

# Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

**SANIDAD 2007**

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO





# Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006

## COMITÉ TÉCNICO DE REDACCIÓN

**Coordinador Científico**  
Manuel Gómez Beneyto

### Expertos

José Ángel Arbesu Prieto  
(Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria)

Enrique Baca Baldomero  
(Sociedad Española de Psiquiatría)

Amparo Belloch Fuster  
(Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología)

Antonio Espino Granado  
(Experto nombrado por el MSC)

Alberto Fernández Liria  
(Asociación Española de Neuropsiquiatría)

Mariano Hernández Monsalve  
(Experto nombrado por el MSC)

Asensio López Santiago  
(Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria)

Rosa Ruiz Salto  
(Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y  
Personas con Enfermedad Mental)

José María Sánchez Monge  
(Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y  
Personas con Enfermedad Mental)

## INSTITUCIONES COLABORADORAS

Dirección General de Instituciones Penitenciarias  
Escuela Andaluza de Salud Pública  
Instituto de Salud Carlos III  
Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica  
Universidad Rey Juan Carlos



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO  
CENTRO DE PUBLICACIONES  
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO: 351-07-002-9

Depósito Legal: M-6065-2007

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad y Consumo. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución.

## COMITÉ INSTITUCIONAL DE CC.AA.

**Andalucía:** Rafael del Pino López

**Aragón:** Ana Riveses Aunes

**Asturias (Principado de):** José Fernández Díaz

**Baleares (Islas):** Miguel Echevarría Martínez de Bujo

**Canarias:** Antonio Sánchez Padilla

**Cantabria:** María Jesús Cuesta Núñez

**Castilla-La Mancha:** José Luis López Hernández -  
Jaime Domper Tornil

**Castilla y León:** José Manuel Martínez Rodríguez

**Cataluña:** Cristina Molina Parrilla

**Comunidad de Valencia:** Juan José Moreno Murcia -  
Carmen Blasco Silvestre

**Extremadura:** Miguel Simón Expósito

**Galicia:** Fernando Márquez Gallego

**Madrid (Comunidad de):** Francisco Ferre Navarrete

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

**Navarra (Comunidad Foral):** José Domingo Cabrera  
Ortega

**País Vasco:** María Luisa Artegoitia González - Álvaro Iruin Sanz

**Rioja (La):** Adolfo Cestafe Martínez

**Ingesa (Ceuta-Melilla):** Pilar Bañares Romero

## MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Alberto Infante Campos - Director General de la Agencia de  
Calidad

Enrique Terol García - Subdirector General de la Oficina de  
Planificación Sanitaria y Calidad

M.ª Santos Ichaso Hernández-Rubio - Subdirectora Adjunta  
del Instituto de Información Sanitaria

Carmen Pérez Mateos - Consejera Técnica de la Dirección  
General de Cohesión

Ángel Abad Bassols - Jefe de Servicio de la Oficina de  
Planificación Sanitaria y Calidad

José Rodríguez Escobar - Jefe de Servicio de la Oficina de  
Planificación Sanitaria y Calidad

Rosa Blanca Pérez López - Jefa de Servicio de la Oficina de  
Planificación Sanitaria y Calidad

### Apoyo Técnico y Metodológico

Isabel del Cura González

Carlos Mingo Rodríguez

Isabel Montero Montero

Isabel Ruiz Pérez

Olga Solas Gaspar

Silvia Vázquez Fernández del Pozo

### Apoyo Administrativo y Logístico

Isabel Esteban Sánchez

Ilyana Mendoza Castro

Rosa M.ª Pineros González

# Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

Estrategia aprobada  
por el Consejo Interterritorial  
del Sistema Nacional de Salud  
el 11 de diciembre de 2006



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO





# Índice

<b>Prólogo</b>	13
<b>Introducción</b>	17
<b>Nota técnica</b>	21
<b>1. Aspectos generales</b>	23
1.1. Justificación	23
1.2. Principios y valores	29
1.3. Situación de la salud mental en España	34
1.3.1. La reforma de la salud mental en España	34
1.3.2. Análisis epidemiológico	39
1.3.3. Marco normativo de las prestaciones sanitarias y sociales	62
1.4. Metodología y descripción del documento	69
<b>2. Desarrollo de las líneas estratégicas</b>	73
2.1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental	73
2.1.1. Justificación	73
2.1.2. Objetivos y recomendaciones	76
2.1.3. Evaluación	81
2.2. Atención a los trastornos mentales	85
2.2.1. Justificación	85
2.2.2. Objetivos y recomendaciones	96
2.2.3. Evaluación	101
2.3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional	107
2.3.1. Justificación	107
2.3.2. Objetivos y recomendaciones	113
2.3.3. Evaluación	116
2.4. Formación del personal sanitario	120
2.4.1. Justificación	120
2.4.2. Objetivos y recomendaciones	127
2.4.3. Evaluación	129

2.5.	Investigación en salud mental	131
2.5.1.	Justificación	131
2.5.2.	Objetivos y recomendaciones	141
2.5.3.	Evaluación	142
2.6.	Sistemas de información y evaluación	143
2.6.1.	Justificación	143
2.6.2.	Objetivos y recomendaciones	148
2.6.3.	Evaluación	149
<b>Anexos</b>		167
I.	Revisores externos	167
II.	Glosario de abreviaturas	169
III.	Bibliografía	171

