados según edad en población adulta e infantil<sup>2</sup>, y el **porcentaje de personas que tienen percepción de bajo apoyo social**<sup>3</sup> (ambas de la Encuesta Nacional de Salud de España, ENSE) y el **Indicador Subjetivo de Bienestar**<sup>4</sup>, de la Encuesta de Condiciones de Vida del Instituto Nacional de Estadística.

Los siguientes gráficos presentan los valores obtenidos para dichos indicadores y su evaluación frente a situación anterior al plazo de ejecución de la anterior actualización de la estrategia.

---

<sup>1</sup> Se define el **riesgo de mala salud mental en adultos** mediante la fórmula:  $[a] / [b]] * 100$ , donde

a) Nº de personas de 15 y más años que obtienen una puntuación en el cuestionario sobre salud mental, que supera el dintel por encima del cual se considera que se está en riesgo de mala salud mental.

b) Nº total de personas de 15 y más años encuestadas.

Para la población de 15 y más años, se utiliza el **cuestionario de salud mental general GHQ-12**. La puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental. Las personas con 3 o más puntos se consideran en riesgo de mala salud mental. **Periodicidad:** 2-3 años

<sup>2</sup> El **porcentaje de población infantil en riesgo de una mala salud mental** se calcula mediante la fórmula  $[a] / [b]] * 100$ , donde

a) Nº de personas menores de 0-14 años que obtienen una puntuación en el cuestionario sobre salud mental, que supera el dintel por encima del cual se considera que se está en riesgo de mala salud mental.

b) Nº total de personas menores de 0-14 años encuestadas.

Se utiliza el **cuestionario SDQ**. El punto de corte se establece en 17. **Periodicidad:** quinquenal

<sup>3</sup> El porcentaje de personas con percepción de apoyo social bajo se calcula mediante la fórmula  $[a] / [b]] * 100$ , donde

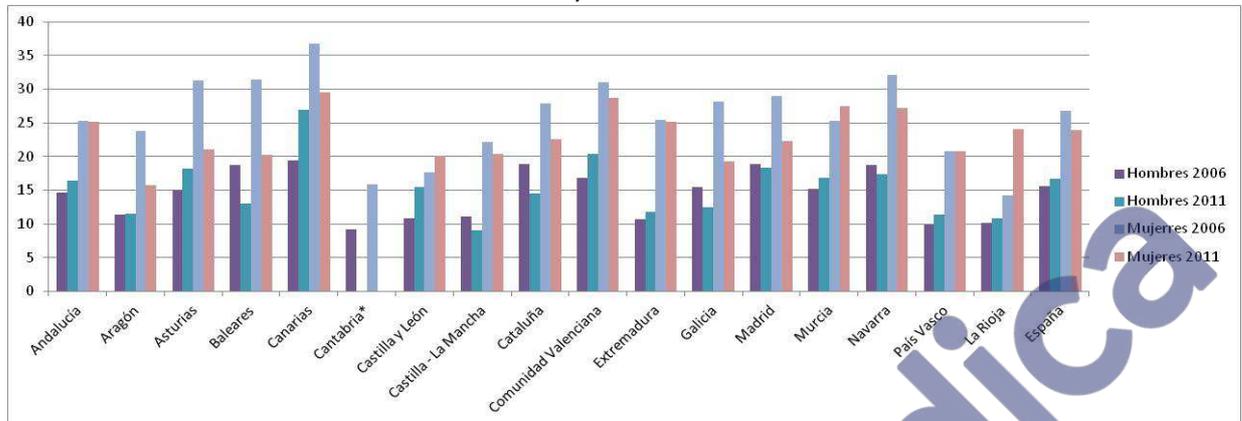
Nº total de personas encuestadas de 15 y más años que obtienen una puntuación en el cuestionario de Duke-UNC inferior o igual a 32.

b) Nº total de personas de dicha edad encuestadas.

Periodicidad: quinquenal

<sup>4</sup> El Indicador Subjetivo de Bienestar se toma de la Encuesta de Calidad de Vida, módulo de Bienestar, del Instituto Nacional de Estadística

**Figura 1. Porcentaje de personas adultas en riesgo de mala salud mental**  
 Porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental. España. 2006, 2011. Distribución por CCAA y Sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENSE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística

Los datos disponibles no cubren todo el periodo evaluado. Disponemos de datos para 2006 y 2011 y, a la hora de comparar los datos hay que tener en cuenta la diferencia en el punto de corte de edad que incluyen ambas encuestas (16 y 15 años respectivamente).

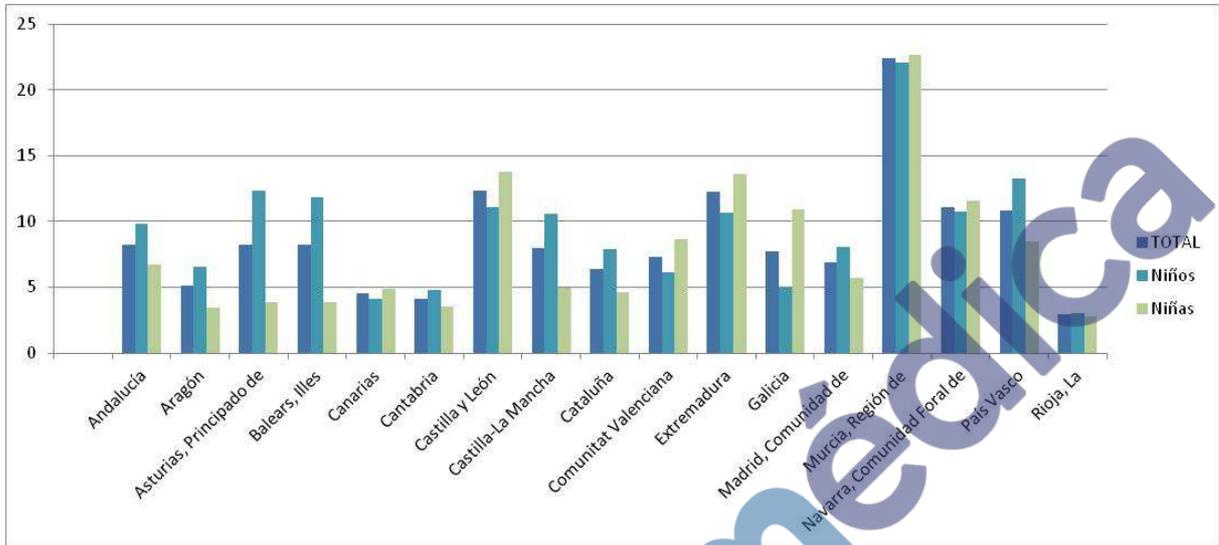
No se aprecia un cambio en el valor de este indicador. Alrededor del 20% (una de cada cinco personas) de la población están en riesgo de mala salud mental. Por lo que a la diferencia de sexos se refiere, en las mujeres se encuentra una proporción mayor que entre los hombres, aunque la diferencia entre ambos grupos tiende a reducirse.

En cuanto a la distribución geográfica, hay que tener en cuenta el carácter muestral y por tanto la variabilidad debida al azar, lo que hace difícil con tan solo dos datos valorar si existe algún cambio. Como nota hay que añadir que en 2011 los datos de Cantabria no se muestran.

A diferencia de la población adulta, en el caso de niños y niñas de 4 a 14 años existe mayor disparidad en función del sexo. Existen Comunidades como Asturias o Baleares, donde el riesgo de mala salud mental en varones es claramente superior al de las niñas, en tanto que en otras Comunidades (p.e. Andalucía, Aragón, Madrid) el valor es también superior en chicos pero con diferencias menos llamativas. Por su parte, en 7 Comunidades el riesgo es superior en el caso de las niñas, si bien con diferencias no significativas.

**Figura 2. Porcentaje de población infantil en riesgo de mala salud mental**

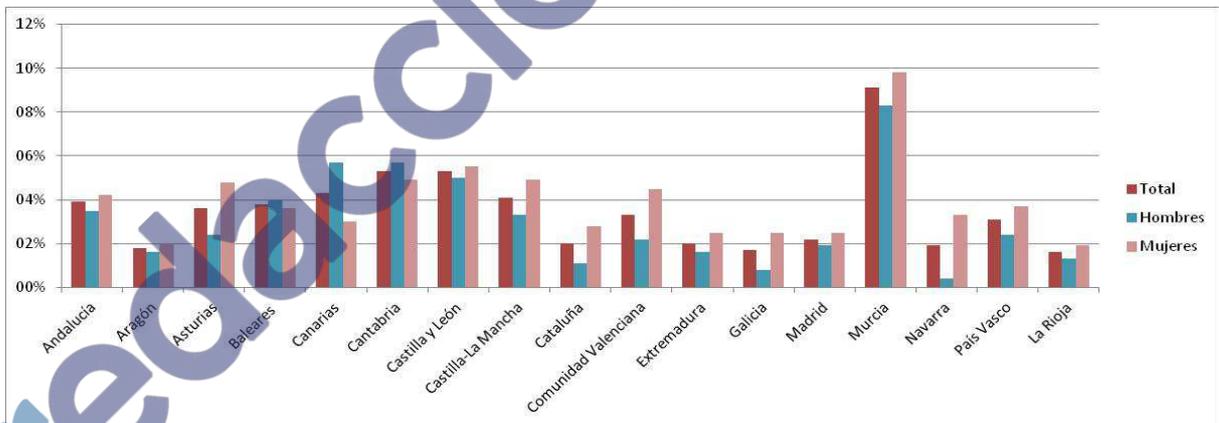
Porcentaje de población de 4-14 años en riesgo de mala salud mental. España. 2011. Distribución por CCAA y Sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENSE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística

**Figura 3. Porcentaje de personas con bajo apoyo social**

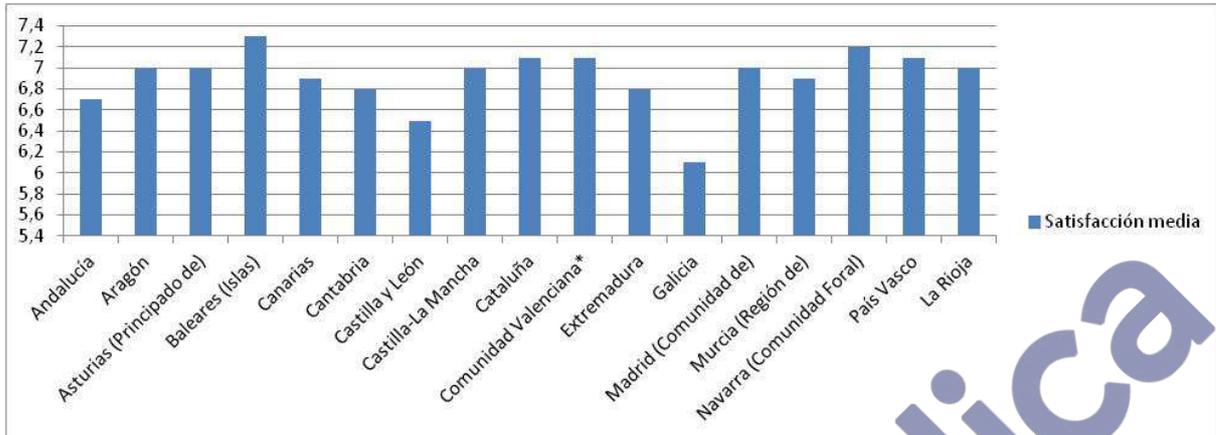
Porcentaje de personas que consideran que tienen un bajo apoyo social. España. 2015. Distribución por CCAA y Sexo



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social

Lo más significativo de este gráfico es que en la casi totalidad de Comunidades (salvo Baleares, Canarias y Cantabria) los valores son superiores en caso de mujeres. También son reseñables las diferencias tan extraordinarias existentes entre algunas Comunidades. A título de ejemplo, los valores de Murcia prácticamente doblan a los de la 2ª Comunidad, Cantabria.

Figura 4. Indicador subjetivo de bienestar por CCAA



Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Módulo sobre bienestar 2013. INE

El indicador subjetivo de bienestar en la población general es moderadamente alto, sin que haya unas diferencias relevantes entre unas comunidades y otras. Al ser la primera vez que se recoge este indicador no es posible valorar el posible impacto de la estrategia en este campo. Será necesario disponer de una serie más larga para que la monitorización de este indicador nos diga algo sobre su relación con las actuaciones definidas por la estrategia.

### Impacto de la crisis

Por otra parte, el informe **SESPAS 2014** de la **Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria** pone de manifiesto que: “la salud mental se ve negativamente afectada durante los periodos de precariedad económica. Las recesiones económicas ejercen un impacto negativo sobre la salud mental por diversos factores interrelacionados, entre los que el desempleo constituye el principal factor de riesgo.”

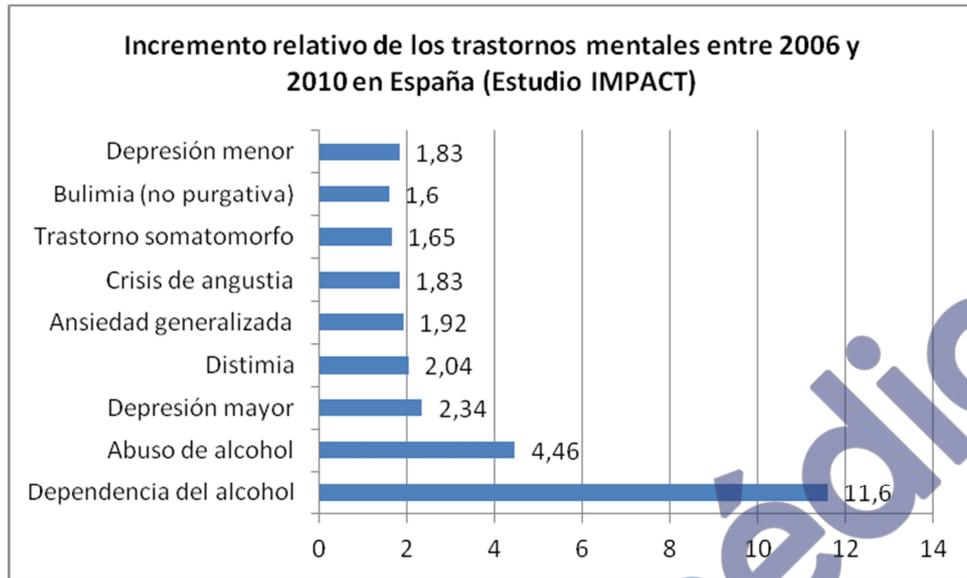
Según este mismo informe, el estudio **IMPACT**<sup>5</sup> ha comparado la prevalencia en de trastornos mentales en Atención Primaria en España antes y durante la crisis económica obteniéndose que los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y el abuso de alcohol aumentaron significativamente durante la crisis económica. Así mismo se produjo un aumento relevante, alrededor del 10%, en el consumo de fármacos antidepresivos entre 2009 y 2012, si bien no se detectó una variación relevante en el número de suicidios en dicho periodo.

<sup>5</sup> El estudio IMPACT se realizó con el objetivo de comparar la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en Atención Primaria en dos momentos económicos diferentes (antes y durante la actual crisis económica) y analizar el impacto del aumento del desempleo sobre la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes en este ámbito. Se recogieron los datos de un estudio epidemiológico, transversal y multicéntrico (estudio SCREEN) realizado en 2006 en todas las comunidades autónomas y se diseñó un trabajo similar en 2010, durante la crisis económica, en los mismos centros de salud, en el mismo ámbito geográfico y con idénticos instrumentos de evaluación. En el primer estudio participaron 1925 médicos de Atención Primaria y se seleccionó una muestra de 7940 pacientes; en el estudio IMPACT participaron 1175 médicos de Atención Primaria, con una muestra final de 5.876 pacientes. Ver:

<http://gacetasanitaria.elsevier.es/es/crisis-economica-salud-mental-informe/articulo/S0213911114000454/>

**Figura 5. Impacto de la crisis**

Incremento relativo de los trastornos mentales entre 2006 y 2010 en España (Estudio IMPACT)



Fuente: Estudio IMPACT <http://gacetasanitaria.elsevier.es/es/crisis-economica-salud-mental-informe/articulo/S0213911114000454/>

#### 4 Marco normativo

Desde la publicación de la Actualización de la Estrategia en 2009 se han producido cambios normativos en el ámbito mundial, europeo, nacional y autonómico. Estos cambios afectan fundamentalmente a los temas de **adicciones, dependencia e impacto ambiental**, así como **modificaciones organizativas** que afectan a los Servicios de Salud en general y al papel de la atención a la Salud Mental en particular. En concreto, las CC.AA. han elaborado normativas sobre aspectos de ordenación de servicios de salud mental, igualdad efectiva, prevención de la violencia de género, derechos y deberes de los usuarios de salud mental, subvenciones, etc.

Entre la normativa generada, destaca el Real Decreto R.D. 1276/2011, de 16 de septiembre, de adaptación normativa a la **Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**. Dicha **Convención** había sido aprobada el 13 Diciembre de 2006 por la Asamblea General de Naciones Unidas y había sido ratificada por España en 2007.

Los principios generales que se desprenden de la Convención aprobada, y consecuentemente, del Real Decreto (R.D.) que la llevaba a la práctica, 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.

También es reseñable en este punto 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.

[www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)

## 5 Marco Internacional

En el mundo actual es inconcebible diseñar y llevar a la práctica una estrategia en salud mental en un país como el nuestro sin tener en cuenta las acciones que se llevan a cabo en los países de nuestro entorno, o al margen de las recomendaciones internacionales que nos atañen. En este sentido, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad mantiene una estrecha relación de cooperación con organismos internacionales que se ocupan de la salud mental en programas y proyectos relacionados con los objetivos de la presente Estrategia.

### La Organización Mundial de la Salud (OMS)

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) 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.

Este plan de acción integral se ha elaborado mediante consultas con los Estados Miembros, la sociedad civil y los asociados internacionales. Tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Asimismo, establece acciones claras para los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados a nivel internacional, regional y nacional, y propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que «no hay salud sin salud mental».

### OMS – Europa

A nivel europeo, el Comité Regional de la OMS, aprobó en la 63 asamblea, celebrada en septiembre de 2013, el Plan de Acción Europeo de Salud Mental.

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, afectando a un tercio de la población al año, medido tanto en prevalencia como en carga de enfermedad y discapacidad. En todos los países, la mayoría de los trastornos mentales son mucho más prevalentes en las capas más desfavorecidas de la sociedad.

Por tanto, 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 objetivos planteados para alcanzar en el horizonte de 2020 son:

- 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 todos.
- 6 Los sistemas de salud mental trabajan conjuntamente, bien coordinados con otros sectores.
- 7 La dirección y prestación de la salud mental se rige por una correcta información y conocimiento.

### **El Consejo de Europa**

El instrumento de referencia para la Salud Mental en el ámbito del Consejo de Europa es la **Recomendación, CM/Rec (2004)10**, relativa a la **protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales**.

En el periodo contemplado en la actual revisión de la estrategia, se ha aprobado la **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 que padecen trastornos mentales**.

Esta Recomendación establece 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 trastorno mental.

Así mismo, 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 Rec2004 (10), al objeto de proteger la dignidad y los derechos humanos de las personas que sufren trastorno mental y garantizarles la asistencia adecuada.