# Índice de tablas

TABLA 1: Valores en la escala de energía y vitalidad (EVI) del SF-36 para la población española distribuidos por sexo y apoyo social percibido	42
TABLA 2: Tasa de prevalencia y <i>odds</i> ajustados para cualquier trastorno mental en población española en función de características sociodemográficas	45
TABLA 3: Tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida por sexo de cualquier trastorno mental en población española, clasificada según DSM-IV	45
TABLA 4: Prevalencia de trastornos mentales comunes en población española clasificados según DMS-IV por grupos de edad	46
TABLA 5: Prevalencia-vida de los principales trastornos del estado de ánimo siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)	47
TABLA 6: Prevalencia-año de los trastornos del estado de ánimo siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)	48
TABLA 7: Prevalencia-año de los trastornos de ansiedad, siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)	51
TABLA 8: Prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad, siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)	51
TABLA 9: Prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines según registros de casos españoles. Año 1998. Tasas estandarizadas para 1.000 habitantes	53
TABLA 10: Personas con certificado de minusvalía (discapacidad superior a 33%) por causa psíquica, excluyendo discapacidad intelectual, en 1999	56
TABLA 11: Prevalencia estimada, ajustada por edad, de trastornos mentales según criterios DSM-III-R	58
TABLA 12: Tasa de incidencia en 18 meses de los trastornos alimentarios según criterios DSM-IV	59
TABLA 13: Evolución de las defunciones y tasas de suicidio por 100.000 habitantes en España, 1999-2004	62

TABLA 14: Distribución de la defunción por suicidio y lesiones autoinfligidas en España por grupos de edad y sexo, en el año 2004	63
TABLA 15: Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud	64
TABLA 16: Información sobre la investigación española en disciplinas relacionadas con la salud mental, 1994-2002	135
TABLA 17: Proyectos solicitados/denegados/financiados en investigación en enfermedades mentales en España desde 2001-2005	138
TABLA 18: Importes de los proyectos financiados en investigación sobre enfermedad mental en España durante el periodo 2001-2005	138
TABLA 19: Descripción de los sistemas de información en salud mental en España	147

# Índice de figuras

FIGURA 1: Puntuación en la subescala de vitalidad del SF-36 (estandarizada para la población de Alemania del Oeste)	40
FIGURA 2: Salud mental positiva por sexo, medida por la subescala de vitalidad (SF-36)	41
FIGURA 3: Riesgo relativo para cualquier trastorno mental, en los últimos 12 meses, por sexo, edad, medio de residencia urbano/rural (Italia categoría de referencia)	43
FIGURA 4: Riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo en los últimos 12 meses en seis países de la EU. OR ajustados por sexo, edad y lugar de residencia (Italia categoría referencia)	49
FIGURA 5: Riesgo relativo de padecer cualquier trastorno del estado de ánimo en los últimos 12 meses en función de la situación laboral por países, ajustado por edad y sexo, comparando población desempleada con respecto a personas con empleo remunerado	50
FIGURA 6: Defunciones por suicidio, lesiones intencionales e intentos de suicidio en varones por países en Europa, en el año 1999	61
FIGURA 7: Defunciones por suicidio, lesiones intencionales e intentos de suicidio en mujeres por países en Europa, en el año 1999	61



# Prólogo

Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión.

Los trastornos mentales son frecuentes o comunes en todos los países, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen. Además de la discapacidad y mortalidad prematura por suicidio que a veces originan, tienden también a producir el aislamiento social de quienes los padecen.

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades.

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad y que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Estas cifras se incrementarán probablemente en el futuro. Los trastornos mentales afectan más a las mujeres que a los varones y aumentan con la edad.

Los trastornos mentales también aumentan la morbilidad que se deriva por padecer otras enfermedades como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, diabetes o SIDA. El no tratar o controlar los trastornos mentales acarrea peor cumplimiento de los regímenes terapéuticos y peor pronóstico en estas patologías.

La mayoría de los trastornos mentales son leves o transitorios y, en la mayoría de los casos, se cuenta con medidas terapéuticas y de rehabilitación efec-

tivas. Además, existe evidencia de que intervenciones enfocadas en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales incrementan, facilitan la inserción del individuo en la comunidad y disminuyen los costes sociales y económicos.

Por ello, y teniendo en cuenta que mejorar la atención a la salud mental en España es uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Consumo, desde la Agencia de Calidad del Ministerio, en coordinación con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, se ha elaborado esta «Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud».

La Estrategia se basa en la filosofía y contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y que fue suscrita por España en 2005. La Estrategia adopta, pues, un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intrainstitucional, así como adoptar medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos.

La Estrategia constituye un texto de apoyo para la coordinación en todo el país de los planes o programas de promoción de la salud mental, de los programas de prevención y de los medios de diagnóstico, terapéuticos y rehabilitadores apropiados para realizar una atención integral y continuada de las personas con trastornos mentales. La Estrategia también incluye entre sus objetivos potenciar la investigación en salud mental y crear herramientas que permitan evaluar el avance del conocimiento en este campo, así como los avances y retrocesos que se detecten en su desarrollo.

La Estrategia ha sido elaborada por expertos de todas las disciplinas relacionadas con la salud mental, coordinados por el Dr. Manuel Gómez-Beneyto, y en ella han participado técnicos de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo. Para su elaboración se han tenido en cuenta las actuaciones y planes llevados a cabo tanto en España como en la Unión Europea y la OMS, así como por parte de otros organismos como el Consejo de Europa y la OCDE, entre otros.

Esta Estrategia forma parte del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud y representa un esfuerzo consensuado entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y las

Comunidades Autónomas para conseguir una mejor atención de las personas con trastornos mentales, basada en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio. De esta forma, contribuye a la cohesión de nuestro sistema sanitario en beneficio de los ciudadanos con independencia del lugar donde residan.

Con esta iniciativa, los servicios de salud, los profesionales y los pacientes disponen de un instrumento de enorme utilidad para la mejora de la salud de los ciudadanos en general y de las personas con trastornos mentales en particular.

Por ello, deseo manifestar nuestro agradecimiento a todos los que han participado en la elaboración de este documento, ya que el resultado de su trabajo contribuirá, sin duda, a mejorar la calidad de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud.

José MARTÍNEZ OLMOS  
Secretario General de Sanidad



# Introducción

En estas dos últimas décadas, desde la publicación del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en 1985, han tenido lugar en España importantes cambios económicos, sociales, políticos, técnicos y científicos. Motivado por el interés de proporcionar una atención sanitaria adaptada a las necesidades cambiantes del país, a finales de 2004, el Ministerio de Sanidad y Consumo convocó a todas las asociaciones profesionales y ciudadanas directamente interesadas en salud mental y a las Comunidades Autónomas para que reflexionasen sobre si tales cambios podrían requerir el desarrollo de un nuevo marco o estrategia de actuación para abordarlos. Gracias a la colaboración de todos, se configuraron dos grupos de trabajo: uno, el Comité Científico, constituido por representantes de sociedades profesionales y ciudadanas (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria, Sociedad Española de Psiquiatría, Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, y Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental), así como tres expertos independientes designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y otro, el Comité Institucional, formado por los representantes de todas las Comunidades Autónomas.

En enero de 2005, coincidiendo con el inicio de las reuniones de trabajo del Comité Científico, se celebraba en Helsinki una Conferencia Interministerial convocada por la OMS, la Comunidad Europea y el Ministerio de Salud de Finlandia en torno a la necesidad de dar un impulso al interés por la salud mental en Europa y lograr que el tema llegase a ocupar un lugar prioritario en las agendas ministeriales. La Conferencia concluyó con una Declaración, suscrita y firmada por todos los ministros asistentes, incluyendo el español, y un Plan de Acciones.

El Comité Científico adoptó ya desde el comienzo el Plan de Acciones de Helsinki como una base sólida para el desarrollo de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, por dos razones: porque el contenido del Plan era técnica, científica y éticamente razonable, y porque adoptarlo suponía converger con Europa.

Como tercer paso para la elaboración de la Estrategia se decidió describir y analizar el estado de la situación de la salud y la enfermedad mentales en España, tarea nada fácil porque la información sobre este tema era escasa e incompleta. Por este motivo se encargó a la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica la elaboración de un informe que ha servido de base para el correspondiente capítulo de este documento.

A la vista de la información epidemiológica y con el apoyo técnico del Ministerio y de otras entidades colaboradoras, el Comité Científico se propuso contextualizar y priorizar el Plan de Acciones de Helsinki. Tres principios guiaron la discusión desde un primer momento: aceptar solamente los acuerdos alcanzados por unanimidad, con el fin de lograr el máximo consenso dentro de la realidad del Estado de las Autonomías; acordar propuestas concretas susceptibles de evaluación objetiva, y, finalmente, considerar planteamientos realistas y de eficacia avalada en pruebas científicas o en la experiencia, siempre en el marco de una concepción biopsicosocial y comunitaria de la atención, tal como señala la Ley General de Sanidad en su artículo 20.

En septiembre de 2006, una vez elaborado el borrador que abarcaba objetivos generales, objetivos específicos y recomendaciones técnicas para lograrlos, así como un conjunto de indicadores para su evaluación, el Comité Científico se reunió con el Comité Institucional para debatirlo y consensuarlo. Las aportaciones de los representantes de las Comunidades Autónomas permitieron identificar y rellenar lagunas, ampliar los objetivos y las recomendaciones y, sobre todo, dotar al documento de una mayor coherencia y sentido global.

Paralelamente, motivado por el deseo de mostrar la viabilidad de los objetivos planteados y con la finalidad de proporcionar información técnica sobre los mismos, el Ministerio de Sanidad y Consumo solicitó a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas ejemplos de programas efectivos que estuviesen funcionando en su ámbito y que pudiesen ejemplificarlos. De esta manera se obtuvo una serie de «ejemplos de buenas prácticas» que se aportan como complemento al documento de la Estrategia. Con ello se trata de mostrar la viabilidad de los objetivos y de suministrar a los interesados en desarrollar dichos programas los datos necesarios para entrar en contacto con los responsables de su creación.

Los límites marcados por los criterios que se adoptaron para el debate —unanimidad, evaluación y realismo—, junto con el respeto a las competencias sanitarias propias de las Comunidades Autónomas, han dado como resultado un conjunto de propuestas que se caracteriza por representar una estrategia común viable en nuestro entorno, y es bajo esta perspectiva que hay que entenderlo y valorarlo. La fuerza de este planteamiento no está en su parte técnica o científica, que también, sino sobre todo en la autoridad que le confiere reflejar una opinión unánimemente compartida. La psiquiatría y la psicología, antaño lastradas por la especulación y la ideología, son ahora materias que basan sus planteamientos en la experiencia y en el método científico. En general, todos los profesionales que han participado en la elaboración de este documento han dado muestras de flexibilidad y pragmatismo. Nada más lejos de la visión estigmatizante, que todavía hoy en día

recae sobre ellos, de ser un colectivo dominado por la fantasía e incapaz de ponerse de acuerdo.

Una vez concluido, el borrador final se remitió para su valoración y aportación de sugerencias a una serie de sociedades.

Finalmente, la propuesta fue aprobada por unanimidad en el Consejo Interterritorial que se celebró en diciembre de 2006.

La utilidad de este documento para influir en la realidad está por ver. No será fácil. Los determinantes de la salud y la enfermedad mental son múltiples y dependientes de sectores institucionales y sociales diversos, y requieren para su modulación el esfuerzo complementario de los individuos, de la sociedad y de las Administraciones públicas. Existe una cierta conciencia ciudadana sobre la relación entre el estilo de vida individual y el mantenimiento de la salud corporal, pero no ocurre lo mismo con la salud mental y, sin embargo, existen datos que indican que la forma individual o estilo como cada uno de nosotros afronta habitualmente las situaciones adversas de la vida puede contribuir a mantener o a perder el equilibrio emocional, por poner un ejemplo. Y se sabe también que las estrategias exitosas de afrontamiento pueden ser adquiridas con una información y con un aprendizaje a tiempo.