### **Comisión Europea**

A nivel europeo, todos los Estados Miembros aprobaron en 2013 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”**)

[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/policy/index\\_es.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_es.htm)

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), con la colaboración de las Comunidades Autónomas, sociedades científicas y asociaciones de pacientes y de familiares, participó como miembro asociado (*associated partner*) en el paquete de trabajo 5 (work package) de “La Gestión de la evolución hacia un modelo de salud mental comunitario y de inclusión social (“managing the evolutions of community-based and socially-inclusive approaches to mental health”) de dicha Acción Conjunta.

Dentro de los trabajos, se elaboró por cada país participante un informe de la situación actual de dicho modelo. El informe español analiza el **modelo comunitario y de inclusión social en España**, tanto cuantitativa como cualitativamente, recogiendo experiencia ejemplarizantes y conclusiones globales entre las que destacamos las siguientes luces y sombras de la aplicación del modelo en nuestro país:

#### **Luces:**

- Cartera de servicios unificada que garantiza servicios de salud mental preventivos, de atención y de rehabilitación.
- Estrategia en salud Mental del SNS con comités de participación que da cohesión y potencia el modelo comunitario.
- Hospitalización de agudos y urgencias 24 horas en Unidades Psiquiátricas de hospitales generales.
- Se ha reducido de forma muy importante el número de camas en hospitales monográficos.
- Aumento de la calidad tanto de las estructuras e instalaciones, de la práctica clínica como de experiencias novedosas en la gestión de los servicios.
- Red unificada de Salud Mental al pasar todos los servicios existentes a ser competencia de un único administrador, inicialmente INSALUD en muchos casos, y según se van descentralizando las competencias sanitarias, las Comunidades Autónomas.
- Potenciación de recursos ambulatorios comunitarios con una extensa red de Centros de Salud Mental.
- Creación de equipos multidisciplinares e incorporación de otras profesiones (psicología clínica, enfermería en salud mental, trabajo social...)
- Se ha desarrollado un fuerte movimiento de usuarios y de familiares.
- Formación especializada acreditada de médicos/as, psicólogos y enfermeras...

#### **Sombras:**

- Quedan algunos grandes hospitales psiquiátricos por transformarse en unidades más acordes con el modelo comunitario.
- Desigualdades territoriales
- Escasez de recursos humanos y no exigencia, en enfermería, de la especialidad para poder ejercer en salud mental.
- Escasez de recursos comunitarios, particularmente para pacientes crónicos, y alternativas a la hospitalización como atención domiciliaria, hospitales de día, recursos residenciales (pisos, minirresidencias...), etc.
- Insuficientes servicios de rehabilitación e inserción laboral.
- Falta de consolidación de programas y servicios para grupos vulnerables.
- Existencia de redes paralelas de atención en adicciones y también en atención sanitaria penitenciaria.

Con las aportaciones de todos los países participantes, se elaboró **un informe final** del paquete de trabajo 5, cuyas conclusiones se recogen en el **Anexo 1**.

## 6 Las TICs en Salud Mental

En los últimos años, han surgido términos como: E-Terapia, e-Health, m-Health, Tratamientos Virtuales, tratamientos basados en Internet, etc. En todos los casos suponen la utilización de ordenadores personales, dispositivos móviles o tabletas para mejorar la aplicación del tratamiento. La utilización de las Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TICs) en el ámbito de la Salud Mental tiene tres importantes funciones:

- Posibilitar el acceso a los servicios sanitarios y facilitar nuevas formas de comunicación e interacción a distancia.
- Facilitar la interrelación profesional entre diferentes niveles asistenciales y disciplinas.
- Lograr simulaciones generadas por ordenador para crear realidades virtuales.

Actualmente se cuenta con tratamientos que han demostrado ser eficaces para muchos problemas de salud mental. Sin embargo, aún existe una **limitación importante**: la posibilidad de administrarlos a todas las personas que los necesitan. Es decir, el **llegar a todos**<sup>12</sup>. Los tratamientos y la ayuda *on line* están impulsando y facilitando que las personas puedan acceder a ayuda profesional. Se estima que en la actualidad **el modelo de asistencia sanitaria** imperante en los **países desarrollados sólo llega al 40% de las personas**, es decir, el 60% de las personas con problemas de salud mental no tiene acceso a tratamiento profesional<sup>13</sup>.

De cara a mejorar la relación coste-beneficio resulta necesario plantear marcos terapéuticos alternativos a la terapia tradicional. En este “modo distinto de hacer”, las TICs pueden ser de gran utilidad para ciertos problemas, como por ejemplo, los trastornos emocionales como depresión, ansiedad, etc. De hecho, los e-servicios de salud mental han demostrado que pueden ser hasta 50 veces más rentables que los servicios de salud mental tradicionales<sup>14 15 16</sup>.

En la actualidad, Internet es un instrumento de gran utilidad en la promoción, prevención e intervención en el ámbito de la salud en general, y de la salud mental en particular, ofreciendo recursos muy valiosos, como el correo electrónico, los *instant messaging* (mensajes instantáneos), la videoconferencia, páginas web, tele-servicios sanitarios privados, guías de autoayuda, servicios para profesionales, etc. Por otra parte, en estos momentos ya se cuenta con programas muy estructurados que utilizan Internet para proporcionar ayuda a distancia, pudiendo ir desde soluciones totalmente auto-aplicadas, hasta variar el grado de contacto presencial con el personal clínico (de poco a mucho). Estas aplicaciones han logrado que tratamientos psicológicos basados en la evidencia estén disponibles para las personas que los necesitan y que, por distintas razones (p.ej., vivir en área remotas en las que no existen profesionales formados en dichos tratamientos), no pueden acudir a un centro clínico para recibirlos siguiendo un formato de terapia tradicional.

Los meta-análisis sobre este tema muestran que los tratamientos a través de Internet y los tratamientos basados en TICs son intervenciones eficaces<sup>17 18</sup>. De hecho han sido incluidos en las guías clínicas elaboradas por *The National Institute of Clinical Excellence (NICE Guidelines)* como una alternativa para los tratamientos basados en la evidencia. En estos momentos, las guías clínicas NICE en Inglaterra apoyan la utilización de programas como “*Beating the Blues*” para el tratamiento de la depresión y la ansiedad<sup>19</sup> y el programa “*FearFighter*” para el tratamiento de las fobias y el trastorno de pánico<sup>20</sup>. También se ha avanzado de forma

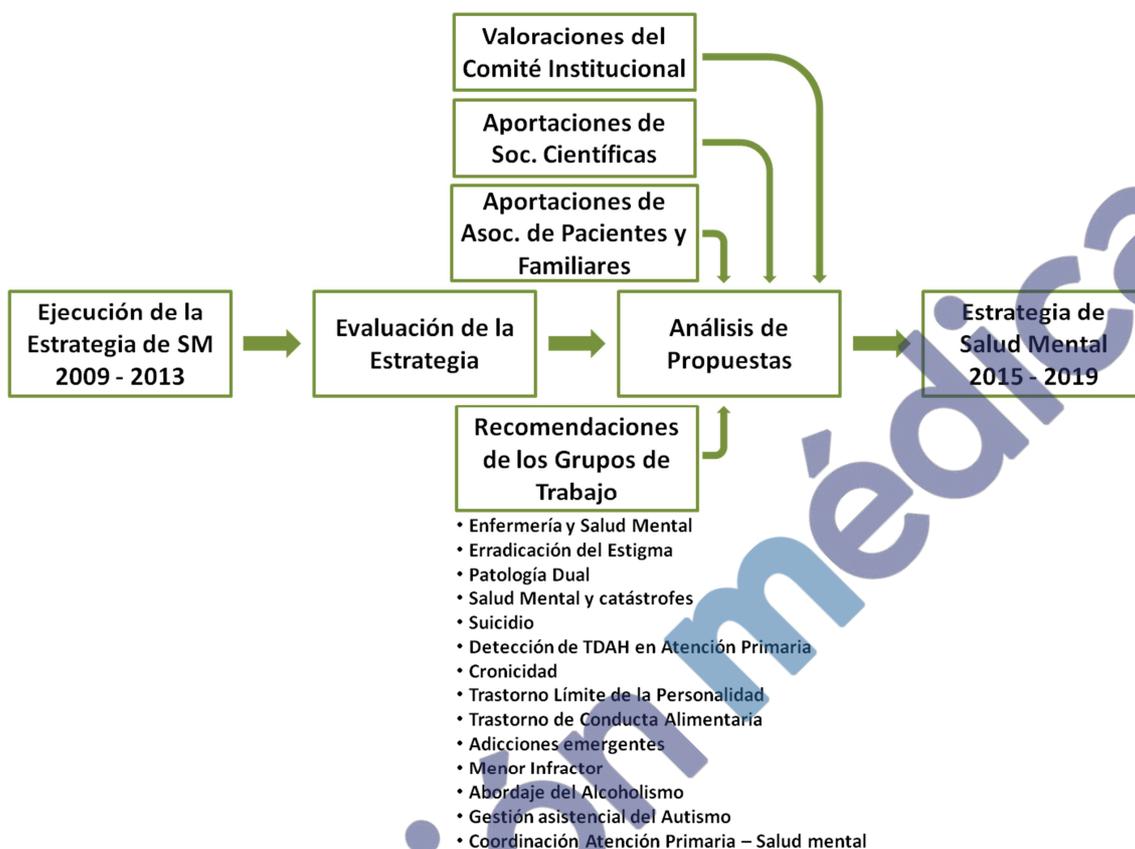
importante en este campo en otros países europeos como Holanda, Suecia, Suiza, Alemania y España.

Las TICs están demostrando tener grandes ventajas en el ámbito de los tratamientos psicológicos. Se trata de lograr que los tratamientos que han demostrado ser eficaces en problemas de Salud Mental estén mucho más accesibles para todos y también de romper algunos de los estigmas existentes en torno a ellos.

redacción médica

## C. METODOLOGÍA

### Metodología de elaboración de la Estrategia de Salud Mental 2015-2019



Para la elaboración del documento de actualización, se han tenido en cuenta los resultados de la evaluación, así como las conclusiones de un informe de situación que ha actualizado los datos epidemiológicos y los cambios y novedades habidos, tanto en la forma de organizar la atención, como en los tratamientos psicoterapéuticos y farmacológicos, a fin de adaptar la estrategia a dichos cambios.

Por otro lado, y dentro de este proceso de actualización, se crearon 14 grupos de trabajo que elaboraron unos documentos que sirvieran para facilitar a las Comunidades Autónomas la implementación, de forma más efectiva, de aquellas cuestiones que se consideraron más prioritarias por los comités.

Los grupos formados son:

1. Abordaje y prevención del Suicidio
2. La lucha contra el Estigma y la discriminación en los trastornos mentales.
3. Patología Dual
4. Enfermería y Salud Mental
5. Salud Mental y catástrofes
6. Detección de TDAH en Atención Primaria
7. Cronicidad y salud mental
8. Trastorno límite de la personalidad
9. Trastorno Conducta Alimentaria
10. Adicciones emergentes
11. Menor infractor

12. Modelo y abordaje del alcoholismo
13. Gestión asistencial del autismo
14. Coordinación Atención Primaria y salud Mental

Algunas de las conclusiones de estos grupos de trabajo, consideradas adecuadas y viables por las Sociedades Científicas, asociaciones de usuarios y familias y las Comunidades Autónomas, se han incorporado asimismo al documento de actualización.

Teniendo en cuenta todas estas consideraciones, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se presentó un primer borrador de líneas estratégicas y objetivos, tanto generales como específicos que fue enviado a los comités técnico e institucional de la Estrategia para recibir aportaciones y sugerencias.

### Líneas Estratégicas (L.E.), Objetivos Generales (O.G.) y Objetivos Específicos (O.E.) Estrategia 2016 - 2019

L. E. 1: Promoción y Prevención	
O.G. 1: Estilo de vida saludable	3 O.E.
L. E. 2: Prevención, detección precoz y abordaje de la conducta suicida	
O.G. 2: Disminuir la tasa de suicidios	4 O.E.
L. E. 3: Atención a las personas con problemas de salud mental	
O.G. 3: Detección y abordaje precoz	4 O.E.
O.G. 4: Calidad y equidad de la atención	8 O.E.
O.G. 5: Atención a poblaciones con trastornos mentales específicos	7 O.E.
O.G. 6: Atención a poblaciones según su Ciclo vital	3 O.E.
O.G. 7: Atención a poblaciones específicas	5 O.E.
O.G. 8: Atención a la cronicidad	3 O.E.
L. E. 4: Atención e intervención con las familias	
O.G. 9: Atención e intervención con las familias	4 O.E.
L. E. 5: Organización y coordinación socio sanitaria	
O.G. 10: Organización de la Atención Integral a la Salud Mental	5 O.E.
O.G. 11: Coordinación sanitaria	3 O.E.
O.G. 12: Mejorar los sistemas de información	2 O.E.
L. E. 6: Autonomía, Recuperación y Derechos del paciente	
O.G. 13: Autonomía y derechos del paciente	3 O.E.
O.G. 14: Discriminación y estigma	5 O.E.
O.G. 15: Intervenciones involuntarias y respeto de la dignidad de pacientes	6 O.E.
L. E. 7: Participación ciudadana	
O.G. 16: Participación de los agentes e instituciones	7 O.E.
L. E. 8: Formación del personal sanitario	
O.G. 17: Potenciar la formación del personal sanitario en materia de Salud Mental	2 O.E.
L. E. 9: Investigación en Salud Mental	
O.G. 18: Potenciar la investigación en Salud Mental	2 O.E.

Una vez valoradas, se confeccionó una propuesta definitiva que, tras recibir el visto bueno de dichos comités, ha sido presentada al Consejo Interterritorial el XXXXXXXX

## **D. DESARROLLO DE LAS LINEAS ESTRATEGICAS**

### **Línea Estratégica 1: Promoción y Prevención**

#### **Promoción de la salud mental de la población y prevención de los trastornos mentales.**

##### **ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL**

##### **Actuaciones de promoción de la salud mental de la población**

El número de intervenciones de promoción de la salud mental por parte de las Comunidades Autónomas ha sido amplio, si bien eso no es buen indicador en sí mismo. Lo realmente importante es la idoneidad de las intervenciones, así como la amplitud de la población a la que va dirigida y, especialmente, la evaluación de su efectividad.

No obstante, todas las comunidades que han informado afirman haber llevado a cabo una serie de intervenciones, que realizan directamente o mediante la concesión de subvenciones. Se desconoce si la planificación y ejecución de las dichas acciones se debe a un análisis de la situación y una priorización de las actuaciones o a otros criterios.

En cuanto a la evaluación de estas actuaciones, dónde las hay, se centran casi exclusivamente en indicadores de estructura y proceso, y no de resultados.

Es importante destacar la magnitud y relevancia de las actuaciones emprendidas para disminuir el consumo de alcohol y otras drogas.

Es posible afirmar que muchas comunidades tienen en su cartera de servicios prestaciones que incluyen la valoración y apoyo a cuidadores de personas con patologías crónicas.

En el caso de las personas con trastorno mental grave, estas reciben prestaciones a través de la aplicación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, la cual ha supuesto un decidido avance en el ejercicio de los derechos ciudadanos. No obstante es importante diferenciar y atender específicamente a dos tipos de necesidades, que son complementarias. Por una parte las necesidades de rehabilitación psicosocial, como prestación en materia de salud y, por otra, el apoyo a la dependencia, como prestación en materia de servicios sociales.

#### **Objetivo General 1: Estilo de vida saludable**

Fomentar en la población general la adopción de un estilo de vida saludable para promocionar la salud mental positiva y el bienestar y prevenir la aparición de problemas de salud mental.

##### **Objetivos Operativos:**

**1.1 Las CC.AA. dispondrán de un plan 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.

Este plan estará basado en un análisis de las necesidades de la población y estará evaluado.

## Criterios:

- Se llevarán a cabo:
  - Con una perspectiva de **curso vital** en cada uno de los grupos de edad o etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y las personas mayores, diferenciando en cada etapa necesidades diferenciales de ambos sexos.
  - Mediante **programas comunitarios e intersectoriales, programas de educación para la salud en la escuela, educación de adultos, aulas y universidad de la experiencia**, etc.
    - Se promocionarán nuevos modelos **de relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres** y se difundirán acciones encaminadas a sensibilizar sobre el impacto que tiene en la salud mental de la infancia y adolescencia, la violencia de género y doméstica física, psicológica y sexual.
    - Se promoverán acciones intersectoriales entre los **servicios educativos y sanitarios** para prevenir y atender los problemas relacionados con el acoso escolar.
    - Incluirán intervenciones comunitarias en **áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad**, con el fin de actuar sobre los determinantes, incluidos los determinantes de género de los trastornos mentales y de las adicciones.
    - Contendrán intervenciones, dentro de lo contemplado en la **Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016** y en los Planes de Acción que la desarrollan y, en su caso, en los de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la Comunidad. Se prestará especial interés a la prevención del consumo de alcohol y drogas (especialmente cannabis) en menores y población escolar, por tratarse de uno de los principales factores de riesgo de trastorno mental grave evitables.
    - Se fomentará la **prevención de la conducta suicida en la población de riesgo**.

Se promoverá la **formación de la población general** para un mejor conocimiento y manejo de los factores de riesgo más importantes para la salud mental, en especial el estrés y la ansiedad. Véase la **web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad**:

<http://www.bemocion.msssi.gob.es/emocionEstres/emociones/home.htm>

**1.2. Las Comunidades Autónomas potenciarán el desarrollo de grupos de autoayuda, escuelas de salud y todo tipo de iniciativas comunitarias para la prevención de la soledad y las situaciones vitales estresantes y el fomento de la resiliencia y la salud mental positiva.**

**1.3. Las CC.AA. realizarán programas e intervenciones de salud laboral** encaminadas a prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

**1.4. Las CC.AA. impulsarán, dentro de los proyectos que requieran una evaluación de su impacto ambiental, la evaluación del impacto en salud mental.**

**Recomendación:**

- Sensibilizar a **los responsables institucionales de las Administraciones** central, autonómica y local sobre la relación existente entre cualquier actuación institucional en el ámbito de urbanismo, educación, vivienda, empleo, etc. y la salud mental de la población.

redacción médica

## Línea Estratégica 2: Prevención, detección precoz y abordaje de la conducta suicida

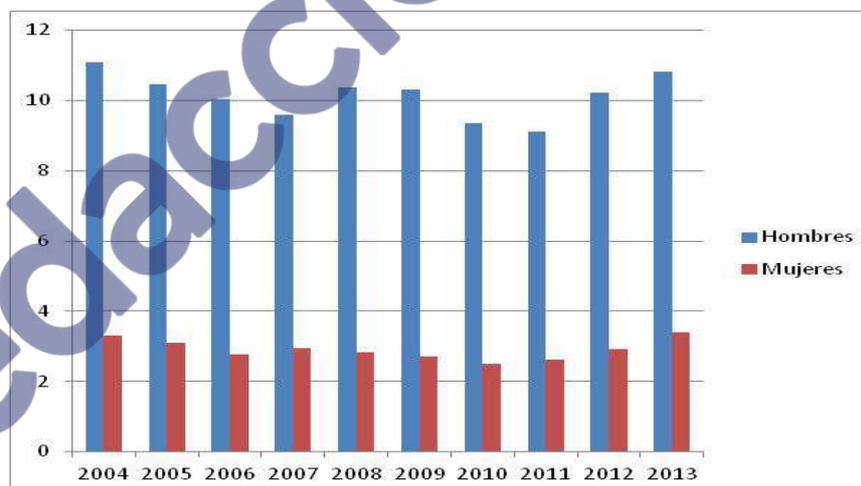
### ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

A la vista de los datos disponibles, se puede afirmar que el suicidio es uno de los grandes problemas a que se enfrentan los sistemas sanitarios y sociales en todo el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>21</sup>, en el mundo se registran **casi un millón de suicidios al año**, lo que supone una **tasa de mortalidad "global" de 16 por 100.000**, o **una muerte cada 40 segundos**. Se estima que **a nivel mundial el suicidio supuso el 1,8% de la carga global de morbilidad en 1998**, y **que en 2020** representará el **2,4%** en los países con economías de mercado y en los antiguos países socialistas.