Por otra parte, la densidad del tejido social depende de la conciencia de la propia sociedad civil y de su iniciativa para organizarse. Hay datos que revelan una relación estrecha entre el capital social de una comunidad y la salud mental de sus miembros. Sería deseable que se estableciesen pactos entre los agentes sociales —empresas, sindicatos, universidades y escuelas, asociaciones de vecinos, sociedades deportivas, medios de comunicación— para fundar una gobernanza civil capaz de reforzar y complementar la acción del Estado y de las Administraciones autonómicas y locales y llegar adonde éstas no alcanzan. Éste es el sentido principal de la Declaración de Helsinki, impulsar un giro de la atención a la salud mental de los servicios a una concepción de salud pública que implique a la sociedad civil.

La instituciones públicas no pueden por sí solas mejorar la salud mental de los ciudadanos. Pueden y deben mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios sanitarios y proporcionar información útil sobre las enfermedades, sobre cómo prevenirlas y sobre cómo se mantiene y se fortalece la salud mental, y a ello se dedica la mayor parte de las recomendaciones de este documento. Y, sobre todo, tienen la responsabilidad de mejorar las condiciones de vida de la población que se asocian a altas tasas de trastorno mental, en concreto la pobreza y la marginación. Lo demás depende de todos nosotros.

Manuel GÓMEZ BENEYTO  
Coordinador Científico de la Estrategia



# Nota técnica

Este documento consta de dos partes bien diferenciadas:

1. Aspectos generales —en la que se aborda la justificación de la Estrategia y la situación general de la epidemiología de la salud mental en España (págs. 23-72).
2. Los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006 —en la que se detallan los objetivos, las recomendaciones y el sistema de evaluación de la Estrategia priorizados y consensuados por el Comité Técnico de Redacción y el Comité Institucional de las Comunidades Autónomas (págs. 73-165).



# 1. Aspectos generales

## 1.1. Justificación

La atención a la salud mental en España es un objetivo estratégico para el Ministerio de Sanidad y Consumo. Ya en su primera comparecencia parlamentaria en la Comisión de Sanidad del Congreso, el 31 de mayo de 2004, la Ministra de Sanidad y Consumo adelantó que entre las prioridades del Departamento, y en colaboración con las Comunidades Autónomas, estaba la de promover la salud mental, adoptando una «iniciativa estratégica» para impulsar las actividades de prevención, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social.

Desde la aprobación de la Ley General de Sanidad y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, hace ahora veinte años, han acontecido numerosos cambios de orden político, legislativo, conceptual y técnico que afectan a la salud de los ciudadanos y que han sido abordados de forma diferente por las instituciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, generando diversidad enriquecedora pero también desigualdades. Parece, pues, que es oportuno hacer una reflexión conjunta entre el Estado y las instituciones autonómicas para valorar lo conseguido y planificar el futuro, a fin de lograr entre todas y todos un Sistema Nacional de Salud más solidario y más equitativo. El resultado de esta reflexión es el documento para la Estrategia en Salud Mental que aquí se presenta.

## Importancia sanitaria y social de los trastornos mentales

Los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer<sup>1</sup>. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades<sup>2</sup>.

No existen suficientes datos para valorar el coste económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, pero se estima que está entre el 3 y el 4% del PNB, por encima de los 182.000 millones de euros

anuales, de los cuales el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral<sup>1</sup>.

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro<sup>3</sup>.

La distribución de la prevalencia-vida por Comunidades Autónomas es relativamente uniforme, oscilando entre el 15,71 de Andalucía y el 23,68 de Cataluña.

En España no se dispone de información sobre la carga de enfermedad. En cuanto a la repercusión económica, el coste total en el año 1998 fue estimado en 3.005 millones de euros. Amplios estudios, como el recogido en el Libro Blanco Estudio Socioeconómico, establecen el coste social de los trastornos de salud mental en España (1998) en 3.373,47 € por trastorno. Los costes directos representarían el 38,8% (1.311,69 €) y los indirectos el 61% (2.061,77 €). Dentro de los primeros, la hospitalización supone el 20,6% (695,97 €), correspondiendo a hospitalización prolongada un 17,7% (597,66 €) y un 3% (98,31 €) a hospitalización breve; las consultas ambulatorias son un 10,4% (352,22 €) y los gastos de farmacia el 7,8% (263,50 €). Dentro de los costes indirectos, la invalidez representaría el 21,8% (733,82 €), la mortalidad prematura el 21,6% (730,12 €), la baja productividad el 9% (303,33 €) y la incapacidad temporal el 8,7% (294,50 €). Los trastornos mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal, y en torno al 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente<sup>4</sup>.

Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado.

Además, debemos considerar el sesgo de género en salud mental ya que, en general, el personal sanitario tiene mayor tendencia a diagnosticar depresión a mujeres que a hombres, aunque se detecten resultados similares en ambos sexos cuando se realizan evaluaciones precisas (por ejemplo, mediante cuestionarios clínicos o entrevistas estructuradas), en cuyo caso los síntomas que presentan hombres y mujeres vienen a ser idénticos y de intensidad equiparable<sup>5</sup>. No obstante, la probabilidad de que a las mujeres se les receten psicofármacos es más elevada<sup>6</sup>.

Existen diferencias en los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno mental o del comportamiento. Es más probable que las mujeres soliciten ayuda y refieran que tienen problemas a su médico o médica de atención primaria, en comparación con los hombres<sup>7, 8</sup>.

La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación por 33, y en las toxicománias por 86<sup>9</sup>.

Los trastornos mentales graves, además, generan una importante carga familiar que recae generalmente sobre la madre o una hermana del o de la paciente. La dedicación al cuidado de la persona con esquizofrenia supone de 6 a 9 horas diarias y lleva consigo sentimientos de pérdida, restricciones sustanciales en la vida social y efectos negativos sobre la vida de familia<sup>10</sup>, añadiéndose la preocupación, pérdida de oportunidades laborales y merma de la salud mental de la cuidadora o el cuidador<sup>11</sup>. Los cuidadores y cuidadoras informales son un pilar fundamental para el sostenimiento del sistema sanitario, de forma que la progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral, tal como está ocurriendo en la actualidad, puede llegar a poner en peligro su viabilidad a largo plazo<sup>12,13</sup>.