**El suicidio es el mayor problema de salud pública en Europa** estimándose que **la tasa es aproximadamente un 13,9 por 100.000 hab. / año** (Organización Mundial de la salud, 2013). Nueve de los diez países con un mayor índice de suicidio se encuentran en la Unión Europea, siendo Lituania, Hungría y Finlandia los que presentan una mayor tasa de suicidio. En general, los países del sur, como Italia, España y Chipre, muestran los índices más bajos.

El suicidio es la primera causa de muerte por factores externos en España<sup>22</sup>. Se suicidan 1,8 personas por cada persona fallecida en accidente mortal, se producen 11,7 suicidios por cada homicidio, y 68,1 suicidios por cada muerte por violencia de género.

Figura 6. Evolución de las tasas de suicidio, por 100.000 hab. / año, según sexo.



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia MSSSI

El índice de suicidio es más alto en varones que en mujeres, y en personas de edad avanzada que en jóvenes, no obstante es la segunda causa de mortalidad entre los 25 y los 34 años después de los tumores y supone una de las principales causas de años potenciales de vida perdidos.

En 2008, el suicidio se identificó por la OMS como una acción prioritaria en el "Mental Health Gap Action Programme" (mhGAP) ([http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/))

Se considera una prioridad mejorar la capacidad de las naciones para desarrollar y evaluar planes y políticas sobre prevención del suicidio, con actuaciones adaptadas a las necesidades particulares de las naciones:

Con fecha 12 de marzo de 2014, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas de la Unión Europea y organismos internacionales. Se pretende así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la “redefinición” de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013.

## **Objetivo General 2: Disminuir la tasa de suicidios**

Disminuir la tasa de suicidios en España y dar la adecuada atención integral a las personas que han llevado a cabo tentativas y autolesiones

### **Objetivos Operativos:**

#### **2.1. Mejorar el manejo y la detección del Riesgo Suicida en Atención Primaria.**

**2.1.1.** En toda persona con trastornos afectivos se **explorará** la existencia de **otros factores de riesgo asociados a la conducta suicida** y, en caso positivo, se evaluará explícitamente la existencia de ideas, planes o conductas suicidas.

**2.1.2. Formación y capacitación de los profesionales de Atención Primaria, de medicina y enfermería en:**

- **Identificación de grupos de riesgo: mayores, adolescentes, pacientes con trastornos mentales (depresión, consumo de alcohol) etc.**
- **Técnicas de entrevista específicas para la detección y manejo del riesgo suicida.**

**2.2.** Valorar de forma efectiva el riesgo suicida tras tentativas de suicidio en los Servicios de Urgencias y en los Servicios de emergencia extrahospitalaria mediante una adecuada **entrevista clínica** complementada con la **utilización sistemática de test de cribado en Urgencias mediante escalas validadas**, tal como se describe en la “Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida”, del Sistema Nacional de Salud, incluida en el Catálogo de Guías Clínicas de Guía Salud.

**2.3.** Dar una adecuada **Continuidad Asistencial** entre los Servicios de Urgencias y los Servicios de Salud Mental ambulatorios, y Atención Primaria a corto y medio plazo tras realización de tentativa mediante la implantación de:

**2.3.1: El Código de Riesgo de Suicidio:** Todo paciente identificado con riesgo grave de suicidio o tentativa de suicidio en los Servicios de Urgencias y emergencias o en Atención Primaria y que no sea subsidiario de hospitalización, tendrá cita en el centro de Salud Mental en un espacio de tiempo no mayor de una semana.

**2.3.2:** Protocolización de la **notificación de la estancia** en el Servicio de Urgencias al Médico de Atención Primaria del paciente, con las debidas garantías de

confidencialidad, ejercicio de autonomía y previniendo cualquier fenómeno de estigmatización.

### **2.3.3 Elaboración, por las CC.AA., de procesos asistenciales integrados de atención a la conducta suicida.**

#### **Recomendación:**

- Seguimiento, al menos mensual, **presencial o telefónico, por profesional con competencia adquirida, gestor de caso, al menos durante el primer año**, estableciendo la periodicidad concreta en base a necesidades individualizadas.

### **2.4. Atender a las personas cuidadoras, familiares y allegados de personas que han fallecido por un suicidio consumado.**

**2.4.1. Cita y evaluación inmediata en Atención Primaria** tras el conocimiento de la ocurrencia de la pérdida por suicidio. Derivación a Salud Mental si procede.

#### **Recomendación:**

- Creación de **consulta ambulatoria específica** en los **Servicios de Salud Mental**, individual y/o grupal, psicológica y/o psiquiátrica, para las **personas cuidadoras, familiares y allegados** en caso de **duelo complicado** o **riesgo de suicidio identificado**.
- Desarrollo de experiencias de organización de formas de **autoayuda entre familiares** en la comunidad (incluso fuera de los servicios sanitarios) para **personas en duelo por suicidio**.

## **Línea Estratégica 3: Atención a las personas con problemas de salud mental**

En el informe de Evaluación de la Estrategia de Salud Mental del SNS correspondiente al periodo actual, se ponía de manifiesto que el Objetivo General 4, definido como “Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental”, contenía un **número excesivo de objetivos** (26). Esto conllevaba la dificultad para los responsables de priorizar las acciones necesarias para la consecución de los mismos, así como una elevada complejidad para el análisis de los resultados obtenidos.

En consecuencia, se proponía centrarse en objetivos que **aborden las carencias prioritarias de la atención**, como pueden ser la **detección precoz, los planes individuales e integrales de atención, el uso de las terapias psicológicas basadas en la evidencia**, etc., así como atender las distintas patologías desde **el dispositivo adecuado**, utilizando los medios idóneos para **evitar el reingreso de los pacientes**, especialmente de aquellos con co-morbilidad física. Por otra parte, desde 2013 se ha venido trabajando en una serie de **Proyectos** que buscan identificar acciones e intervenciones concretas para ayudar a las Comunidades Autónomas a implementar algunos de los objetivos prioritarios de la Estrategia.

Los proyectos han sido desarrollados por grupos de trabajo en los que se ha volcado, además del conocimiento y experiencia de sus miembros, la valoración de las aportaciones de las distintas CCAA, de las Sociedades Científicas, de colectivos profesionales, de los pacientes y de los familiares.

Desde el punto de vista metodológico, en cada proyecto se ha llevado a cabo un análisis de situación sobre el que identificar puntos críticos y prioritizaciones y se han elaborado conclusiones y recomendaciones a incluir en la actualización.

De entre los 14 proyectos abordados, aquellos directamente relacionados con esta Línea Estratégica se pueden estructurar de la siguiente manera:

### **1- Mejoras en la organización y en la coordinación socio-sanitaria en salud mental**

- a. Abordaje de los pacientes con problemas de Salud Mental entre Atención Primaria y los Centros de Salud Mental.
- b. Cuidados e Intervenciones de enfermería en Salud Mental.
- c. Cronicidad en Salud Mental.
- d. Intervenciones de Salud Mental en las Catástrofes.
- e. Estigma Y Enfermedad Mental.

### **2- Salud Mental del niño y del adolescentes**

- a. Atención Integral del Autismo.
- b. Optimización en el abordaje del TDAH.
- c. Salud Mental y Menores infractores.
- d. Adicciones emergentes en población juvenil.

### 3- Atención a patologías concretas

- a. Detección temprana, tratamiento y prevención de la reincidencia de las tentativas de Suicidio.
- b. Programa de Atención a los Pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria crónico.
- c. Rehabilitación en el Trastorno Límite de la Personalidad y pisos terapéuticos.
- d. Abordaje del alcoholismo en colaboración con las asociaciones de ayuda mutua.
- e. Orientaciones para la coordinación e integración de las redes de salud mental y adicciones.

## ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

### Coordinación de Salud Mental y Atención Primaria

La Organización Mundial de la Salud calcula que para el año 2020, de las 10 enfermedades que provocarán mayor discapacidad, 5 serán debidas a trastornos mentales, siendo la depresión la segunda más importante<sup>23</sup>. Este aumento de trastornos mentales está siendo atendido en una gran parte por profesionales de **Medicina y Enfermería Familiar y Comunitaria** ya que **solo derivan una media del 5% de la patología psiquiátrica que detectan en Atención Primaria**<sup>24</sup>. Estos datos ilustran la gran carga asistencial de estos problemas en los países desarrollados, problema que no se resuelve exclusivamente con un aumento de plantillas.

Aproximadamente el **20% de los niños y adolescentes** llegan a presentar **algún tipo de trastornos psiquiátricos**<sup>25</sup>. El **50% de los trastornos psiquiátricos graves** que tienen lugar a lo largo de la vida **comienza**, como promedio, **a los 14 años** de edad. El retraso en iniciar la intervención se ha calculado que puede llegar a estar entre los 8 y los 10 años<sup>26</sup>. Por ello, **la mejora de la capacitación de los servicios de Atención Primaria para identificar los signos de trastorno mental**, proporcionar atención en algunos casos o establecer las coordinaciones para que se reciba atención especializada, **puede disminuir el retraso en la intervención y mejorar así el pronóstico**.

### Desarrollo de Cuidados

**La importancia de los cuidados** en el abordaje de los problemas de salud mental (comunes y graves) y en la recuperación de las personas que los padecen y la mejora de la calidad de vida de estos y en la de sus familiares, unida a una **muy alta variabilidad** en las intervenciones que se están realizando y en los profesionales que las llevan a cabo, justificó la priorización de este tema.

El trabajo se ha centrado en la práctica asistencial diaria, en el tratamiento terapéutico, así como en la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad de la población.

El grupo de trabajo analizó algunas **luces y sombras** de la participación de este rol asistencial en el ámbito de la Salud Mental.

## Luces

- Los profesionales de Enfermería son el punto de **contacto** y **referencia** para el paciente y su familia.
- Se está produciendo un **reconocimiento oficial** progresivo de la especialización en Salud Mental y se está llevando a cabo la **creación de la categoría profesional** por parte de las CCAA.
- En el ámbito **internacional**, se observa una **participación** cada vez más activa de la **Enfermería** en las **políticas de Salud Mental**.

## Sombras

- Pueden surgir problemas operativos y competenciales al convivir en los mismos ámbitos asistenciales profesionales de **enfermería especialista y no especialista**.
- No se dispone de un Catálogo de prestaciones de servicios enfermeros en Salud Mental a nivel nacional.
- La coordinación entre los Servicios de Salud Mental, Atención Primaria y Servicios Sociales es un valor a cuidar y mejorar en los servicios públicos.
- Aún existen carencias asociadas al rol de la Enfermería de Salud Mental, como por ejemplo: objetivos de cuidados por definir, insuficiente desarrollo de Programas/ Guías clínicas basadas en la evidencia, dotación de enfermería por debajo de la media europea.

Una de las conclusiones más importantes es que la implementación de **Buenas Prácticas de Enfermería en Salud Mental**, tanto en Atención Especializada como en Atención Primaria, **incrementaría la calidad** de los cuidados, produciendo una disminución de la variabilidad de la Práctica Clínica.

## Trastornos del Espectro Autista

Los **trastornos del espectro autista (TEA)** suponen, en sí mismos, **alteraciones en el neurodesarrollo**. Además, un porcentaje elevado de las personas con autismo presentan, no solo una discapacidad por los síntomas de esta patología, sino una discapacidad intelectual asociada<sup>27</sup>.

La **prevalencia de los TEA** ha **aumentado en los últimos años**, convirtiendo la atención de estas personas en un tema asistencial prioritario. Las últimas estimaciones cifran su prevalencia entre 1/66 a 1/150<sup>28</sup>. La **detección precoz** ha mejorado en las últimas décadas, y se está demostrando que la **intervención temprana**, intensiva y global mejora el funcionamiento cognitivo, social y el lenguaje de estas personas, mejorando además su funcionalidad y comportamiento general<sup>29</sup>.

El diagnóstico etiológico también ha avanzado de forma muy relevante en las últimas décadas, y hoy en día se pueden identificar **factores de riesgo** específicos en un número significativo de casos, siendo los hallazgos genéticos los que más han avanzado en las últimas décadas.

En la **mayoría de las CCAA** la detección del autismo se contempla dentro de los **protocolos generales de detección de riesgo** en **programas del niño sano** (como en **Canarias, Cataluña, Castilla - La Mancha, La Rioja o Murcia**). En otras CCAA se han desarrollado **programas de**

**detección y diagnóstico específicos (Andalucía, Castilla y León).** En Cataluña, el **Plan de atención integral a las personas con TEA** contempla el **diagnóstico precoz de forma específica y multidisciplinaria**. En Murcia, en el año 2012 se implantó el **Protocolo de coordinación** de las actuaciones educativas y sanitarias para la **detección e intervención temprana en los TEA**. Uno de los objetivos era el **diagnóstico precoz y la participación de Salud Mental**. En Navarra, en abril de 2014 se ha puesto en marcha la elaboración del Protocolo de prevención, diagnóstico e intervención de los niños con TEA. En el País Vasco se informa de un **plan de coordinación socio-educativo-sanitaria que incluye la atención entre los 0 y 10 años a niños con riesgo de requerir más servicios sanitarios que los demás, incluyendo los niños con TEA**.

### **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**

En cuanto a los **Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)**<sup>30</sup> se ha constatado un aumento de la **prevalencia en países desarrollados o en vías de desarrollo**. Este aumento es atribuible al incremento de la incidencia y a la cronicidad de casos previos. **La proporción mujeres/hombres es 9:1**, con cifras de prevalencia, a nivel mundial, en mujeres de **1-3,3%** para los **trastornos de la conducta alimentaria no especificados**, **0,5-1,0%** para la **bulimia nerviosa** y **0,7%** para la **anorexia**.

En **España las cifras totales de prevalencia oscilan del 4,1% al 6,41%**. En la franja de 12 a 21 años la prevalencia en mujeres para anorexia (AN) es del 0,14% al 0,9%, del 0,41% al 2,9% para la Bulimia (BN) y del 2,76% al 5,3% en Trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE).

**Los datos de TCA crónicos no están tan claros porque no se define qué concepto de cronicidad se aplica**, en muchos casos no existen datos o no son recogidos por las Comunidades de forma diferencial.

Es posible calcular los datos epidemiológicos de TCA crónicos en base a la incidencia y prevalencia conocida de TCA en España con un **riesgo estimado** de padecer TCA entre **0,3 a 1% de las mujeres**.

Aunque de manera habitual se establece que el **porcentaje de pacientes que se recuperan totalmente es del 50%**; un **20% quedan con problemas residuales** y el **30% sigue un curso crónico**. **Recientemente las tasas de recuperación** encontradas alcanzan un **69%** en un estudio prospectivo de 10 años. Otros autores como cuestionan esa visión de la Anorexia nerviosa como una enfermedad crónica e incurable dado que la **tasa de recuperación** de todo el espectro alcanza el rango entre **75-90%**.

La **mortalidad** de los TCA es de las **más elevadas de todas las enfermedades psiquiátricas** alcanzando cifras de **3 al 5 %**. La mortalidad está específicamente relacionada con una mayor edad y con mayor tiempo de evolución, con índices de Masa Corporal bajos y con la presencia de comorbilidad, especialmente, abuso de alcohol e intentos de suicidio. Esto supone que la **mortalidad se relaciona de forma clara con los cuadros más crónicos** y de ahí la importancia de abordarlos correctamente.

### **Adicciones emergentes en la población juvenil**

La **adicción al juego de azar** está considerada en el DSM-5 como un trastorno adictivo, de tal forma que se encuentra en la misma categoría diagnóstica que las drogodependencias,

incluyendo la adicción al tabaco y al alcohol. En este sentido, la Dirección General del Plan Nacional Sobre Drogas no sólo coordina las políticas sobre reducción de la demanda de drogas sino también de otras adicciones como la adicción al juego.

Se trata de una patología mental directamente provocada por el juego de azar. Según los estudios más recientes, la forma más grave de esta enfermedad afecta aproximadamente entre el **0,1% y 0,7%** de la población<sup>31</sup>.

El desarrollo de las Tecnologías de la Información y Comunicación también está influyendo en el juego de azar, a través de la aparición y desarrollo de nuevas modalidades de juego online, así como por la extensión de los juegos de azar tradicionales en su versión por Internet.

En España, esto ha coincidido con la legalización del juego de azar online a partir de la Ley 13/2011, de Regulación del Juego. El gasto de este juego ha experimentado un sustancial incremento y también los problemas adictivos asociados, puesto que ya se constatan trastornos de este tipo en los servicios de salud, a pesar de que es legal desde hace muy poco tiempo.

En el DSM-5 se incluye el “**trastorno de juego online**” como otro problema de salud, para referirse a lo que tradicionalmente en los ámbitos clínicos y científicos se considera como **adicción a videojuegos**, ya que explícitamente indican que, aunque el online es la principal modalidad de problema de videojuegos, también es posible encontrarse con problemas de videojuegos por canales convencionales.

### **Alcoholismo**

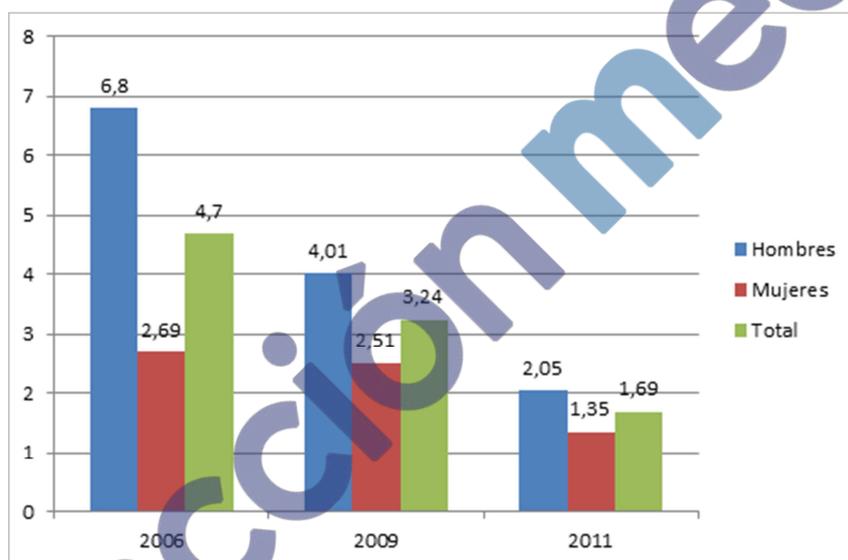
Los trastornos por **consumo de alcohol** representan un problema sanitario en nuestro país. Según la **Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España en población general residente en hogares (15-64 años) de 2013/14**<sup>32</sup>:

- Las sustancias **consumidas por un mayor porcentaje de personas** son el **alcohol**, el **tabaco** y los **hipnosedantes**.
- La prevalencia de **borracheras** muestra una tendencia **estable. 2 de cada 10** personas se han emborrachado en el último año.
- El **15,5%** de la población de 15 a 64 años ha consumido **alcohol en atracón** en el último mes. Las mayores prevalencias se encuentran en el grupo de los adultos jóvenes de **15 a 29 años**.
- El **botellón** se concentra en el grupo de los adultos jóvenes de **15 a 24 años**.
- En la población de 15 a 64 años, utilizando AUDIT, tienen un consumo **problemático de alcohol el 4,9% de encuestados**, de los cuales presentan **consumo de riesgo el 4,5%** (1.600.000 personas, 1.300.000 hombres y 300.000 mujeres) y presentan una posible **dependencia el 0,4%** (120.000).
- El **alcohol** está presente en el **90 % de los policonsumos**.

Teniendo en cuenta **El Indicador Admisiones a tratamiento**<sup>6</sup> en 2011 fueron atendidas 29.014 personas por abuso o dependencia de alcohol. Según la memoria del Plan Nacional sobre Drogas 2013, durante ese mismo año han sido atendidos un total de 148.137 personas en 499 centros ambulatorios, más de 40.000 por consumo de alcohol. De hecho en el año 2013 las sustancias con mayor peso asistencial fueron el alcohol y los opiáceos, cada una de estas sustancias ha acaparado el 30% del volumen asistencial, le siguen la cocaína (21%) y el cannabis (14%). Esta cifra representa una subestimación del número total de usuarios atendidos, ya que algunas Comunidades Autónomas no han podido notificar el global de usuarios.

Así mismo, la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/12 unas 654.000 personas presentan consumo de riesgo, y dado el número de personas atendidas podría ser que un significativo porcentaje de consumidores de alcohol no estén demandando y recibiendo atención.

**Figura 7. Evolución del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol.**  
Por sexo. España. 2006, 2009, 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006-2011. Para el año 2009 se utiliza la Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística.

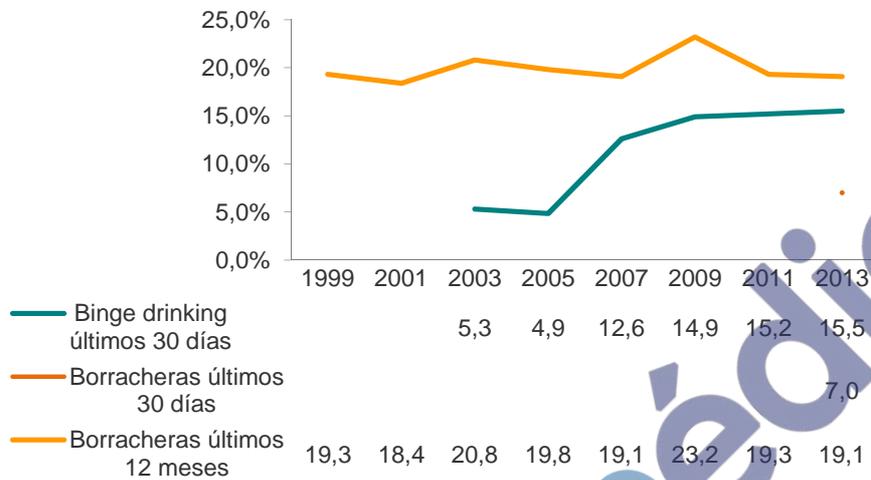
De la información expuesta en la Evaluación de la presente Estrategia, procedente de la Encuesta Nacional de Salud 2006-2011, se observa una **tendencia decreciente del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol, tanto en hombres como en mujeres.**

Este indicador sobre consumo de riesgo no refleja la evolución del patrón de episodios de consumo intensivo de alcohol “Binge drinking”<sup>7</sup>, como se puede apreciar en la siguiente figura:

<sup>6</sup> **El Indicador Admisiones a tratamiento:** Número de personas admitidas a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de cada una de las sustancias psicoactivas (enumeradas en un anexo del protocolo) en una Comunidad Autónoma y en un año dado. Esta información puede consultarse en <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/seipad/home.htm>

<sup>7</sup> Se considera “Binge Drinking” la ingesta de 5 o más bebidas alcohólicas (si es hombre) o 4 o más bebidas alcohólicas (si es mujer) en la misma ocasión, es decir, seguidas o en un intervalo de dos horas.

**Figura 8. Evolución la prevalencia de consumo de alcohol en atracón o *binge drinking* y de borracheras en la población de 15-64 años en los últimos 30 días y en los últimos 12 meses (porcentajes). España, 1999-2013**



Fuente: Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 2013).

Según la **Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años de toda España (ESTUDES)**<sup>33</sup>.

- El % de jóvenes que se emborracha se mantiene en niveles altos: 3 de cada 10 en el último mes.
- Más de la mitad de los jóvenes de 16 años se ha emborrachado en el último año.
- A los 14, 15 y 16 años, el % de **chicas** que se emborracha es **mayor** que el de los **chicos**.
- La mitad de los jóvenes de 17 años ha hecho binge en el último mes.
- Se hace más binge al aumentar la edad. El % de mujeres es mayor, que en los hombres, a los 14 y 15 años.
- El 62% ha hecho botellón en el último año. % similar en chicas y chicos. Esta práctica aumenta con la edad: 4 de cada 10 jóvenes (14 años) y 8 de cada 10 (18 años) han hecho botellón en el último año.
- Son más habituales los consumos intensivos (borracheras y bingedrinking) entre los que “hacen botellón que entre los que no lo hacen”.

En el abordaje de los **pacientes dependientes del alcohol** intervienen profesionales de distintos ámbitos: **Atención Primaria** suele detectar a los pacientes y derivarlos para tratamiento, **Atención especializada** se ocupa de la desintoxicación y deshabituación en los primeros meses de tratamiento y posteriormente los pacientes son dados de alta. El papel de las **asociaciones de ayuda mutua (AMA)** (alcohólicos anónimos o asociaciones de ex alcohólicos) consiste en ofrecer un abordaje durante el periodo de deshabituación a pacientes y familiares en cualquier momento del proceso y sin límite temporal.

## Patología Dual

En cuanto a **Patología Dual**, los **estudios epidemiológicos internacionales** revelan que la comorbilidad de abuso/dependencia a sustancias se da entre el **70 y el 80%** en los pacientes con **esquizofrenia**<sup>34</sup>, **más del 60%** en los pacientes con **trastorno bipolar**<sup>35</sup>, **más del 70%** en los **trastornos de personalidad graves**<sup>36</sup>, **cifras mayores del 30%** en **trastornos por ansiedad y depresión**<sup>37</sup>, al igual que ocurre con el **TDAH**<sup>38</sup>.

A **nivel nacional** la producción científica en esta materia es muy escasa. En todo caso, en diversos foros se ha planteado que **tres de cada cuatro drogodependientes podrían presentar Patología Dual**<sup>39</sup>. Los estudios concretos realizados en Sants (Barcelona), Comunidad de Madrid, Andalucía, etc. confirman este orden de magnitud para la prevalencia de la Patología Dual.

Según se desprende de la actual Evaluación de la Estrategia en Salud Mental, en España **14 Comunidades Autónomas** abordan la **atención de Patología Dual (Drogodependencia y Trastorno Mental Grave)**, de las cuales **7** cuentan con **Protocolo o Programa** de Atención, en tanto que **11 Comunidades Autónomas** abordan la **atención de Patología Dual (Déficit Intelectual y TMG)**, y **4** de ellas cuentan con **Protocolo o Programa** de Atención.

Del total de las 17 Comunidades Autónomas e INGESA, que agrupa a las dos ciudades autónomas, **3** de ellas tienen la **red de atención a pacientes con adicciones** y la red de **Salud Mental**, totalmente **integradas**, **5** están **integradas funcionalmente** (es decir, la atención a pacientes con adicciones se lleva a cabo en **dispositivos específicos**, que pertenecen a la **red de salud mental**) y **10** están **separadas**.

## Trastorno de Déficit de Atención por Hiperactividad (TDAH)

El **TDAH** por sus características, prevalencia, impacto, vulnerabilidad constituye un ejemplo de patología que puede ser abordada desde la **Atención Primaria** e incluirlo en su cartera de servicios, con el consecuente apoyo desde **Atención Especializada**.

Es el **trastorno mental crónico más frecuente** en la **edad pediátrica**. Los resultados de un meta-análisis dan una **prevalencia mundial de TDAH** en torno al **5,29%**<sup>40</sup>. En **Europa 3,3 millones de niños y adolescentes** tienen un **TDAH**, con una **prevalencia del 5%**<sup>41</sup>.

La **comorbilidad** está presente en cerca de **dos terceras partes de los niños remitidos a consulta por TDAH**, incluyendo más del **50% de trastorno oposicionista desafiante (TOD)**, **30 a 50% de trastorno de conducta (TC)**, **15 a 20% de trastornos afectivos**, y **20 a 25% de trastornos de ansiedad**<sup>42</sup>.

En el momento actual son **ocho** las **CC.AA.** que cuentan con **instrumentos o protocolos específicos** para la **detección**, el **diagnóstico** y el **tratamiento** del **TDAH** (Andalucía, Canarias, Castilla y León, Cataluña, Galicia, La Rioja, Murcia y Navarra).

## Trastornos Límite de la Personalidad (TLP)

Este trastorno tiene una **prevalencia** que oscila entre el **6 y el 8% de la población**. Las **formas graves**, causantes de un intenso malestar y una marcada limitación funcional pueden **afectar** aproximadamente a **un 2%** de la población. El **diagnóstico** se hace **más frecuentemente** en

**mujeres**, aunque es posible que **en varones** esté **infradiagnosticado** debido a la elevada **comorbilidad** con otros trastornos como **las adicciones a sustancias**.

La evolución del TLP es variable y depende en gran medida de los factores ambientales asociados y del consumo concomitante de drogas. El tratamiento tiene un papel determinante en la evolución y en el pronóstico. Sin tratamiento, el **TLP** puede **evolucionar** hacia la **cronicidad**, hacia la **marginación social** (delincuencia y marginalidad), hacia el trastorno por **dependencia de alcohol o drogas** o hacia la **muerte por suicidio**. Se calcula que un **10%** de los pacientes con TLP **fallecen por suicidio**, a lo que hay que añadir las muertes por el riesgo derivado de las conductas impulsivas (intoxicaciones por drogas o la elevada accidentalidad por las conductas impulsivas de riesgo y de consumo de tóxicos).

El coste social y personal del TLP es enorme. La repercusión en el desarrollo personal es muy grave y produce una gran limitación funcional e interpersonal. En un estudio realizado en nuestro país, los costes indirectos asociados a la pérdida de productividad laboral de los pacientes con un Trastorno de Personalidad representaban aproximadamente el 75% del coste total en un año. Más concretamente, en un estudio realizado en Cataluña, estos costes indirectos y los directos no relacionados con salud mental representaban aproximadamente el 65% del coste total asociado al TLP. Todo ello puede considerarse un indicador claro del deterioro funcional que presenta el TLP a lo largo del tiempo y que acaba suponiendo una carga importante para la economía del país. En este sentido, EEUU ha reconocido el TLP como un trastorno grave e incapacitante, apoyando el incremento de los recursos destinados a su investigación. Sin embargo, la realidad es que el **TLP** continua siendo un **trastorno cuestionado, infradiagnosticado e infratratado**, con una aportación económica para su **investigación** muy **inferior** a la de **la esquizofrenia**, siendo el TLP más prevalente y presentando unos déficits funcionales graves.

Del análisis de la información facilitada por la CCAA se deduce que hasta el momento sólo existen recursos de rehabilitación específicamente dirigidos a TLP en la **Comunidad de Madrid** y en **Aragón**. En **Cataluña** se está estructurando un grupo de trabajo colaborativo para el tratamiento integral a lo largo de la vida y para la investigación del TLP. En otras Comunidades Autónomas se está avanzando en la misma línea.

### **Relación entre Menores Infractores y Salud Mental**

Según investigadores, científicos y los profesionales en justicia juvenil, existen cada vez mayores evidencias de que **una buena parte de los jóvenes infractores** en los sistemas de justicia juvenil a nivel mundial **presentan sintomatología compatible con diversos trastornos mentales** y una **alta comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias adictivas**, empeorando claramente el pronóstico sobre la salud mental y también el **riesgo de reincidencia**. Se estima que entre **un tercio y la mitad de los jóvenes que ingresan en un centro** de ejecución de medidas judiciales **cumplen** los criterios diagnósticos necesarios para sufrir **uno o más trastornos** relacionados con la **salud mental**. Desde el punto de vista psicopatológico, las investigaciones realizadas concluyen que la falta de control y tratamiento de los problemas de salud mental actúa como **factor de riesgo delictivo**, aumentándose la reincidencia en un alto porcentaje de los casos<sup>43 44 45</sup>.

Todas las investigaciones señalan una **alta prevalencia** de psicopatología en la **población infractora juvenil, de 2 a 3 veces mayor** que en población adolescente general<sup>46 47 48</sup>. apareciendo una amplia variabilidad en las cifras surgidas de las distintas investigaciones.

En España, los datos obtenidos en diferentes estudios y CCAA (Valencia, Cataluña, Madrid, Galicia...) siguen apoyando la tesis de una prevalencia de trastornos mentales significativamente superior **en la población de menores infractores respecto al resto de la población**, pudiéndose señalar una incidencia, en **Unidades de Salud Mental de Centros de Internamiento Terapéutico**, de **trastornos de personalidad entre el 30 y el 50%**, **trastornos de conducta entre un 10 y un 30%**, **trastornos afectivos entre el 5 y el 10%**, **trastornos psicóticos entre el 5 y el 30%** y **de ansiedad superior al 5%**, entre otros, que van asociados con cierta frecuencia a **retraso mental leve (entre el 5 y el 30%)**. Los casos que además se acompañan de **abuso y dependencia de tóxicos son muy numerosos**.

### **Personas con Trastornos Mentales sometidas a Penas y Medidas de Seguridad**

En el marco de la actualización de la Estrategia en Salud Mental del SNS para el periodo 2009/2013, se decidió en marzo de 2010 crear un grupo sobre "Transversalidad y continuidad asistencial". Dentro de este grupo, se formó un subgrupo "comisión penitenciaria" que, bajo la coordinación de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias comenzó a realizar una experiencia de "análisis de casos" con varias comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla - La Mancha, País Vasco, Madrid). Fruto de las experiencias de estas seis comisiones de casos fue la elaboración de un documento, que, tras ser ratificado en sesión plenaria por los comités de la estrategia fue presentado al Consejo Interterritorial y aprobado en julio de 2013. El documento repasa el trabajo de dichas comisiones, explica la metodología usada para el consenso y pasa a describir los principales problemas encontrados y las recomendaciones en distintos momentos del proceso por el cual puede pasar las personas afectadas:

- 1 Momento que va desde la situación de riesgo de cometer un delito o una vez ya cometido el delito, hasta que se dicta la sentencia (**Etapa Presentencial**)
- 2 Momento en el que las personas con trastorno mental condenadas con sentencia firme a una Medida de Seguridad privativa o no privativa de libertad (**Etapa de condena a Medida de Seguridad**)
- 3 Momento en el que las personas con trastorno mental son condenadas a una sentencia firme de pena privativa de libertad (**Etapa de condena a Pena**)
- 4 Momento en el que las personas con trastorno mental se encuentra a pocos meses o semanas de terminar su relación con la justicia y debe prepararse para su reinserción social (**Etapa de Reinserción**)

Por último aporta una serie de sugerencias sobre las actuaciones que para cumplir dichas recomendaciones deberían hacer las respectivas administraciones y agencias.

En el citado documento se proporcionó, adicionalmente, información epidemiológica relativa al perfil de las personas con trastorno mental ingresadas en los hospitales dependientes de Instituciones Penitenciarias.

**Muestra:** 263 enfermos ingresados desde el 15 de marzo de 2009 al 15 de marzo de 2010, de los cuales 7 han sido mujeres y el resto hombres por lo que no se han establecido diferencias de género en las variables estudiadas.

A continuación se presenta un extracto de la información más relevante de dicho estudio:

**Tab. 1 Número de enfermos internados por CC.AA.**

Comunidad	Nº	%
Andalucía	165	62,5
Aragón	8	3
Baleares	8	3
Castilla - La Mancha	27	10,2
País Vasco	11	4,2
Madrid	44	16,7

Fuente: Estudio de la Comisión creada por la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias

**Tab. 2 Distribución por diagnóstico principal**

Diagnóstico	Nº	%
Trastorno Mental Grave (TMG) Psicosis	202	76,8
Trastorno Mental Común (TMC)	13	5
TM ORGÁNICO	13	5
Trastorno de Personalidad	26	10
Discapacidad Intelectual	9	3,4

Fuente: Estudio de la Comisión creada por la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias

**Tab. 3 Abuso / dependencia de drogas**

Sustancia	Nº	%
Ninguna	37	14
Alcohol	81	30,8
Tabaco	25	9,5
Cannabis	11	4,1
Heroína, cocaína y +	60	22,8
Cocaína, alcohol y +	28	10,6

Fuente: Estudio de la Comisión creada por la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias

A la vista de estos datos resulta destacable el **elevado porcentaje** de casos, entre los elegidos para el estudio, que presentan **Trastorno Mental Grave**, así como el alto impacto del **alcohol**, bien por sí mismo (30,8%), o en compañía de otras sustancias (10,6%).

### **Cronicidad**

En los últimos años las políticas de atención sanitaria han focalizado su interés en aquellos **trastornos de evolución crónica** dada la carga o el impacto que tienen tanto a nivel personal, familiar, comunitario y social, como a nivel económico. Los datos disponibles indican que un **5% de la población**, por las **comorbilidades acumuladas**, acarrea aproximadamente un **50% del gasto sanitario total anual**.

El documento **OMS 2008 (chronic diseases)** sugiere que se potencie, entre otras acciones, **el autocuidado y el “empoderamiento”** de las personas afectadas de enfermedades crónicas.

En nuestro sistema sanitario, la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud** (aprobada por el **Consejo Interterritorial del SNS en junio de 2012**) establece un conjunto de objetivos y recomendaciones que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral.

Se hace necesario plantear un modelo de gestión en Salud Mental, integral e integrado, en el que se contemple un método de estratificación de la población, que incluya criterios para identificar y atender adecuadamente al **Paciente Crónico y el Paciente Crónico Complejo** de Salud Mental potenciando al máxima potencial, autonomía y capacidad de recuperación.

De las CCAA que han proporcionado información en esta materia, se desprende que **5** de ellas han elaborado **programas relacionados con la Cronicidad General**, y en otras **4** se está en proceso de **elaboración**, pero **todas** (11 en total) **tienen programas y planes de atención específicos para la atención continuada a las personas afectadas por procesos de salud mental crónicos**, discapacitantes y que precisan una continuidad de cuidados.

Por último, pero muy fundamental, es señalar que una parte importante de la cronicidad se va a desarrollar si no se atiende con técnicas eficaces, tanto los trastornos mentales comunes, como los más graves, dentro de un contexto de recuperación y con terapias psicológicas o farmacológicas, cuando así se requiera.

redacción médica

## Objetivo General 3: Detección y abordaje precoz

Impulsar la **detección y abordaje precoz de los trastornos mentales desde Atención Primaria**.

### Objetivos Operativos:

**3.1:** Desarrollar **programas de información y sensibilización de los profesionales sanitarios, especialmente en Atención Primaria**, para la detección de signos y síntomas de los trastornos mentales.