Algunos de los motivos de creciente inseguridad ciudadana más visibles de nuestra sociedad —criminalidad, accidentes de tráfico, abusos y violencia doméstica y de género, vagabundeo— se asocian a la enfermedad mental en el imaginario colectivo. En realidad, los trastornos mentales contribuyen poco a la generación de estas lacras sociales<sup>14</sup>, por lo que es fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación asociados a las personas que sufren estos trastornos y a sus familiares<sup>15,16,17</sup>.

Las tasas de suicidio en Europa tienden a disminuir desde 1980, pero siguen contándose entre las más altas del mundo<sup>18</sup>. No obstante, los países del sur de Europa, entre ellos España, presentan tasas muy bajas, aunque parece que se trata más de un menor grado de identificación, notificación y registro de los suicidios que de una menor frecuencia real de los mismos. Durante el periodo 2000-2004, la tasa de suicidio en España ha disminuido notablemente. En el año 2000 la tasa de suicidio fue de 8,42 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en el año 2004 fue de 8,21 casos por cada 100.000 habitantes, existiendo diferencias entre Comunidades Autónomas<sup>19</sup>, como se muestra en la tabla 13.

## Marco legislativo

La articulación y regulación del Sistema Nacional de Salud, por medio de la Ley General de Sanidad, y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de las competencias en sanidad a las Comunidades Autónomas

mas, constituyen el punto de partida y el marco que han permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las últimas décadas.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, en su artículo 70, establece que la coordinación general sanitaria incluirá la determinación de fines u objetivos mínimos comunes en materia de promoción, prevención, protección y asistencia sanitaria, así como el establecimiento con carácter general de criterios mínimos, básicos y comunes de evaluación de la eficacia, y rendimiento de los programas, centros y servicios sanitarios.

La Ley establece, además, que el Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer estrategias y actuaciones sanitarias conjuntas, que si implicaran a todas ellas se consensuarían en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, reconoce al Ministerio de Sanidad y Consumo competencias para el establecimiento de bases y coordinación general sanitaria y para impulsar la elaboración de planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes y otras actuaciones en coordinación con las Comunidades Autónomas.

En el marco de la Unión Europea, hay que tener en cuenta que en la Conferencia de Helsinki, celebrada en enero de 2005 bajo el lema *Enfrentando desafíos, construyendo soluciones*, los y las representantes de los Ministerios de Sanidad de los 52 Estados participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental.

Esta Declaración considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social y, en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados y trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la enfermedad, el enfermo y su entorno familiar.

## Evolución en la forma de entender la asistencia a la enfermedad mental

La historia de cómo ha sido conceptualizada la enfermedad mental, y por lo tanto su manejo, ha experimentado tres giros significativos a lo largo del siglo pasado, que han exigido y exigen en la actualidad cambios organizativos de gran calado.

En las primeras décadas del siglo pasado, bajo la influencia de diversos factores sociales, políticos, morales, económicos y científicos, se produjo un

cambio significativo en la forma de concebir la locura y, en consecuencia, de abordarla.

La locura ya no se juzgaba como un estado irreversible y peligroso para la persona afectada y para la comunidad y que requería, por tanto, de custodia y protección. Pasó a ser considerada una enfermedad y, como tal, su abordaje un asunto médico. Así comenzó la transformación de los asilos en hospitales psiquiátricos y de la ideología de la custodia a la ideología médica, aunque continuó la política de internamientos.

Desde esta nueva perspectiva, las necesidades vitales de las personas internadas se ampliaron con otras derivadas del diagnóstico clínico y social y de las posibilidades de tratamiento y de eventual retorno a la comunidad. La identificación, valoración y satisfacción de estas nuevas necesidades exigían cambios organizativos, así como una diversificación de las estructuras, de los recursos y de las formas de relación en el interior de la institución.

Pasada la primera mitad del siglo xx, los movimientos contraculturales de la década de los sesenta, junto con los avances en el tratamiento farmacológico y psicológico de los trastornos mentales, dan origen a lo que hoy conocemos como modelo comunitario de atención a la enfermedad mental, considerando que el marco idóneo para el tratamiento de los trastornos mentales no era una institución cerrada, fuese ésta el asilo u hospital, sino la comunidad.

Con el cierre de las grandes instituciones, la vida de las personas con trastornos mentales graves, que otrora se habría desenvuelto entre muros, ahora se desenvuelve en sus hogares familiares o en residencias y, con ello, sus necesidades se han ido acercando progresivamente a la normalidad, esto es, ajustándose al conjunto de necesidades de la población sana: necesidad de recibir una educación, de trabajar, de poder ganarse la vida, de relacionarse, de ocupar el tiempo libre y, por supuesto, de recibir tratamiento adecuado, incluyendo el rehabilitador.

Con todo, las necesidades de estas personas continúan siendo pensadas por los y las profesionales, identificadas con instrumentos desarrollados por ellos y ellas, y satisfechas mediante prestaciones, programas y servicios sanitarios y sociales *ad hoc*.

Estamos ahora al comienzo de un giro significativo en la forma de entender la organización de la asistencia, iniciado bajo la influencia de una creciente conciencia de ciudadanía y de sensibilidad hacia el respeto de los derechos humanos, liderado por las asociaciones de consumidores de los servicios sanitarios. El núcleo de este movimiento social reside en el papel protagonista que los usuarios y sus familiares juegan en relación con la definición de sus necesidades y la planificación, creación y gestión de servicios para satisfacerlas.