**3.2. Implantar en las revisiones del niño sano** instrumentos<sup>8</sup> para la **detección precoz** de, al menos:

- **Trastornos del espectro autista** en los tres primeros años de vida, estableciendo un itinerario prioritario de derivación de dichos casos de riesgo.
- **Trastornos de la conducta alimentaria.**
- **Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.**
- **Dificultades en el aprendizaje**, tales como la **dislexia**, promoviendo la utilización de herramientas de detección de signos de alerta en el desarrollo comunicativo en la edad pediátrica.

### Recomendaciones:

- Se podrá incluir también la detección precoz de las **adiciones a videojuegos, redes sociales y al móvil.**
- El personal sanitario tendrá en cuenta a los **servicios de intervención comunitaria** que tenga disponibles en su Comunidad Autónoma. Dichos servicios, que suelen incluir a profesionales de la medicina, enfermería, psicología clínica, educadores y trabajadores sociales, actúan desde una dimensión amplia, incluyendo a los afectados por un trastorno mental, familias, contexto escolar o la comunidad mediante programas preventivos, acciones de mediadores, actividades de asesoramiento a los afectados y familias, implicación de los profesionales sanitarios o de la comunidad, etc.
- Definir todos los circuitos de derivación entre los centros educativos y todas las entidades sanitarias asistenciales implicadas, para mejorar la detección precoz y el abordaje de las personas con **Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad.**

**3.3.** Introducir **protocolos**, basados en las Guías de Práctica Clínica, para la **detección precoz** de al menos los siguientes procesos:

- Trastornos afectivos.
- Trastornos psicóticos.
- Abuso del alcohol y otras adicciones.
- Trastornos de la Conducta alimentaria que no fueron diagnosticados en la infancia.

---

<sup>8</sup> Basados en las Guías de Práctica Clínica acreditadas en el Catálogo de Guía Salud, o en su defecto, en evidencias contrastadas.

### **Recomendación:**

- Adicciones a video juegos, redes sociales, juegos de azar y al móvil.

**3.4.** Desarrollar **protocolos de intervención específicos** para los pacientes con trastornos mentales, destinados a mejorar los cuidados en su salud general, con especial atención a las **enfermedades “físicas” más prevalentes.**

### **Recomendaciones:**

#### **Referentes en ambos niveles**

- Creación de espacios de coordinación/interconsulta
- Acceso a la Historia Clínica Informatizada
- Consultas conjuntas de personal de primaria y de salud mental, incluyéndolas en la organización de las agendas de pediatría, medicina de familia y/o enfermería.
- Promover la utilización de las nuevas tecnologías en la coordinación entre Atención Primaria y Especializada.

redacción médica

## Objetivo General 4: Calidad y equidad de la atención

Mejorar la **calidad y la equidad de la atención** a las personas con problemas de salud mental.

### Objetivos Operativos:

**4.1.** Establecer, para las personas con trastornos mentales, desde el momento del diagnóstico y durante todo el proceso, un **plan individualizado de atención** que incluya valoraciones y evaluaciones integrales y determine las indicaciones y tratamientos psicoterapéuticos, de cuidados y potenciación de autocuidados, farmacológicas, rehabilitadoras y sociales necesarias.

### Recomendaciones:

- Fomentar la intervención de **equipos multidisciplinares**.
- Potenciar la implantación y el desarrollo de **buenas prácticas de enfermería** de salud mental, aprobadas por la comisión de la estrategia, en todo el territorio nacional.
- Elaborar un **catálogo de prestaciones de enfermería** de salud mental, que facilite la creación de unos indicadores para la evaluación y medición de los cuidados prestados.
- Potenciar la calidad de los cuidados prestados mediante la progresiva incorporación a los distintos recursos asistenciales de la **enfermera especialista en salud mental**.
- Favorecer el **auto cuidado y la auto responsabilidad** evaluando la capacidad de pacientes y familiares mediante la utilización de estratificaciones estandarizadas y taxonomías diagnósticas.
- Protocolizar el **tratamiento psicoterapéutico** como parte fundamental de los planes individuales de atención a los trastornos mentales.

**4.2. Aumentar el porcentaje** de pacientes con trastornos mentales que reciben **tratamientos e intervenciones psicoterapéuticas basados en la evidencia**, acorde con las mejores prácticas disponibles y monitorizando criterios mínimos de calidad, según el **Anexo 1: Criterios de Calidad en Psicoterapia**.

**4.3.** Elaborar e implementar por las CC.AA, con indicadores de seguimiento, **recomendaciones de utilización óptima de medicamentos** que ayuden a la individualización de las prescripciones de acuerdo con las características de cada paciente y a aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir el uso de fármacos innecesarios.

**4.4. Incrementar el porcentaje** de pacientes con trastornos mentales graves que cuentan con un **Plan personal de recuperación**.

**4.5.** Disponer en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario, y en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un **sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia** y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial.

**4.6.** Realizar una completa **valoración social y de la situación de dependencia** de cara a la asignación y derivación a los distintos recursos sociales y residenciales.

**4.7. El ingreso de las personas con trastornos mentales en fase aguda se realizará en unidades de salud mental/psiquiatría integradas en los hospitales generales, convenientemente adaptadas a las necesidades de estos pacientes. Las CC.AA. adecuarán progresivamente las infraestructuras necesarias para el cumplimiento de este objetivo.**

**4.8. Las Comunidades Autónomas desarrollarán recursos alternativos a la hospitalización (Hospital de Día, atención domiciliaria, recursos residenciales, etc.).**

## **Objetivo General 5: Atención a los trastornos mentales específicos**

Mejorar el abordaje de distintos trastornos mentales específicos.

**5.1. Atender las personas con trastornos mentales comunes.**

**5.1.1 La valoración y el diagnóstico, así como el abordaje, salvo casos complejos, de las personas con trastornos mentales comunes se llevará a cabo en Atención Primaria.**

### **Recomendaciones:**

- **Realizar un tratamiento escalonado** y en función de los síntomas, gravedad de los mismos y respuestas al tratamiento, derivando a salud Mental cuando sea preciso.
- Impulsar los **tratamientos virtuales basados en las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs)** (E-Terapia, e-Health, m-Health, Tratamientos Virtuales, tratamientos basados en Internet, etc).
- Implantar el uso de **guías de autoayuda** estandarizadas y homologadas.
- Potenciar la figura del **“paciente experto”**.
- Desarrollar experiencias de **abordaje y tratamientos psicológicos en Atención Primaria**, con los recursos y/o coordinaciones necesarias.

**5.2. Las comunidades autónomas pondrán en marcha acciones para identificar e intervenir precozmente en las personas con psicosis.**

### **Recomendación:**

- Desarrollar **guías** y documentos donde se explicita el **modelo de atención temprana a las psicosis**.

**5.3. Atender a las personas con Patología Dual:**

**5.3.1. Adecuar los servicios** con programas específicos para Patología Dual y en su defecto generarlos.

**5.3.2. Definir e implantar protocolos clínicos** de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial.

**5.3.3. Los pacientes con Patología Dual deberán tener un Plan Terapéutico Individualizado (PTI)** en base a su tipología clínica para su mejor orientación a los dispositivos existentes en cada CC.AA.

### Recomendación:

- Se recomienda el modelo teórico propuesto en el “**Proyecto de Patología Dual de la ESM-SNS**” que divide a estos pacientes en: Tipología A (adicción grave con psicopatología leve), B (Psicopatología Grave y Adicción leve), C (Adicción grave y psicopatología grave) y D (Adicción Leve y psicopatología leve).

**5.3.4.** Se iniciará la **integración o al menos la coordinación** estrecha entre todas las **redes que tratan al paciente con Patología Dual** en aquellas CCAA donde todavía no se haya iniciado la creación de una única Red integrada de Salud Mental.

### 5.4. Atender a las personas con Trastorno del Espectro Autista:

**5.4.1.** Establecer un **diagnóstico multidisciplinar** de los niños de riesgo que incluya: evaluación evolutiva, evaluación cognitiva, valoración de patología médica asociada (y dentro de ella, la posibilidad de diagnóstico genético de entidades asociadas al autismo), valoración de patología psiquiátrica/psicológica asociada, evaluación de sintomatología autista y valoración educativa y social, así como las prioridades de las familias.

**5.4.2.** Las personas con Trastornos del espectro Autista dispondrán de un **tratamiento centrado en la persona** y un **plan de apoyo individualizado** centrado en los aspectos nucleares del autismo (competencias sociales, comunicativas y adaptativas) y un enfoque ecológico de distintos grados de intensidad y diferentes modalidades, en función de las necesidades personales, contextos y situaciones en las que se encuentre la persona, para conseguir el mayor grado de desarrollo e inclusión social, en todas las etapas vitales.

**5.4.3.** Impulsar protocolos para que las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) reciban una **atención óptima a su salud física**, en concordancia con el nivel de atención que perciben el resto de personas en el Sistema Nacional de Salud.

**5.4.4.** Establecer mecanismos para que el **sistema sanitario adapte sus procedimientos** a las **necesidades de las personas con TEA**: Tácticas de acompañamiento, apoyo, facilitación, comunicación alternativa o aumentativa, priorización o gestión de casos.

**5.4.5** Impulsar la **coordinación** entre los **servicios sanitarios, educativos y sociales** para ofrecer una atención integral a las personas con TEA.

### 5.5. Atender a las personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria:

**5.5.1.** Las Comunidades Autónomas desarrollarán **programas de atención a los TCA** en base a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica.

**5.5.2.** Establecer programas de **intervención familiar** en los que se incluyan, además de los familiares, otras personas significativas para las pacientes, como la pareja.

### Recomendaciones:

- Crear programas específicos de integración y rehabilitación para TCA de larga evolución en las Unidades de rehabilitación y si fuera necesario, en recursos residenciales adaptados al modelo comunitario.

- Evaluar en cada CC.AA., junto con las administraciones pertinentes, la eficiencia en cada entorno particular de la puesta en marcha de Pisos Terapéuticos, como un dispositivo más de la red, que permitan la separación del ámbito familiar, que en muchas ocasiones perpetúa y cronifica el TCA, que potencie la autonomía de las pacientes y responsabiliza del seguimiento de hábitos saludables y de la recuperación de responsabilidades académicas, laborales y sociales.
- Facilitar la iniciativa de la implantación de Hospitales de Día y Comedores terapéuticos en todas las CCAA.
- Promover el desarrollo de protocolos dirigidos a la reducción de daños. El objetivo sería una mejora en la calidad de vida y una reducción de los daños derivados del trastorno más que pretender cambiar peso o normalizar la comida.

## 5.6. Atender a las personas con Trastorno de la Personalidad, haciendo especial énfasis en el TLP

5.6.1 Recoger en los diferentes Planes o Estrategias de Salud Mental la necesidad de planificar **recursos y programas de psicoterapia y de rehabilitación específicos**.

### Recomendaciones

- Establecer **acuerdos** entre los **organismos sanitarios y las asociaciones de familiares y pacientes** con Trastornos de la Personalidad que permitan **desarrollar estrategias conjuntas** y necesarias para el tratamiento integral de estos trastornos.
- Evaluar en cada CC.AA., junto con las administraciones pertinentes, la viabilidad de los **pisos terapéuticos supervisados** pero no tutelados como recurso específico de rehabilitación de los Trastornos Límite de la Personalidad.

## 5.7. Atender a las personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH).

5.7.1 Las Comunidades Autónomas desarrollarán mecanismos para observar la presencia de dificultades escolares o conductuales, que tengan como base los síntomas nucleares del trastorno: Déficit de Atención, Hiperactividad y/o Impulsividad.

### Recomendaciones

- Asegurar que la **transición a la edad adulta** se realiza sin pérdida de la supervisión sobre el caso en ese tránsito.
- Fomentar la **atención integral al TDAH** en sus aspectos **biológicos, psicológicos, sociales y educativos**. Se pondrá especial atención en la prevención cuaternaria, evitando la medicalización inadecuada de los problemas de conducta de los niños y adolescentes.

## **Objetivo General 6: Atención a poblaciones según su Ciclo vital**

**6.1.** Las CC.AA. dispondrán y adecuarán unidades y/o programas específicos para dar respuesta a las necesidades de **niños, niñas, así como adolescentes** en materia de salud mental

**6.2.** Las comunidades autónomas adecuarán sus servicios a las necesidades específicas de las **personas con edad avanzada y trastorno mental.**

**6.3.** Atender al trastorno mental en la población de **menores infractores** con una mejora de la coordinación y cooperación entre el Sistema de Salud Mental y el Sistema de Justicia Juvenil.

**6.3.1. Promover la Salud Mental de los menores insertos en procesos judiciales** y desarrollar programas especializados de intervención individualizada, de carácter educativo-terapéutico, dirigidos al grupo de menores en situación de riesgo significativo respecto a salud mental y/o con sintomatología leve/moderada. Vincular estrechamente los recursos de Salud Mental Infanto-Juvenil y Adicciones con los de Justicia Juvenil.

**6.3.2.** A cada menor se le realizará una **identificación y evaluación del nivel de riesgo** que determine el nivel de intervención en salud mental.

**6.3.3. Incluir a las familias** de los menores infractores en todos los **procesos de tratamiento en Salud Mental**, incluida la prevención y atención temprana, para incrementar la efectividad de las intervenciones.

**6.3.4.** Desarrollar de Protocolos de **Colaboración entre Departamentos o Consejerías** debe facilitar el establecimiento de **cauces de comunicación fluidos y pautas concretas de actuación** que permitan dar respuesta eficaz al tratamiento y/o seguimiento de los casos de menores infractores que presentan un deterioro significativo en su salud mental.

**6.3.5.** Realizar un análisis y **catálogo de medios y recursos** en funcionamiento en la actualidad

**6.3.6.** Fomentar la **investigación en bienestar y salud mental del adolescente con conductas delictivas** / Estudio de prevalencia a nivel nacional entre la población de menores infractores.

**6.3.7.** Establecer **equipos multidisciplinares** con una **formación continua de los profesionales.**

## Objetivo General 7: Atención a Poblaciones específicas

**7.1.** Garantizar el acceso de las **Personas Sordas** que utilicen la lengua de signos a intérpretes convenientemente formados para trabajar en el ámbito de la salud mental.

### **Recomendación:**

Fomentar la sensibilización de profesionales sanitarios, así como su formación en cuanto a las personas con discapacidad y concretamente sobre la idiosincrasia y peculiaridades de la Comunidad Sorda para eliminar prejuicios y estereotipos.

**7.2** Las CC.AA. contemplarán, en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con **discapacidad intelectual y trastorno mental**.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, elaborará, en el seno de los comités de la Estrategia con la participación de sus componentes, un documento marco que contemple dichas especificaciones y fije objetivos a desarrollar.

**7.3.** Las comunidades autónomas tomarán medidas para facilitar el pleno acceso de la **población inmigrante y refugiados** a los servicios de Salud Mental, de manera compatible con las características lingüísticas y culturales de cada sujeto.

**7.4.** Mejorar la atención de las personas con trastornos mentales **sometidas al Código Penal**, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población.

**7.4.1.** El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrollará, junto con las CC.AA., **un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias**.

**7.4.2** Las comunidades autónomas coordinarán con Instituciones Penitenciarias, el **recurso más adecuado en cada caso** para la pronta atención a las personas con trastorno mental al que un juez dicta ingreso penitenciario.

**7.4.3** Las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, impulsarán, en el ámbito de sus competencias, la **puesta en marcha de las recomendaciones** contempladas en el “ **Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad**”

[http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Estrategia\\_Conse  
nso\\_ACCESIBLE.pdf](http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Estrategia_Conse<br/>nso_ACCESIBLE.pdf)

**7.5.** Elaborar programas y adaptar servicios para atender **personas en riesgo de exclusión social**.

## Objetivo General 8: Atención a la Cronicidad

Adaptar los servicios para una **eficiente atención a las personas de alto riesgo con condiciones crónicas y que requieren una gestión de la enfermedad**, ya sea debido a su trastorno mental, comorbilidad u otras circunstancias sociales, etc.

**8.1** Identificar a las personas que requieren un alto grado de cuidados, con intervenciones compartidas y de alta fragilidad evolutiva (**Pacientes Crónicos Complejos, PCC**), mediante el desarrollo de un algoritmo de estadificación específico para Salud Mental.

**8.2.** Elaborar un **Plan de Intervención Individual Compartido (PIIC)**, incorporando los elementos de los planes de atención individuales, tanto entre los diferentes profesionales de distintos niveles asistenciales (Atención Primaria de salud, recursos hospitalarios de Salud Mental y de otras Especialidades) como entre profesionales de otros ámbitos (social, laboral, educativo,...) y la comunidad.

### Recomendaciones:

- **Revisión anual** del mismo, sujeta a condicionantes derivados de la complejidad y las necesidades de cada caso.
- En el PIIC, debe consignarse **un referente, garante de la continuidad asistencial** de la persona atendida.
  - Preferentemente debe ser un miembro de los equipos de Salud Mental y, entre ellos, las enfermeras de Salud Mental.
  - En los casos en que la salud física sea la comorbilidad más importante, se recomienda que sea un miembro de los equipos de Atención Primaria.

**8.3.** Establecer **una estrategia de difusión, comunicación e implantación del proyecto** entre profesionales y los servicios de Salud y otras entidades/organizaciones proveedoras de servicios de Salud Mental.

## Línea Estratégica 4: Atención e Intervención con las familias

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN E INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS

El análisis de las Carteras de Servicio de Atención Primaria (CSAP), 2010, sobre un total de 13 CC.AA. de las que se disponía de la documentación correspondiente, ha identificado actuaciones priorizadas y organizadas enfocadas a las personas cuidadoras, que están presentes de las siguientes formas:

- **Servicio específico: Atención al cuidador familiar (o denominación equivalente):** 5 CC.AA. Andalucía, Asturias, Castilla y León, Extremadura y la Comunidad de Madrid.  
  
El contenido del servicio se organiza en torno a especificar criterios de inclusión, valoración inicial (ejemplo, uso de la escala Zarit), de seguimiento y de intervenciones a realizar.
- **Intervenciones /acciones generales dirigidas al cuidador, pero incluidas en otros servicios (identificación/inclusión, valoración de necesidades...):**
  - Atención domiciliaria a pacientes Inmovilizados / crónicos Dependientes: 9 CC.AA. Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia e INGESA.
  - Atención en Cuidados paliativos / en Fases finales de la vida / en situación Terminal: 12 CC.AA. Andalucía, Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla - La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco e INGESA.
  - Atención a la demencia: 2 CC.AA. **Castilla y León y País Vasco.**
- **Intervenciones concretas dentro de otro servicio:**
  - Educación para la salud a Grupos: a Cuidadores 8 CC.AA. Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Madrid, Murcia e INGESA.
  - Fisioterapia en domicilio al cuidador principal de personas en situación de dependencia: 1 CC.AA. Cantabria

### Objetivo General 9: Atención e Intervención con las familias

Apoyar eficazmente a las familias y cuidadores de las personas con problemas de salud mental.

**9.1** Realizar, desde el inicio, una **valoración integral de la familia del paciente**, con especial énfasis en las personas cuidadoras principales valorando su capacidad para el cuidado y lo aspectos físicos, emocionales y sociales y estableciendo un plan de información, formación y cuidados de la misma durante todo el proceso.

#### Recomendación:

- Incluir la valoración de la sobrecarga y la calidad de vida de la persona cuidadora, e impulsar la colaboración de otros familiares y agentes sociales en el cuidado.