Esta nueva visión, que se plasma en el «paradigma de la recuperación»<sup>20</sup>, afecta también a otros sectores sanitarios implicados en el trata-

miento de enfermedades estigmatizantes de larga evolución, si bien en salud mental ha generado cambios más profundos que afectan no solamente a la relación entre el profesional sanitario y la persona enferma, sino a la propia organización y prestación de servicios.

Para que esta nueva tendencia se instale y sostenga son necesarios importantes cambios de actitud en la política, en la gestión de instituciones sanitarias, en los y las profesionales y, también, en las asociaciones de usuarios y usuarias y familiares.

## Los avances científicos y técnicos

Nuevas experiencias y ensayos han conducido al descubrimiento de intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras eficaces, así como a formas organizativas orientadas a mejorar la calidad y la eficiencia del sistema de atención a los trastornos mentales<sup>15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, 26</sup>.

Pero el problema no puede ser resuelto solamente por medio del tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales. Investigaciones recientes prueban que la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales han dejado de ser una utopía, y que las intervenciones en estas áreas pueden incrementar la inclusión social y la productividad y pueden disminuir los costes sanitarios y sociales<sup>27, 28</sup>.

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

En resumen, la extensión de los trastornos mentales, su gravedad y la tendencia a aumentar en el futuro, así como los cambios conceptuales y técnicos habidos en las últimas décadas en relación con su abordaje, requieren una nueva visión y una nueva forma de organizar y prestar los servicios de salud mental.

Es por ello que, en virtud del acuerdo adoptado en sesión plenaria del Consejo Interterritorial de 16 de junio de 2004, se ha elaborado este documento, consensado entre todos los agentes del sistema sanitario (Comunidades Autónomas, sociedades científicas y asociaciones de enfermos y enfermas y familiares), en el que se establecen objetivos generales y específicos, así como recomendaciones que permitan, sin interferir en el campo competencial de las Comunidades Autónomas, establecer principios generales sobre la forma de desarrollar las intervenciones en el ámbito de la salud mental de manera integral y semejante en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Un componente esencial de la misma son los indicadores y el sistema de evaluación periódica.

No obstante, este documento tiene sus limitaciones. El problema que plantea la pérdida de salud en general, y especialmente la salud mental, tiene raíces y consecuencias en múltiples áreas de la vida que se reflejan políticamente en diversos sectores institucionales —sanidad, trabajo, hacienda, educación, justicia, vivienda—, y para su solución se requiere el esfuerzo sinérgico de todos estos sectores y no solamente del sector sanitario.

Por ello, la cooperación de los diversos sectores mencionados y de la sociedad civil es esencial para el cumplimiento de los objetivos planteados en la Estrategia.

## 1.2. Principios y valores

### Introducción

El concepto de valor tiene un significado moral, entendido como comportamiento adecuado a un sistema ético y de creencias. En el campo de la salud mental, la declaración explícita de valores y principios señalaría nuestras prioridades, aquellas cuestiones que deben orientar nuestro comportamiento y nuestros esfuerzos económicos, científicos y normativos.

El gasto sanitario ha crecido de forma importante en las últimas décadas. Con el fin de controlarlo, las Administraciones sanitarias han adoptado criterios de gestión empresarial y de mercado, con el riesgo de anteponer la economía a cualquier otra consideración. Dos documentos que contienen recomendaciones sobre la organización y reforma de los sistemas sanitarios en los países de la región europea —la «Carta de Lubliana» (OMS, 1996) y «Valores y Principios Comunes en los Sistemas de Salud Europeos» (Consejo de la Unión Europea, 2006)— alertan sobre este peligro y proponen que las reformas de los sistemas sanitarios se basen, ante todo, en valores y principios.

Los trastornos mentales pueden privar a la persona de su capacidad para enjuiciar la realidad correctamente, sin al mismo tiempo percatarse de ello. Una de las consecuencias más graves de esta situación es la potencialidad para llevar a cabo conductas que pueden poner en peligro la seguridad propia o la ajena. La forma de abordar el problema de la seguridad es una cuestión debatida. Las soluciones aplicadas oscilan entre los modelos que priman la seguridad de la población —instituciones cerradas, registros de casos de alta peligrosidad, leyes específicas, etc.— y los que ponen en primer término la protección de los derechos de los y las pacientes —cierre de

los hospitales psiquiátricos, tratamiento y rehabilitación en la comunidad, mínima legislación, etc. —. Así pues, los valores morales y la forma de organizar los servicios de salud mental están tan estrechamente relacionados que cuando se trata de presentar una estrategia de salud mental como la presente es imprescindible explicitar los valores y principios que la sustentan.

## Principios básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental

En los últimos años, buscando garantizar la seguridad al mismo tiempo que respetar los derechos de los y las pacientes, se ha ido imponiendo en Europa un modelo organizativo de tipo comunitario para la atención a la salud mental, el denominado *Community based mental-health model*. Numerosos estudios muestran que, a igualdad de gasto, el modelo comunitario es más eficaz, mejora más la calidad de vida y produce una mayor satisfacción en los y las pacientes y sus familiares que la asistencia en el hospital psiquiátrico monográfico<sup>29</sup>. En nuestro país, el modelo de psiquiatría comunitaria está respaldado por la Ley General de Sanidad (1986) y por el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985). A continuación se describen los principios básicos de este enfoque, con ejemplos concretos sobre su aplicación<sup>30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38</sup>.

## Principios básicos del modelo comunitario de atención

### Autonomía

Es la capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas. La autonomía se puede fomentar priorizando:

- Las intervenciones terapéuticas y los escenarios asistenciales menos restrictivos de la libertad.
- Las intervenciones que mejoran la autosuficiencia para vivir en la comunidad.
- Las intervenciones que refuerzan los aspectos positivos y los recursos personales del y de la paciente.
- La lucha contra el estigma, la discriminación y la marginación.
- La integración de los y las pacientes en las redes y dispositivos «naturales» de la comunidad en la que residen.