**9.2 Establecer programas de apoyo** a la o las persona/s cuidadora/s que proporcionen información sobre servicios, recursos y materiales para el cuidado y que faciliten y agilicen los trámites.

**9.3 Poner en marcha acciones formativas** para las personas que realizan cuidados informales.

**Recomendación:**

- Estas acciones formativas deben incluir tanto cuidados a la persona afectada, como estrategias de autocuidado de quien les cuida (manejo del estrés, situaciones de conflictos emocionales, relajación, etc.)

**9.4 Desarrollar intervenciones en Atención Primaria,** dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con trastornos mentales.

redacción médica

## Línea Estratégica 5: Organización y Coordinación socio sanitaria

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

En marzo de 2010 se decidió, en reunión plenaria de los comités de la Estrategia en Salud Mental, crear un grupo sobre “**Transversalidad y continuidad asistencial.**” que fue presentado al Consejo Interterritorial y aprobado en julio de 2013

Este documento comienza distinguiendo tres ámbitos en los que debe darse la continuidad, el sanitario, el ámbito socio sanitario y el ámbito judicial.

A partir de esta clasificación se realiza un análisis de situación con la información dada por las Comunidades Autónomas y se proponen **recomendaciones** de estrategias de actuación dentro de cada uno de estos ámbitos con el objeto de garantizar una atención integral a las personas sin duplicidades ni interrupciones.

#### Ámbito sanitario

Implementar de forma real y efectiva la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental por todo el territorio.

- Recomendar que las CC.AA. desarrollen la cartera de servicios de Salud Mental en Atención Primaria.
- Desarrollar acciones formativas específicas para los profesionales sanitarios de AP, implicando a las sociedades científicas correspondientes.
- Cada CCAA, en función de las disponibilidades presupuestarias articulará los mecanismos necesarios para implementar las plantillas de los profesionales de Salud Mental de modo que se pueda llevar a término su función de apoyo a la AP, mediante la realización de actividades de coordinación, asistenciales (consultas, interconsultas,...), y de formación e investigación.
- El Comité de Seguimiento de la Estrategia en SM del SNS prestará especial atención a aquellos territorios que muestren ejemplos de buenas prácticas, para su captación y divulgación.

Mejorar la atención a las drogodependencias

- Hacer efectivos mecanismos de coordinación entre la red de atención a DD y la red sanitaria, favoreciendo la integración funcional entre ambas redes (SM y DD).
- Promover investigaciones clínicas sobre nuevas adicciones.
- Apoyar y mejorar los programas de atención y rehabilitación de personas con TMG.
- Defender el papel primordial del equipo de salud mental comunitario en el diseño, aplicación, evaluación y seguimiento individualizado de los programas terapéuticos, de modo que se garantice la continuidad de cuidados, la validación de los procesos clínico-asistenciales y el modelo de atención comunitario.
- Hacer efectiva la necesaria coordinación entre los recursos asistenciales comunitarios y hospitalarios de SM y que el Comité de seguimiento de la Estrategia disponga de datos de cada comunidad autónoma, relatando ejemplos de buenas prácticas

- Promover mecanismos de gestión integrada que garanticen la continuidad asistencial en el proceso de atención y el trabajo en red.
- Elaborar e implantar acuerdos de funcionamiento y sistemas de gestión integrados entre diferentes servicios sanitarios (unidades de gestión clínica, historia clínica compartida, modelo de gestión de casos...).

### **Ámbito sociosanitario**

Estimular por parte de las CCAA la implantación de intervenciones de promoción de la salud mental y de prevención de trastornos mentales en el ámbito educativo.

En dichos programas debería:

- Participar la Atención Primaria de Salud
- Integrar las acciones dirigidas a la disminución del consumo de sustancias y la instauración de hábitos de vida saludables, y
- Establecerse un circuito específico con los servicios especializados de SM para la atención de los niños y adolescentes que lo requieran.

Estudiar, por parte del Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia, la aplicación que se está realizando de la Ley de la Dependencia en el ámbito de la enfermedad mental, y en concreto plantear propuestas de mejora en:

- Las dificultades actuales en la baremación
- Los servicios asociados a los PIAs más adecuados para las personas con TMG
- El modelo de trabajo compartido entre Servicios Sociales, Salud Mental y Atención Primaria, incluyendo el seguimiento del paciente.

Generar, por parte del Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia, modelos de buenas prácticas en la atención a la salud mental de poblaciones diana de alta prevalencia de TM que están siendo atendidas prioritariamente en otras redes o instituciones:

- Personas con Discapacidad Intelectual y trastornos de conducta o psiquiátricos
- Personas mayores con TMG
- Menores amparados por las instituciones de protección públicas
- Personas en situación de exclusión social o en riesgo de sufrirla

Promocionar, por parte de las CCAA, junto a otros agentes de la sociedad civil (afectados, organizaciones del tercer sector, mecenazgos y entidades con responsabilidad social corporativa, entre otros), un modelo de inserción laboral adaptado a las personas con patología mental grave, que:

- Implice la revisión de las leyes actuales sobre la materia
- Conecte en red todos los dispositivos y programas existentes (centros especiales de empleo, enclaves, servicios prelaborales, apoyo a la integración en empresa normalizada).
- Tienda claramente a priorizar la integración laboral normalizada con servicios de apoyo.

## Ámbito judicial

Diseñar y desarrollar en las CCAA un plan de atención a la Salud Mental y las Adicciones para las personas internas en los Centros Penitenciarios –de acuerdo con el objetivo específico 4.10 de “La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” (“El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrollará, junto con las CCAA, un modelo de colaboración con los órganos judiciales e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención a las personas con trastornos mentales sometidas al Código penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población”).

Este plan, debería elaborarse en coordinación con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (DGIIPP) (Ministerio del Interior), excepto la CA de Cataluña que tiene transferidas las competencias penitenciarias. Este Plan debería tener en cuenta:

- La coordinación con la Atención Primaria de los Centros Penitenciarios.
- La provisión de servicios de atención ambulatoria-comunitaria especializada.
- Las necesidades de hospitalización y rehabilitación psicosocial.
- La continuidad de cuidados con la red asistencial convencional.
- Gestionados y planificados desde los servicios autonómicos de salud.

El Comité de Seguimiento y Evaluación de la Estrategia de Salud Mental conjuntamente con el Consejo General del Poder Judicial, elaborará un programa de formación continuada dirigido a los profesionales sanitarios y a los jueces.

Elaborar por parte de las CCAA y la SGIIPP, un plan para la atención a las personas con Medidas de Seguridad por causa de trastorno mental, tanto en cuanto a las necesidades de hospitalización como de seguimiento ambulatorio-comunitario. Este objetivo implica:

- El diálogo con el sistema judicial para agilizar el paso a las medidas de seguimiento ambulatorio-comunitario, con las debidas garantías. Para lo que se sugiere consultar con el Consejo General del Poder Judicial
- La existencia de un protocolo de atención ambulatoria-comunitaria que module la intensidad de los cuidados en función del riesgo.
- Revisión del actual modelo de hospitalización de personas sometidas a medidas de seguridad que presentan un riesgo alto o muy alto de descompensación clínica y conductual, y que difícilmente pueden ser convenientemente atendidas en entornos hospitalarios convencionales. Las CCAA estudiarán las alternativas asistenciales pertinentes en su territorio.

Diseñar y desarrollar en las CCAA un plan de atención a la SM para los menores sujetos a situación penal.

Este plan, coordinado con los departamentos de Justicia, debería tener en cuenta:

- La coordinación con la Atención Primaria de los centros educativos.
- La provisión de servicios de atención ambulatoria-comunitaria especializada, especialmente en los centros cerrados.
- Las necesidades de hospitalización y rehabilitación psicosocial.
- La continuidad de cuidados con la red asistencial convencional.

- Gestionados y planificados desde los servicios autonómicos de salud.

Elaborar un protocolo con los criterios y procedimientos clínicos, asistenciales y legales para los procesos de incapacitación de las personas con TM grave y persistente. Este protocolo será de referencia y deberá ser adaptado a la realidad de cada CCAA.

Considerar los resultados del proyecto de las “Comisiones de Análisis de Casos de Enfermos Mentales Judiciales” promovido por la SGIIPP con los responsables de salud mental de algunas CCAA, junto con representación de jueces y fiscales, del Consejo Social Penitenciario y de asociaciones de familiares y usuarios (FEAFES). Estos resultados han de permitir explorar las posibilidades de aplicación de “Medidas Penales Alternativas” en pacientes que en la actualidad se están ingresando en los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Proporcionar por parte de las CCAA información más detallada sobre el modelo de atención en salud mental comunitario a las personas privadas de libertad (ámbito penitenciario, medidas de seguridad y justicia juvenil), con el fin de consensuar unos criterios básicos comunes del modelo de atención

Por otro lado, uno de los elementos objeto de estudio en la **Evaluación de la Estrategia de Salud Mental** ha sido conocer hasta qué punto la **atención prestada** por las diferentes Comunidades Autónomas a las **personas dependientes por trastorno mental** se ha integrado en las recomendaciones de la **Ley de Dependencia**. Dichas actuaciones pondrían de manifiesto instrumentos de coordinación entre diferentes organismos.

El análisis realizado muestra que se han **desarrollado múltiples pero desiguales mecanismos y estructuras de coordinación** tanto entre **distintas consejerías** y ámbitos (judicial, vivienda, educación, etc.), así como entre los **dispositivos sanitarios** (primaria, centros de salud mental, hospitales,...) y **sociales** de una misma área. Sin embargo esta sigue siendo claramente una cuestión pendiente.

Un ejemplo típico de coordinación entre diferentes ámbitos competenciales se da en el caso de las actuaciones emprendidas a raíz de una **catástrofe**.

Desde el año 2001 la **Comisión Europea** ha puesto en marcha un proyecto sobre **intervención psicosocial en emergencias y catástrofes**, con el objetivo de unificar líneas de actuación en este campo entre los diversos países de la Unión Europea. Este documento pretende ser una guía de intervención común para los distintos países de la Unión Europea que se ven afectados en algún momento por una situación de desastres o catástrofe (terremotos, accidentes con múltiples víctimas, actos de terrorismo, etc.).

Asimismo, durante la Presidencia Española de la Unión Europea de Enero-Junio de 2010, la Dirección General de Protección Civil y Emergencias (DGPCE) del Ministerio del Interior elaboró un documento de **Conclusiones sobre el Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres**, que fue aprobado por el Consejo de la Unión Europea.

Posteriormente, en el año 2012 se publica la **Guía Técnica de Intervención Psicosocial en Emergencias** elaborada por la DGPCE del Ministerio del Interior, donde se recogen las directrices básicas de planificación en situaciones de catástrofes atendiendo a las características de cada catástrofe.

La **multitud de eventos trágicos** (desastres naturales, accidentes con múltiples víctimas, actos terroristas) que se han producido en nuestro país en las últimas décadas pone de relieve que son **hechos no aislados**, que se repiten con una frecuencia que **hace necesaria e imprescindible una preparación previa a la ocurrencia de los mismos** para que la **intervención en salud mental** se realice en condiciones que sea capaz de **prevenir y/o minimizar los daños emocionales** a las víctimas directas e indirectas de estos acontecimientos.

redacción médica

## **Objetivo General 10: Organización de la Atención Integral a la Salud Mental**

**10.1** Establecer en las Comunidades Autónomas un **modelo regional, formal y explícito, de atención a los trastornos mentales** con órganos responsables de su coordinación y gestión entre las diversas instituciones con competencias, así como los recursos existentes y las vías de acceso y derivación.

**10.2** Disponer, por parte de las CC.AA., de un **directorio de sus recursos sanitarios, rehabilitadores y sociales\*** tanto genéricos como específicos, indicando sus cartera de servicios e independientemente de su dependencia de los servicios sanitarios y/o sociales. Este directorio estará **accesible en las páginas webs oficiales** y se difundirá a la población. Se harán **visibles en las consultas de Salud Mental, en folletos para los pacientes, asociaciones, etc.**

**10.3** Establecer acuerdos **con consejerías con competencias en educación, vivienda, empleo y otras** para impulsar la integración y recuperación de las personas con problemas de salud mental.

**10.4** Impulsar programas e **intervenciones con empresas** para el correcto abordaje y manejo de los trastornos mentales en la esfera laboral.

**10.5** Implantar un **Plan de Intervención de Salud Mental en Catástrofes** que se integre dentro del Plan de Intervención Psicosocial de Protección Civil que cada Comunidad Autónoma tenga.

### **Recomendaciones:**

- En la fase **pre-impacto** (antes de la catástrofe) se recomienda la creación de **una estructura permanente de mando multidisciplinar** que asegure y acredite la formación de los intervinientes, voluntarios y profesionales, en materia de salud mental en catástrofes y ordene y priorice las potenciales intervenciones en función de necesidades de la población, escenarios y momentos de la intervención.
- En la fase de **impacto** agudo de una catástrofe, las intervenciones de la Salud Mental deben incluir la **puesta en marcha del Protocolo de Intervención Psicosocial** establecido. Dicho protocolo incluirá la evaluación del impacto psíquico y catalogación de grupos de riesgo más vulnerables; la organización de las distintas intervenciones a realizar; la activación ordenada del voluntariado de instituciones públicas y organizaciones de ayuda humanitarias con formación y acreditación previa; el reforzamiento de los servicios sanitarios y no sanitarios más cercanos a la población afectada por la catástrofe y la información ordenada y veraz a la población afectada y a la población general mediante la colaboración eficaz y seria de los medios de comunicación para su difusión.
- En la fase **post-impacto**, se recomienda a los responsables autonómicos de Salud Mental que implementen la **investigación del impacto que ha tenido sobre la salud mental** de la población la catástrofe y divulgación de los resultados; supervisarán el seguimiento y la atención en salud mental de los afectados si es necesario reforzando los dispositivos de atención en salud mental de la población y fomentarán acciones que transmitan una

continuidad en el cuidado a la población afectada evitando a la vez la victimización secundaria y la estructuración del rol víctima en los afectados.

## **Objetivo General 11: Coordinación Sanitaria.**

**11.1** Implantar, por las Comunidades Autónomas (CC.AA.), **vías clínicas o procesos asistenciales integrados** basados en la evidencia científica disponible y las guías de práctica clínica del programa guía salud.

**11.2** Establecer **programas colaborativos entre Atención Primaria y Salud Mental para trabajar en procesos asistenciales integrados.**

### **Recomendaciones:**

**Estos programas colaborativos incluirán:**

- Consejo terapéutico y estrategias para el manejo de:
  - Transiciones y afrontamiento de acontecimientos vitales
  - Problemas conductuales
  - Trastornos leves de alimentación, eliminación y sueño
- Grupos psicoeducativos y de estrategias de manejo conductual para padres de niños en edad preescolar y escolar.
- Grupos psicoeducativos para adultos con malestar en su salud mental derivado de acontecimientos vitales, incluyendo el afrontamiento de problemas de salud física (enfermedades crónicas, invalidantes, etc.), así como la atención a cuidadores.
- Seguimiento de pacientes estables post-tratamiento en equipos de SM infanto-juvenil y adulto.
- Sesiones de formación para pediatras, médicos y enfermeras de Atención Familiar y Comunitaria (detección y diagnóstico de psicopatología, intervención y cuidados, derivación...).

**11.3** Crear mecanismos formales de coordinación entre las enfermeras de Salud Mental y las enfermeras de Atención Primaria **que garanticen la continuidad de cuidados.**

## Objetivo General 12: Sistemas de Información

Mejorar los sistemas de información y seguimiento de la atención a las personas con problemas de salud mental

### 12.1: Impulsar la **Historia Clínica informatizada, única y compartida**

#### Recomendaciones:

- Agregar datos del sistema de atención social, aumentando el conocimiento del uso de recursos y de los condicionantes sociales de salud.
- Incluir los programas, acciones y contactos de carácter social, laboral y de reinserción comunitaria recibidos.

**12.2** Establecer por las comunidades autónomas **indicadores de seguimiento del proceso de Atención en Salud Mental** para la evaluación y mejora de los mismos.

#### Recomendaciones:

- Elaborar a nivel del Sistema Nacional de Salud un conjunto mínimo de indicadores, para la evaluación de la atención en Salud Mental y en sus distintos dispositivos.
- Este conjunto mínimo de datos incluirá, entre otros, **los cuidados en Salud Mental y tratamientos psicoterapéuticos**.
- Incorporar el **gasto de farmacia** en el sistema de registro, favoreciendo el uso racional y adecuado de fármacos.

redacción médica

## Línea Estratégica 6: Autonomía, recuperación y derechos del paciente

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE AUTONOMÍA, RECUPERACION Y DERECHOS DEL PACIENTE

En España se estima que el **9,61% de la población** española padece un trastorno mental. Así mismo, algo más del **19% de la población española** padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida, cifra que se incrementará considerablemente en el futuro.

Las personas con trastorno mental, así como sus familiares y los profesionales que las atienden, consideran que existen **estereotipos “de peligrosidad”** asociados al trastorno mental.

Un análisis del estigma en la Comunidad de Madrid mostró que las personas con trastorno mental crónico tienen numerosas experiencias de rechazo y discriminación, especialmente en el ámbito laboral, los amigos y la familia extensa: el 44% informa haber tenido experiencias de discriminación en el área laboral, el 43% en las relaciones con amigos y el 37% con los vecinos. Muchos reconocen que al conocer el diagnóstico sintieron incompreensión, negación e incluso rechazo.

En relación a las conductas violentas de las personas con TMG se deben resaltar dos grandes estudios que disipan cualquier relación entre violencia y trastorno mental:

- El estudio realizado por el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism donde se entrevistaron 34.653 personas con TMG para demostrar si existe relación entre trastorno mental y violencia. Los resultados concluyeron que **las personas con TMG son violentas cuando su conducta está asociada al abuso de sustancias psicotóxicas y el consumo de alcohol.**
- El meta análisis realizado por Fazel donde se analizaron 20 estudios realizados sobre pacientes con esquizofrenia y su relación con actitudes agresivas y violentas. Los autores demostraron que **no existe una relación directa entre trastorno mental y violencia y cuando ésta aparece es debida al consumo de sustancias psico estimulantes y al consumo de alcohol** del mismo modo que ocurre con personas sin trastorno mental.

Según estos estudios **la persona con discapacidad psicosocial es, la mayoría de las veces, la víctima** de la violencia y de las agresiones, de tal modo que la persona enferma no sólo es marginada socialmente y rechazada en el ámbito laboral sino que además es víctima de violencia.

En **2011** se aprobó en **España** la **Ley** que llevaba a la práctica las recomendaciones de la **Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad** (2006). 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 los demás.

Esta Convención compromete a los estados que la ratifiquen, a afirmar políticas de **no discriminación** y medidas de **acción positiva**, así como a adaptar sus ordenamientos jurídicos, para que las personas con discapacidad puedan hacer valer sus derechos.

La importancia de este problema ha suscitado la formación de una **alianza internacional**, 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) y 1-de-cada-4 (Andalucía). Para más información sobre la **Global Anti-Stigma Alliance**: <http://www.time-to-change.org.uk/globalalliance>.

## **Objetivo General 13: Autonomía y Derechos del Paciente**

Fomentar la **aplicación de los principios bioéticos, la recuperación y la participación de la persona afectada en su proceso** de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la Ley de Autonomía del Paciente y de la legislación vigente en las distintas Comunidades Autónomas.

### **Objetivos específicos**

**13.1 Informar a los pacientes** sobre su estado y sobre los objetivos terapéuticos, tratamientos psicoterapéuticos, prescripciones farmacéuticas y otros, que se establecerán de acuerdo con sus necesidades y preferencias.

**13.2** Proporcionar a la persona afectada por un trastorno mental y la familia, tanto en el hospital como en Atención Primaria, la **adecuada formación e información** para llevar a cabo los cuidados necesarios tras el alta.

**13.3** Promover la realización de **acuerdos terapéuticos anticipados** que faciliten la toma de decisiones ante dilemas éticos, actuaciones en crisis y cualquier tipo de intervención y contención involuntaria.

El proceso de decisión se registrará en la historia clínica, incluyendo cambios y resultados.

### **Recomendación:**

- El paciente podrá designar un representante, que actuará como interlocutor con el equipo, en situaciones crisis.

## Objetivo General 14: Discriminación y Estigma

Erradicar el estigma personal y social y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

### Objetivos Operativos:

**14.1** Realizar y evaluar un **plan de intervenciones** en la lucha contra el estigma y la discriminación social, dirigido tanto a población general, como a pacientes y familiares, medios de comunicación y sistema educativo.

### Recomendaciones:

- **Población general:**
  - a. Grabación de comentarios de películas relacionadas con la salud mental.*
    - Disponer de una biblioteca-web, con acceso universal y gratuito, de películas relacionadas con la salud mental.
    - Hacer ciclos de cine.
    - Llevar a formato televisivo.
  - b. Grabación de anuncios contra el estigma del trastorno mental*
- **Pacientes y familiares:**
  - Desarrollo de material audiovisual y escrito de aspectos positivos de las personas con trastorno mental con acceso universal y gratuito.
  - Promover la participación de pacientes en programas o sesiones de información sobre salud mental.
- **Profesionales sanitarios (sean o no de Salud Mental):**
  - Elaboración de cursos de formación y sensibilización, promoviendo la participación docente de pacientes y familiares en dichos cursos.
- **Medios de Comunicación:**
  - **Facilitar guías de comunicación, jornadas/cursos, etc.**
- **Sistema educativo:**
  - Intervenciones de educación para la salud en este tema dentro de la etapa obligatoria de la enseñanza.

**14.2** Aumentar el número de personas con trastornos mentales que reciben el **servicio de empleo con apoyo o empleo protegido**.

**14.3** Promover la creación de **espacios de colaboración con empresas** que posibiliten programas de trabajo controlado con las personas con trastornos mentales, previo a la incorporación de los mismos al mercado laboral, y que permitan el manejo combinado de las especiales dificultades que estos pacientes presentan.

**14.4** El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las CC.AA. promoverán iniciativas **para revisar y actuar sobre las barreras normativas** que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental.

**14.5** Promover los derechos y dignidad de las personas con trastorno mental y aminorar el estigma asociado mediante la puesta en marcha de **contactos y compromisos con los medios de comunicación**.

## **Objetivo General 15: Intervenciones Involuntarias y respeto de la dignidad de pacientes**

Prevenir la necesidad de utilización de contención involuntaria e implantar procedimientos que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los y de las pacientes.

**15.1.** Regular, por medio de **protocolos/legislación, los procedimientos para la contención física, las intervenciones sin la voluntad del paciente y cualquier medida restrictiva** dentro de lo contemplado en el actual ordenamiento jurídico, incluyendo formación a los profesionales.

**15.2.** Disponer, en los centros asistenciales, de **normas específicas en sus protocolos y procedimientos de seguimiento y control** encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.

**15.3.** Las Comunidades Autónomas elaborarán **Guías de Buena Práctica** sobre **contención física**.

**15.4.** Potenciar la implantación de **procedimientos específicos de intervención** (valoración del riesgo, contención verbal, regulación de estímulos, técnicas de desescalada...etc.) que **disminuyan la aplicación de la contención física**.

**15.5.** Definir o actualizar por las CC.AA. un **protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria**.

**15.6.** Desarrollar mecanismos de **seguimiento proactivo y detección de incumplimientos**.

### **Recomendación:**

- Implementar un registro del uso de la contención física y su seguimiento, y establecer estándares de buena praxis en un contexto de prestación de asistencia sanitaria profesionalizada y humanizada, para minimizar el impacto emocional que esta intervención genera al paciente y a sus familiares.

## Línea Estratégica 7: Participación Ciudadana

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

En la fase de Evaluación de la Estrategia, se ha llevado a cabo un proceso de análisis de la información suministrada por las Comunidades Autónomas acerca del desarrollo de estrategias de información, o iniciativas de e-Administración, dirigidas a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre sus derechos y obligaciones, o bien, mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares y de las sociedades científicas y profesionales en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios.

Dicho análisis ha puesto de manifiesto que existen **múltiples contactos y colaboraciones** en la mayoría de las comunidades autónomas con las **asociaciones de pacientes y familiares y sociedades científicas y profesionales**. Sin embargo, no se conoce hasta qué punto esta participación influye en el diseño, planificación, ejecución y evaluación de las iniciativas en Salud Mental. Sería deseable una mayor elaboración y difusión sistemática de recursos de información a familiares y pacientes.

### Objetivo General 16: Participación de los agentes e instituciones sociales

Impulsar la **participación activa de los distintos agentes e instituciones sociales** en la atención y cuidado de las personas con trastornos mentales y sus familias.

#### Objetivos Operativos:

**16.1** Desarrollar en cada Comunidad Autónoma una **estrategia de información dirigida a las personas con trastornos mentales y a sus familiares** sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que pueden utilizar, y los procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones.

**16.2** Implantar en cada Comunidad Autónoma mecanismos y vías para la participación **de las personas con trastornos mentales y de sus familiares** en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios.

#### Recomendaciones:

- **Promover la relación** de las personas afectadas, de sus familiares y cuidadores, **con las organizaciones** de usuarios y familiares que les puedan ofrecer apoyo.
- Impulsar la participación **de “paciente experto”** en acciones de formación, asesoramiento, atención apoyo, etc.

**16.3** Las **asociaciones de personas con trastornos mentales y las de familiares**, con la colaboración y apoyo de las CC.AA. realizarán actividades de difusión, impartirán cursos de formación y realizarán proyectos de investigación, en consonancia con los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS.

**16.4** Planificar y llevar a cabo acciones de **apoyo institucional para potenciar las asociaciones de usuarios y/o de familiares**

16.5 Establecer por las CC.AA. los mecanismos y vías de **participación de las sociedades científicas y profesionales** relacionados con la salud mental en la planificación y evaluación de los servicios.

16.6 **Las sociedades científicas y profesionales**, con la colaboración y apoyo de las CC.AA. realizarán actividades de difusión, impartirán cursos de formación y realizarán proyectos de investigación, en consonancia con los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS.

16.7 Establecer **estrategias con los ayuntamientos, y otras asociaciones de la comunidad** para fomentar la participación e implicación de las mismas en el cuidado de las personas afectadas por estas patologías y sus familiares (programas de voluntariado, de colaboración con la policía municipal, bomberos, comerciantes, etc).

#### **Recomendaciones:**

- En los programas de **tratamiento de la dependencia al alcohol**, y como forma de mejorar su eficacia y eficiencia, las CC.AA. establecerán mecanismos de coordinación con las asociaciones de mutua ayuda (AMA).
- Cada CCAA promoverá **grupos de trabajo entre asociaciones de ayuda mutua y grupos de profesionales**.

redacción médica

## Línea Estratégica 8. Formación del Personal Sanitario

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA FORMACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

La siguiente tabla muestra un extracto de la información cuantitativa suministrada por las Comunidades Autónomas, referente a las acciones formativas en las que han participado profesionales de Salud Mental. Sin embargo, un análisis pormenorizado de las intervenciones realizadas muestra que prácticamente todas las Comunidades, así como algunas asociaciones y sociedades han desarrollado múltiples cursos y acciones formativas.

**Tab. 4 Formación a profesionales de Salud Mental**

CURSOS REALIZADOS	Psiquiatras	Médicos Atención Primaria	Psicólogos	Enfermería Salud Mental	Enfermería Atención Primaria	Trabajadores Sociales	Terapeutas Ocupacionales	Otros Profesionales
Andalucía								
Aragón								
Asturias (Principado de)								
Baleares (Islas)								
Canarias	60	20	60	45	10	45	5	20
Cantabria								
Castilla - La Mancha	91	9	85	84	7	70	54	89
Castilla y León								
Cataluña								98
Comunidad Valenciana								
Extremadura	32	28	41	23	18	16	5	17
Galicia								
Madrid (Comun. de)								
Murcia (Región de)	105	5	98	76	7	41	13	31
Navarra (Comun. Foral)	12	7	7	11	3	3	5	9
País Vasco								
La Rioja	10	20	8	10	6	1		

Fuente: información proporcionada por las CCAA

### Objetivo General 17: Formación

Potenciar la **capacitación y formación de los y las profesionales** del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

### **Objetivos Operativos:**

**17.1** Disponer en las CC.AA. de un **Plan de Formación Continuada** para los profesionales de Atención Primaria, de salud mental y aquellos otros profesionales de atención especializada relacionados con la atención a las personas con trastornos mentales, en el marco del modelo de atención biopsicosocial.

### **Recomendaciones:**

- Los cursos serán impartidos por **expertos** con conocimiento real de los problemas de salud mental (incluyendo la posibilidad de contar con personas afectadas) y se **evaluarán** para promover el aseguramiento de la calidad de los mismos.

En cuanto a los aspectos formativos relacionados con **patologías concretas**, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- Formación en signos de alarma y detección precoz del **Autismo** a los equipos de Atención Primaria; a los profesionales que intervienen en la atención temprana y a los centros educativos infantiles
- Programas de formación especializada para el **diagnóstico y tratamiento del TLP**, dirigidos a los diferentes profesionales implicados en el tratamiento de estos pacientes.
- Formación en abordaje de la **Patología Dual**.
- Formación y capacitación de los equipos de Atención Primaria en detección, diagnóstico y manejo del **TDAH, especialmente en los nuevos casos que no fueron diagnosticados en la infancia**.

**17.2** Realizar y evaluar **intervenciones dirigidas a los y las profesionales** para **prevenir el desgaste profesional**.

redacción médica

## Línea Estratégica 9. Investigación en Salud Mental

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Más de la mitad de las Comunidades Autónomas afirman haber financiado proyectos de investigación en Salud Mental. También informan haber acreditado Redes de investigación en este ámbito.

A continuación se muestra el desglose de iniciativas de investigación en Salud Mental en el periodo 2009-13, proporcionado por el Instituto de Salud Carlos III.

**Tab. 5 Iniciativas de investigación en Salud Mental 2009-13**

CC.AA.	SOLICITADO	FINANCIADO	% ÉXITO	IMPORTE TOTAL
Andalucía	32	5	15,63	364.227
Aragón	13	7	53,85	457.634
Asturias	12	5	41,67	334.653
Baleares	2	1	50,00	65.340
Cantabria	3	2	66,67	93.775
Castilla - La Mancha	3	1	33,33	75.625
Castilla y León	6	2	33,33	136.428
Cataluña	139	62	44,60	5.294.158
Com. Valenciana	18	3	16,67	350.295
Extremadura	1	0	0	0
Galicia	10	2	20,00	79.376
Madrid	64	22	34,38	2.303.085
Murcia	5	1	20,00	62.315
Navarra	7	2	28,57	203.610
País vasco	26	11	42,31	969.491
La Rioja	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>126</b>	<b>36,95</b>	<b>10.790.012</b>
AÑO	SOLICITADO	FINANCIADO	% ÉXITO	IMPORTE TOTAL
2009	62	14	22,58	1.364.276
2010	74	31	41,89	2.484.977
2011	66	35	53,03	3.351.153
2012	71	25	35,21	2.019.860
2013	68	21	30,88	1.569.745
<b>TOTAL</b>	<b>341</b>	<b>126</b>	<b>36,95</b>	<b>10.790.012</b>

Fuente: Instituto de Salud Carlos III

También la DGPNSD dedica una parte de su presupuesto a financiar proyectos de investigación sobre adicciones.

## Objetivo General 18: Investigación

Potenciar la investigación en salud mental

### Objetivos Operativos

**18.1** El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las CC.AA. promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental.

**18.2** Promover líneas de investigación sobre todas las categorías de análisis de género en salud mental: diferencias por sexos, morbilidad diferencial por sexos, desigualdades de género, determinantes psicosociales de género, tanto de vulnerabilidad como protectores y los sesgos de género en la clínica.

### Recomendaciones:

Se proponen, entre otras, las siguientes líneas de investigación:

- Eficacia de las psicoterapias y su adecuación en el sector público.
- Prevalencia de salud mental y prevalencia tratada en los Servicios en la población y en grupos especiales.
- Desarrollo de modelos de calidad en Salud Mental el Sistema Nacional de Salud.
- Estudios sobre el coste social de las adicciones.
- Promoción y Prevención de la Salud Mental desde el enfoque de la dimensión positiva de la Salud Mental.
- Autonomía, Derechos Humanos, Aspectos éticos y legales de las personas afectadas por problemas de Salud Mental.
- Humanización de la asistencia y los cuidados en salud mental.
- Necesidades de salud y cuidados sentidas por personas y familiares afectados por problemas de salud mental.
- Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental.
- Modelo de recuperación en Salud Mental.
- Discapacidad y dependencia asociada a los problemas de salud mental.
- Cuidados:
  - Autocuidado y enfermedad mental crónica.
  - Epidemiología de los cuidados de Enfermería de Salud Mental.
  - Efectividad y Coste-Eficacia de las intervenciones enfermeras en Salud Mental (tanto en poblaciones especiales como orientada a problemas de salud mental específicos).
  - Construcción y validación de instrumentos de medición en Enfermería de Salud Mental.
- Proyectos de investigación-acción que impliquen el carácter multidisciplinar y coordinación entre varias áreas sanitarias de una misma Comunidad Autónoma.
- Género:
  - Perspectiva de Género en Salud Mental.

- Condiciones de trabajo que puedan facilitar la aparición de trastornos mentales, especialmente entre las mujeres.
- Estudio de la interacción entre genes y ambiente en las enfermedades mentales.
- Etiopatogenia biopsicosocial de los trastornos mentales.
- Patología dual: necesidades específicas de atención y factores predisponentes.
- Impacto del abordaje integrado de la Patología Dual, adicciones y otros trastornos mentales.
- Aplicación de las nuevas tecnologías a la salud mental.
- Estudios epidemiológicos y de situación asistencial:
  - Determinantes sociales de la mala salud mental.
  - Situación de garantía versus vulneración de derechos en el marco de la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad en los ámbitos asistencial, jurídico y social.
  - Consumo y abuso de psicofármacos.
- Estudios de nuevas modalidades de intervención. Desarrollo de ensayos clínicos:
  - Alternativas a la hospitalización.
  - Tratamientos integrados para las psicosis.
- Salud Mental y familia.
- Niños y Adolescentes:
  - Detección precoz de problemas de salud mental en niños y adolescentes.
  - Seguimiento de poblaciones de riesgo como hijos de padres con problemas de salud mental, menores con problemas judiciales, menores tutelados.
  - Continuidad asistencial de niños y adolescentes con problemas de salud mental que llegan a la vida adulta.
  - Eficacia de los tratamientos tanto farmacológicos como psicológicos en los diferentes trastornos mentales en niños y adolescentes.
  - Seguimiento a largo plazo de niños y adolescentes con problemas de salud mental.
- Estudios que aporten evidencia sobre la eficacia y efectividad de los diversos modelos asistenciales dirigidos a cubrir el espacio sociosanitario en el Trastorno Mental Grave (apoyos residencial, ocupacional, laboral, a la participación ciudadana y al desarrollo personal).
- Estudios que aporten evidencia sobre la eficacia y efectividad de actuaciones poblacionales contra el estigma.
- Estudios que aporten evidencia sobre la eficacia y efectividad de intervenciones para la prevención precoz del Trastorno Mental Grave en primeros episodios psicóticos y en estados de riesgo de psicosis.
- Estudios que aporten evidencia sobre la eficacia y efectividad de intervenciones para la rehabilitación neurocognitiva en el Trastorno Mental Grave.

## **Anexo 1: Recomendaciones del Paquete de Trabajo 5 sobre “La Gestión de la evolución hacia un modelo de salud mental comunitario y de inclusión social” (work package 5 “managing the evolutions of community-based and socially-inclusive approaches to mental health”) de la Acción Conjunta sobre Salud Mental y Bienestar (Joint Action “Mental Health and Well Being”)**

### **1. Generar un compromiso político para el desarrollo de la salud mental**

- Desarrollar iniciativas que generen compromiso político basándose en información que demuestre a los responsables políticos las razones por las que deberían hacer un compromiso para la acción.
- Determinar quiénes son los decisores clave que pueden jugar un papel importante en el proceso de cambio que estamos promoviendo, y recoger toda la información disponible acerca de las organizaciones que deberían ser seleccionadas e invitadas a implicarse.
- Involucrar a todas las partes relevantes- profesionales, personas usuarias y familias, sector sanitario y otros sectores, gobiernos y sociedad civil, junto con otras organizaciones interesadas relevantes- en acciones que impulsen la transición a un modelo de atención comunitaria de la salud mental, tanto a nivel local y nacional como internacional.
- Desarrollar la capacitación de líderes en salud mental y otros sectores interesadas relevantes involucradas en la política de salud mental y la implementación de servicios.
- Fomentar la colaboración, en especial entre líderes en salud mental, para promover nuevos programas de formación, proporcionar apoyo y supervisión en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental a nivel nacional e internacional.
- Desarrollar estrategias de comunicación efectivas que ayuden a que los sectores interesados tomen medidas.
- Desarrollar mensajes clave que destaquen la importancia que los trastornos mentales graves y los determinantes sociales tienen en la mala salud mental, a fin de que la población tome conciencia de la necesidad urgente de desarrollar políticas que puedan reducir los costes económicos y sociales de los trastornos mentales y disminuir la brecha de tratamiento existente.

### **2. Desarrollar o actualizar las políticas y la legislación en salud mental**

- Generar debate y crear consenso, a nivel de la Unión Europea, a cerca del impacto que la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) tiene en la legislación sobre salud mental.
- Supervisar la aplicación de la política de salud mental en toda la Unión Europea.

- Promover la revisión y la actualización de la legislación sobre salud mental cuando sea necesario, teniendo en cuenta los principios de recuperación y las recomendaciones de la CDPD.
- Fomentar y promover, en los países donde sea necesario, la revisión y la actualización de la política de salud mental, basándose en los derechos humanos y la evidencia disponible.
- Incluir acciones dentro de la legislación y las políticas que tengan por objeto garantizar su aplicación efectiva a todos los niveles.

### **3. Impulsar el cambio desde una atención centrada en los hospitales mentales/hospitales psiquiátricos a un sistema basado en los hospitales generales y en los servicios de atención comunitaria de salud mental**

- Mejorar los programas de formación para todo el personal de atención primaria, con el fin de aumentar la detección y el abordaje de los trastornos mentales comunes en la atención primaria.
- Promover la coordinación de las personas que trabajan en atención primaria con especialistas en salud mental para fomentar el proceso de derivación en ambos sentidos y ofrecer supervisión cuando sea necesaria.
- Promover la investigación y la difusión de modelos de colaboración y de atención escalonada entre atención primaria y especializada en salud mental.
- Planificar y establecer un equipo de salud mental comunitario para cada zona geográfica definida, cuyo tamaño y capacidad deberían determinarse teniendo en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y los recursos disponibles. Cuando éstos sean limitados debería establecerse al menos un equipo básico mínimo.
- Fomentar la coordinación de los equipos de salud mental comunitaria con los servicios de atención primaria de salud con otros servicios, proporcionando programas de rehabilitación dentro de la misma zona geográfica.
- Organizar y reasignar recursos, tanto humanos como financieros, desde los hospitales mentales/hospitales psiquiátricos a los servicios comunitarios.
- Promover la participación activa de las personas usuarias y cuidadoras en la planificación, la prestación, y la reorganización de los servicios.
- Evaluar y compartir las mejores prácticas de los programas de atención comunitaria especializada de salud mental en Europa.
- Promover la coordinación de la atención y el seguimiento efectivo de los pacientes dados de alta, con el fin de asegurar la continuidad de la atención.
- Promover políticas y leyes que fomenten e implanten que el tratamiento hospitalario de los trastornos mentales se lleve a cabo en los hospitales generales.
- Vinculación de las camas con una zona geográfica definida.
- Aumentar el conocimiento y la comprensión de los trastornos de salud mental entre los profesionales clave dentro del hospital general, con la intención de reducir el estigma, la discriminación, la ansiedad o conceptos erróneos con respecto a las personas con trastornos mentales.

- Fomentar las relaciones y la coordinación de las unidades de hospitalización psiquiátrica con los equipos de atención comunitaria de la salud mental existentes en la misma zona geográfica.
- Monitorizar y mejorar sustancialmente la calidad de la atención y el respeto a los derechos humanos de las personas que siguen residiendo en los hospitales mentales/hospitales psiquiátricos, suprimiendo las prácticas que implican restricciones físicas.
- Reducir y en última instancia, dejar de ingresar en los hospitales psiquiátricos.
- Reducir progresivamente el número de camas disponibles en los hospitales psiquiátricos.
- Evaluar y preparar a las personas que son trasladadas de los hospitales psiquiátricos a la comunidad y asegurar que reciben una atención suficiente que sirva de apoyo a sus necesidades en la misma.
- Promover la participación de la atención primaria en el tratamiento físico y mental de las personas con trastornos mentales graves.
- Crear y/o fortalecer los servicios comunitarios integrados e integrales para cada zona geográfica, de acuerdo a las necesidades locales y nacionales.
- Desarrollar los servicios y programas que hasta ahora han sido poco implementados en muchos países de la UE, como los programas integrales de gestión de casos, equipos móviles de salud mental, E-Health, auto-ayuda y grupos de personas usuarias y cuidadoras.
- Mejorar el uso de los Fondos Europeos Estructurales y de Desarrollo Regional en el marco de un programa de desinstitucionalización, de modo que los hospitales mentales/hospitales psiquiátricos se cierren y se desarrollen servicios de salud mental comunitarios que los reemplacen.
- Desarrollar la cooperación formal entre los servicios de salud mental, servicios sociales y los servicios de empleo, para asegurar que estén disponibles las instalaciones residenciales en la comunidad, los programas de formación profesional, y otras intervenciones de rehabilitación psicosocial.
- Establecer estándares mínimos de calidad y continuidad de la atención en todos los servicios comunitarios relevantes.
- Desarrollar la rehabilitación orientada a los servicios penitenciarios.
- Desarrollar servicios de salud mental para la infancia y adolescencia.
- Desarrollar programas para grupos vulnerables (por ejemplo, personas sin hogar con graves problemas de salud mental).

#### **4. Mejorar el uso y la eficacia de mecanismos que supervisen la aplicación de la reforma de la salud mental**

- Fortalecer las estructuras responsables de la implementación de las estrategias de salud mental a nivel nacional, regional y local, asegurando que disponen de los medios técnicos necesarios y tienen suficiente capacidad de decisión para implementar estrategias de manera efectiva, sobre todo cuando están involucradas cuestiones complejas relativas a los recursos organizativos, financieros y humanos.

- Desarrollar la capacitación de líderes de salud mental para movilizar y dirigir la ejecución de las políticas de salud mental.
- Fortalecer los consejos asesores existentes y crear otros nuevos- como parte de un mayor desarrollo de políticas y del proceso de implementación-, asegurando la presencia de todas las personas clave, incluidas las personas usuarias y las familias.
- Crear mecanismos eficientes para la financiación de los servicios de salud mental que sean acordes a las necesidades de la población, incluidos los incentivos que fomentan el desarrollo de la atención comunitaria.
- Promover acciones para aseguren el uso eficiente de los recursos disponibles y aquellos que se reasignaron desde los hospitales mentales /hospitales psiquiátricos a los servicios comunitarios.
- Conseguir el consenso entre las personas y los sectores relevantes implicados para establecer las prioridades y las políticas de salud mental.
- Aumentar la cooperación entre los sectores sanitarios y sociales para prevenir el riesgo de trans-institucionalización y la fragmentación de la atención.
- Fomentar la participación de las personas usuarias y las familias en la salud mental, adoptando medidas para apoyar a las personas cuidadoras el desempeño de su papel.
- Fortalecer la cooperación entre responsables políticos e investigadores a fin de que evalúen la eficacia de las políticas, servicios e intervenciones para las personas con trastornos mentales.
- Desarrollar y mejorar los sistemas de información para recoger y agregar datos y promover el uso de los ya existentes, con el objeto de monitorizar el impacto de las políticas y servicios que están enfocados en la transición desde los hospitales mentales/hospitales psiquiátricos a la atención comunitaria.

##### **5. Promover el uso de instrumentos relevantes de la Unión Europea**

- Utilizar la oportunidad que brinda la Estrategia 2020 de la UE para mejorar el seguimiento y la evaluación de las políticas que abordan la inclusión social de las personas que sufren trastornos mentales.
- Reforzar las sinergias entre las políticas de la UE, en particular las relativas a los derechos humanos, la justicia social, el empleo, la educación, la investigación y el apoyo social.
- Maximizar el uso de los programas financieros de la UE, sobre todo los Fondos Estructurales y de Inversión de la UE, para apoyar la desinstitucionalización y la inclusión social de las personas con trastornos mentales a largo plazo.
- Fortalecer las redes europeas que pueden contribuir a la implementación de las políticas de salud mental.
- Apoyar el uso adecuado de instrumentos y herramientas desarrolladas por proyectos de la UE, que ayudan a evaluar y valorar la calidad de los servicios de salud mental.
- Utilizar las oportunidades que ofrece Horizonte 2020 para promover la investigación sobre la desinstitucionalización, los servicios comunitarios y la inclusión social, en estrecha colaboración con el proyecto Roadmap for Mental Health Research in Europe (ROAMER).

## Anexo 2: Criterios de calidad en psicoterapia

### 1. Definición de psicoterapia

La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia<sup>49</sup>.

### 2. Actuaciones incluidas en la psicoterapia

- Definir los objetivos terapéuticos en función del diagnóstico clínico previo.
- Formalizar un contrato terapéutico con el paciente definiendo los objetivos, número de sesiones y duración de las mismas.
- Intervenciones terapéuticas para lograr los objetivos terapéuticos.
- Una vez finalizada la intervención terapéutica, evaluar los resultados obtenidos y según estos, decidir el alta o la necesidad de continuar el tratamiento pautando nuevos objetivos.

### 3. Objetivos de la psicoterapia

- Contener y acompañar al paciente en el proceso de resolución de sus conflictos.
- Reducir lo más posible la sintomatología clínica y el sufrimiento del paciente.

### 4. Modalidades de psicoterapia

Existen diferentes modalidades terapéuticas en función de la orientación y del marco teórico. También modalidades que pueden ser aplicadas a diferentes grupos de edad y con distintos abordajes: psicoterapias individuales, psicoterapias de pareja y familia, psicoterapias de grupo, psicoterapias de niños y adolescentes, etc.

### 5. Criterios mínimos para la aplicación de las siguientes modalidades de psicoterapias

Tipo de psicoterapia	nº mínimo de sesiones	Duración mínima de la sesión	Periodicidad de las sesiones
Individual	15	30-45 minutos	Semanal / quincenal
Grupal	25	60-90 minutos	Semanal / quincenal
Familiar	6	75 minutos	Mensual

### 6. Técnica

La técnica aplicada por cada psicoterapeuta estará en función de su formación y conocimientos, eligiendo aquella que sea más beneficiosa para cada paciente.

## 7. Condiciones necesarias para su aplicación

- Psicoterapeutas bien formados (con formación de postgrado en psicoterapia, práctica clínica supervisada y proceso terapéutico personal).
- Disponer de un espacio apropiado que permita la privacidad e intimidad del paciente.
- Salas amplias para realizar psicoterapia de grupos.
- Material necesario y adecuado (juegos, mobiliario, salas) para el trabajo con niños.

## Fuentes bibliográficas

- FEAP Estatutos y otras normativas 2005 de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. [www.feap.es](http://www.feap.es)
- Guía para el usuario de la psicoterapia. Documento elaborado por los miembros de la junta directiva de FEAP Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas. Coordinado por Nuria Pi. [www.feap.es](http://www.feap.es)
- Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud (SNS), Documento base de FEAP aprobado 9 de junio de 2007. Coordinadora Paz Flores Martínez. [www.feap.es](http://www.feap.es)

redacción médica

### Anexo 3: Glosario de Abreviaturas

<b>CC.AA.</b>	Comunidades Autónomas
<b>CI</b>	Comité Institucional (de la Estrategia de Salud Mental)
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CISNS</b>	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
<b>CMBD</b>	Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria
<b>CSE</b>	Comité de Seguimiento y Evaluación (de la Estrategia de Salud Mental)
<b>CT</b>	Comité Técnico (de la Estrategia de Salud Mental)
<b>DGPNSD</b>	Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
<b>DHD</b>	Dosis por Habitante y Día
<b>DSM</b>	Manual diagnóstico de trastornos mentales (American Psychiatric Association)
<b>EMCDDA</b>	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
<b>ENSE</b>	Encuesta nacional de Salud
<b>EESCRI</b>	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado
<b>ESEMeD</b>	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.
<b>FEAP</b>	Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas
<b>GPC</b>	Guía de Práctica Clínica
<b>IMSERSO</b>	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística
<b>ISCIH</b>	Instituto de Salud Carlos III
<b>MSSSI</b>	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>R.D.</b>	Real Decreto
<b>SESPAS</b>	Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>TMC</b>	Trastorno Mental Común
<b>TMG</b>	Trastorno Mental Grave
<b>UE</b>	Unión Europea

## Anexo 4: Bibliografía y Referencias

---

<sup>1</sup> Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

<sup>2</sup> R. C. Kessler, B. Ustun (eds): The WHO world mental health surveys. Global perspectives of mental health surveys. Cambridge University Press, New York, First Edition, 2008

<sup>3</sup> Grand challenges in global mental health. A consortium of researchers, advocates and clinicians announces here research priorities for improving the lives of people with mental illness around the world, and calls for urgent action and investment. Pamela Y. Collins, Vikram Patel, Sarah S. Joestl, Dana March, Thomas R. Insel, and Abdallah S. Daar, on behalf of the Scientific Advisory Board and the Executive Committee of the Grand Challenges in Global Mental Health. *Nature*. 2011 Jul 6; 475(7354): 27–30. Published online 2011 Jul 6.

<sup>4</sup> ECNP/EBC REPORT 2011 The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 H.U. Wittchen, F. Jacobi, J. Rehm, A. Gustavsson, M. Svensson, B. Jönsson, J. Olesen, C. Allgulander, J. Alonso, C. Faravelli, L. Fratiglioni, P. Jennum, R. Lieb, A. Maercker, J. van Os, M. Preisig, L. Salvador-Carulla, R. Simon, H.-C. Steinhausen.

<sup>5</sup> The 2011 ESPAD Report. The European School Survey Project on alcohol and other Drugs (ESPAD).

[http://www.espad.org/Uploads/ESPAD\\_reports/2011/The\\_2011\\_ESPAD\\_Report\\_FULL\\_2012\\_10\\_29.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2011/The_2011_ESPAD_Report_FULL_2012_10_29.pdf)

<sup>6</sup> Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. Jeremy Coid, Min Yang, Peter Tyrer, Amanda Roberts, Simone Ullrich. *The British Journal of Psychiatry* Apr 2006, 188 (5) 423-431; DOI: 10.1192/bjp.188.5.423

<sup>7</sup> A Norwegian psychiatric epidemiological study. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. *Am J Psychiatry*. 2001 Jul;158(7):1091-8.

<sup>8</sup> Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina Clinica*. 2006; 126: 445-451. DOI: 10.1157/13086324

<sup>9</sup> Gili, M., Roca, M., Stuckler, D., Basu, S., McKee, M. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013; 23: 103–8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cks035> 103-108

<sup>10</sup> Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, et al. Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE*; 2014; 9(8): e105471. DOI:10.1371/journal.pone.0105471

<sup>11</sup> Gyani, A., Shafran, R., Layard, R., Clark, D.M. Enhancing recovery rates: Lessons from year one of IAPT, *Behaviour Research and Therapy*. 2013; 51( 9): 597-606, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.06.004>.

---

<sup>12</sup> Rebooting Psychotherapy Research and Practice to Reduce the Burden of Mental Illness. Alan E. Kazdin and Stacey L. Blasé. Department of Psychology, Yale University, New Haven, CT. *Perspectives on Psychological Science* January 2011 6: 21-37,

<sup>13</sup> Service use for mental health problems: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. Burgess PM<sup>1</sup>, Pirkis JE, Slade TN, Johnston AK, Meadows GN, Gunn JM. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2009 Jul; 43(7):615-23.

<sup>14</sup> Cost-effectiveness of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. McCrone P, Knapp M, Proudfoot J, Ryden C, Cavanagh K, Shapiro DA, Ilson S, Gray JA, Goldberg D, Mann A, Marks I, Everitt B, Tylee A. *Br J Psychiatry*. 2004 Jul;185:55-62.

<sup>15</sup> Vos T, Haby MM, Magnus A, Mihalopoulos C, et al. (2005). Assessing cost-effectiveness in mental health: helping policy-makers prioritize and plan health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39(8):701-12.

<sup>16</sup> Internet-based mental health programs: a powerful tool in the rural medical kit. Griffiths KM, Christensen H. *Aust J Rural Health*. 2007 Apr; 15(2): 81-7.

<sup>17</sup> Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N (2010) Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 5(10): e13196. doi:10.1371/journal.pone.0013196.

<sup>18</sup> Cuijpers P1, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011 Jun;168(6):581-92. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10101411. Epub 2011 Mar 1.

<sup>19</sup> The effectiveness of computerized cognitive behavioral therapy in routine care. K. Cavanagh, D. A. Shapiro, S. Van Den Berg, S. Swain, M. Barkha and J. Proudfoot. *British Journal of Clinical Psychology* (2006), 45, 499–514.

<sup>20</sup> Computer-aided self-help for phobia/panic via internet at home: a pilot study. Mark Kenwright, Isaac M. Marks, Lina Gega, David Mataix-Cols. *The British Journal of Psychiatry* May 2004, 184 (5) 448-449; DOI: 10.1192/bjp.184.5.448

<sup>21</sup> Información extraída de la página web de la Organización Mundial de la Salud  
[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/)  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>

<sup>22</sup> Instituto Nacional de Estadística. Nota de Prensa:  
<http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>

<sup>23</sup> Murray CJL, Lopez AD. *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Geneva, Switzerland;World Health Organization, 1996.

<sup>24</sup> Cardoner N. *Psiquiatría en Asistencia Primaria, en Vallejo J.: Psiquiatría en Atención Primaria*. Ars Médica, 2005.

- 
- <sup>25</sup> Belfer, Myron L. (2008) Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (3). 226-236.
- <sup>26</sup> Merikangas, K.R., He J-P; Burstein M. Swanson S.A.; Cui, L. Benjet, C. Georgiades, K, Swendsen, J. (2010) Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49 (10). 980-989.
- <sup>27</sup> Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) March 28, 2014 / 63 (SS02): 1-21.
- <sup>28</sup> Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2014 Feb;53(2):237-57.
- <sup>29</sup> Sullivan K, Stone WL, Dawson G. Potential neural mechanisms underlying the effectiveness of early intervention for children with autism spectrum disorder. *Res Dev Disabil*. 2014 Nov;35(11):2921-2932.
- <sup>30</sup> Los datos epidemiológicos de este apartado provienen del documento del Grupo de trabajo sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria constituido en el marco de la presente Actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Este grupo de trabajo, a su vez, se ha basado, entre otros informes, en el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM Núm. 2006/05-01.
- <sup>31</sup> Becoña, E. (2010). Epidemiología del juego patológico. En E. Echeburúa, E. Becoña y F.J. Labrador (Eds.), *El juego patológico: avances en la clínica y el tratamiento* (pp. 41-57). Madrid: Pirámide.
- <sup>32</sup> Encuesta sobre alcohol y drogas en España EDADES 2013/2014. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- <sup>33</sup> Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2012/2013. España. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- <sup>34</sup> Westermeyer J Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *Am J Addict* 2006; 15:345-55.
- <sup>35</sup> Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al Epidemiological Catchment Area study, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-18).
- <sup>36</sup> Verheul R Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders *Eur Psychiatry*. 2001 Aug;16(5):274-82
- <sup>37</sup> Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Drug Abuse and Dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 566-576

---

<sup>38</sup> Wilens TE The nature of the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 4-11

<sup>39</sup> Szerman, N. 2012. *In: Comunicación, D. (ed.). XX Curso de Actualización en Psiquiatría.*

<sup>40</sup> Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, et al. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 164(6):942-948.

<sup>41</sup> Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC: The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *EurNeuropsychopharmacol* 2011, 21:655–679

<sup>42</sup> Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Feb;40(2):147-58

<sup>43</sup> Forcada R. Prevalencia de trastornos mentales en menores internados por comportamientos antilegales. En: II Conferencia Internacional OIJJ. La Justicia Juvenil en Europa: Un marco para la integración. Bruselas: OIJJ; 2006.

<sup>44</sup> Fariña F, Arce R, Vázquez MJ. Estudio de la psicopatología en menores infractores. En: Interpsiquis 2006. VII Congreso virtual de psiquiatría; 2006.

<sup>45</sup> Garrido Genovés V, Graña Gómez J, González Cieza L. Reincidencia delictiva en menores infractores en la Comunidad de Madrid. Evaluación, características delictivas y modelos de predicción. Madrid: Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor ARRM; 2008.

<sup>46</sup> Grisso T. Guiding principles when developing treatment programs for young offenders with mental disorders. Report from de Fourth IJJO Conference. Rome: 2010.

<sup>47</sup> Teplin LA, Abram KM, Mc Clelland GM, Dulcan MK, Mericle AA. Psychiatric disorders in youth in juvenile detention. *Archives of General Psychiatry*. 2002; (59): 1133-43.

<sup>48</sup> Vicent GT, Grisso T, Terry A, Banks S. Sex and race differences in mental health symptoms in juvenile justice: The MAYSI-2 National Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; (47): 282-290.

<sup>49</sup> Guía para el usuario de la psicoterapia. Documento elaborado por los miembros de la junta directiva de FEAP Federación española de asociaciones de psicoterapeutas. [www.feap.es](http://www.feap.es). Psicoterapia en el Sistema Nacional de Salud (SNS), Documento base de FEAP aprobado 9 de junio de 2007. [www.feap.es](http://www.feap.es)