- El apoyo a personas cuidadoras para que el aumento de autonomía de los y las pacientes no implique una mayor carga para quienes les atienden en el seno familiar.

## Continuidad

Es la capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal). La continuidad se puede fomentar:

- Potenciando el equipo y la atención multidisciplinarios.
- Implantando «Planes Individuales de Atención».
- Implantando procedimientos de seguimiento comunitario-assertivo.
- Gestionando la asistencia por «procesos de atención».
- Creando comisiones de coordinación entre los dispositivos del área y entre los diferentes sectores institucionales implicados.

## Accesibilidad

Es la capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten. La accesibilidad se puede fomentar:

- Acercando los recursos a los lugares de residencia, con especial consideración a los núcleos rurales.
- Ampliando los horarios de atención y facilitando las consultas telefónicas y/o las relacionadas con las nuevas tecnologías, así como las visitas a domicilio.
- Reduciendo los tiempos de espera.
- Reduciendo las barreras de acceso selectivas, como por ejemplo el idioma, la cultura o la edad.

## Comprensividad

Se puede fomentar:

a) La implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria, sin perjuicio de que, por motivos de eficiencia, la atención a algunos trastornos de muy baja prevalencia y elevada gravedad (por ejemplo, el autismo infantil) pueda centralizarse en unidades de referencia comunes a varias áreas sanitarias.

b) Con el reconocimiento y la realización del derecho a recibir asistencia en todo el abanico de necesidades causadas por el trastorno mental. Este principio supone, entre otros:

- La diversificación de las prestaciones y los escenarios asistenciales para que el sistema se adapte a las necesidades cambiantes de los y las pacientes con trastorno mental grave.
- El reconocimiento de la rehabilitación como actividad terapéutica sanitaria.

## Equidad

Es la 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. Este principio puede ponerse en práctica aplicando medidas como las siguientes:

- Aumentando la cantidad y adecuando la clase de recursos en las áreas geográficas o sectores de la población en los que exista una mayor prevalencia de trastornos graves o una acumulación de factores de riesgo para su desarrollo o mantenimiento, tales como la pobreza o la desigualdad percibida de ingresos, el consumo abusivo de sustancias, un elevado nivel de desempleo, etc.
- Vigilando/controlando que no existan desigualdades en el diagnóstico, atención y tratamiento de las enfermedades mentales entre mujeres y hombres y entre grupos de edad.

## Recuperación personal

La recuperación tras un trastorno mental grave implica dos procesos paralelos y complementarios que requieren ser promovidos de manera específica.

El primero, el único que se ha tenido en cuenta hasta ahora, tiene que ver con los aspectos clínicos del trastorno y supone la recuperación de la salud en sentido estricto.

El segundo es un proceso de cambio y de crecimiento personal, basado en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales. Se trata, pues, de retomar el propio curso vital y recuperar al máximo las propias capacidades como individuo y como ciudadano. Este principio requiere poner en práctica medidas como:

- Alcanzar un compromiso al más alto nivel institucional para orientar la organización y gestión de los servicios de acuerdo con el principio de la recuperación personal.
- Reconocer en el presupuesto de salud mental una partida específicamente destinada a apoyar a las asociaciones de enfermos y enfermas y sus familiares.

- Garantizar la participación de representantes de las y los pacientes y sus familiares en los procesos de mejora continua de la calidad, en pie de igualdad con los y las profesionales.
- Desarrollar y aplicar medidas de resultado que incorporen indicadores de recuperación personal.
- Reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y de restricción de la libertad, velando que no conlleve riesgos evitables tanto para la propia persona como para su entorno.
- Modificar las actitudes del personal sanitario para adaptarlas al principio de la recuperación.

## Responsabilización

Es el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a los y las pacientes, los y las familiares y la comunidad. Este principio requiere para su aplicación medidas como las siguientes:

- Transparencia en la gestión y la administración de los servicios sanitarios.
- Adopción de criterios explícitos y transparentes para el establecimiento de prioridades.
- Publicación de la cartera de servicios y prestaciones en salud mental.
- Provisión de los cauces sociales, jurídicos y administrativos adecuados para tramitar las quejas y darles respuesta.

## Calidad

Es una característica de los servicios que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en pruebas. Para la sociedad en general y para las y los usuarios en particular, significa que los servicios deben lograr resultados positivos. Para el personal y los gestores y gestoras sanitarios, significa que los servicios deben hacer el mejor uso de los conocimientos y la evidencia científica disponibles<sup>38</sup>.

Mejorar la calidad significa:

- Preservar la dignidad de las personas con enfermedades mentales.
- Proveer cuidados orientados a minimizar el impacto de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.
- Emplear intervenciones que capaciten a las personas con trastornos mentales a manejar su discapacidad por sí mismas.

- Asegurar que la calidad mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, así como los escenarios ambulatorios, hospitalarios y residenciales.

## 1.3. Situación de la salud mental en España

### 1.3.1. La reforma de la salud mental en España<sup>39</sup>

La psiquiatría española en los ochenta

La Constitución española en 1978 reconoce el derecho al cuidado de la salud y cambia la vieja organización centralista del Estado, al institucionalizar las Comunidades Autónomas en todo el territorio nacional<sup>40</sup>.

En 1982 se inicia un proceso de reformas en la sanidad que va a afectar a la atención primaria, la atención ambulatoria —mediante la orden de jerarquización que venía a resolver un viejo problema de dualidad existente en el caso de los neuropsiquiatras—, la formación de postgrado y, por último, la reforma del Código Civil en materia de tutela, además del propio Proyecto de Ley de Sanidad aprobado al final de la legislatura. Todas estas reformas servirán de referencia para elaborar las medidas a tomar en Salud Mental.

La Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica  
(1983-1985)

En estos años se va a afrontar desde el Ministerio de Sanidad y Consumo una situación, la de la salud mental, que había tocado fondo. Se crea, por Orden Ministerial de 27 de julio de 1983, la *Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica*, que desarrolló su trabajo principalmente a lo largo de la legislatura del Ministro Ernest Lluch. En abril de 1985 se publica el Informe elaborado por dicha Comisión (Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental)<sup>41</sup>.

Mientras tanto, ya se habían llevado a cabo las transferencias sanitarias en Cataluña y Andalucía, y en el resto de Comunidades Autónomas existía un sentimiento de identidad cada vez mayor que obligaba al Ministerio a ser muy cuidadoso con sus propuestas.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica tenía tres ejes: el primero proponía *un nuevo modelo de atención a la salud mental* orientado hacia la comunidad, integrado y enmarcado en una nueva organización de la sanidad que tuviera en cuenta el compromiso territorial a efectos de la planificación y la gestión, con una óptica preventiva, comunitaria y de salud pública y con la consideración del nuevo papel de la aten-

ción primaria de salud en el conjunto de la atención sanitaria; el segundo eje lo constituían *las recomendaciones* para la reforma, y el tercero, el compromiso explícito de *vincular el desarrollo de las mismas* al proceso global de reforma sanitaria.

La transformación de los hospitales psiquiátricos era un elemento esencial, debiéndose conjugar con el desarrollo de recursos alternativos sanitarios y de apoyo sociolaboral.

El Informe estableció con carácter prioritario la actuación sobre la infancia y la población anciana, así como sobre las personas en cumplimiento de causa penal y personas con trastornos psíquicos desencadenados por el uso de sustancias adictivas.

Igualmente, se proponía desarrollar instrumentos técnicos y de apoyo para consolidar y evaluar las reformas:

- Un sistema de registro de información sanitaria.
- Programas de desarrollo y cualificación de los recursos humanos.
- Normas de acreditación de unidades y centros.

Para finalizar con las siguientes recomendaciones y propuestas:

- El reconocimiento de los derechos civiles de la persona con enfermedad mental.
- El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria.
- El reconocimiento del derecho de las personas en cumplimiento de causa penal a recibir atención psiquiátrica.

El instrumento propuesto para desarrollar los acuerdos entre el Ministerio y las Comunidades Autónomas serán los «Comités de Enlace y Coordinación» en cada Comunidad Autónoma. Los Comités debían concretar un «Plan de integración funcional de los recursos y programas asistenciales del área de salud», con inclusión de la atención primaria de la salud.

### El desarrollo de las reformas

En estos años, el Ministerio de Sanidad y Consumo contó con un Programa de cooperación con la Organización Mundial de la Salud centrado en tres contenidos: los sistemas de información en salud mental, las formas de cooperación con la atención primaria y la organización de servicios de salud mental integrados en el nuevo sistema sanitario.

Igualmente, se elaboró desde la Secretaría de la Comisión una «Guía de Salud Mental en Atención Primaria de la Salud»<sup>42</sup> y se aprobó un nuevo «Programa Nacional para la Especialidad de Psiquiatría»<sup>43</sup>.

El Informe de la Comisión incluía la puesta en marcha de la formación especializada en Psicología Clínica, iniciada en 1983 en el Principado de Asturias siguiendo el modelo de Médicos Internos Residentes (MIR), y que no se concretará a nivel nacional, sin embargo, hasta diez años después.

En la última etapa de la legislatura del Ministro Lluç se va a aprobar la Ley General de Sanidad, que incluye —no sin alguna reserva— la equiparación en derechos del enfermo mental. El artículo 20: *De la salud mental*, vino a recoger lo fundamental de los planteamientos del Informe de la Comisión<sup>44</sup>.

El Ministerio de Sanidad y Consumo contó con una financiación adicional para iniciar las reformas: en el caso del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), para crear equipos de salud mental y abrir nuevas camas hospitalarias, contratar psicólogos y psicólogas y homologar personal, y en las Comunidades Autónomas, para desarrollar sistemas de información, elaborar planes de reforma de la salud mental y llevar a cabo medidas de transformación de sus hospitales psiquiátricos y de desarrollo de recursos alternativos en la comunidad.

En paralelo a las medidas anteriores, se inician en 1986 los primeros Convenios de cooperación institucional en materia de salud mental con las Comunidades Autónomas que no tenían aún las transferencias sanitarias. De igual forma, se crea en 1987 una Comisión permanente —con participación del Ministerio y todas las Comunidades Autónomas— para el seguimiento de las reformas en el ámbito del Consejo Interterritorial.

El Ministerio de Sanidad y Consumo promueve la elaboración de un Informe sobre la Problemática Jurídico-Asistencial del Enfermo Mental, que estableció por primera vez criterios en el ámbito de actuación de la justicia española en esta materia (1988).

En el año 89, por último, tiene lugar la extensión por decreto de la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos, un paso casi definitivo en el proceso de equiparación real de la persona con trastorno mental y el resto de potenciales usuarios y usuarias de la sanidad pública.

Termina así —a falta del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud— una primera fase, mientras crece otra marcada por el abierto protagonismo creciente de las Comunidades Autónomas<sup>45</sup>.

La Ley de Sanidad y los Estatutos de Autonomía dinamizarán las actividades de las Comunidades Autónomas en materia de salud mental, concretándose en la firma de Acuerdos con el Ministerio de Sanidad y Consumo y con los entes locales y en la creación de estructuras directivas para la dirección y planificación de la salud mental; puesta en marcha de Comités de Enlace y Coordinación; elaboración de Planes de salud y de salud mental, y desarrollo de nuevos recursos y programas para la atención a la salud mental.

En este contexto hay que situar la configuración de los mapas sanitarios y la ordenación de áreas y distritos, las normas reguladoras de la atención a la salud mental que promueven algunas Comunidades Autónomas, la organización y desarrollo de la formación especializada de las psicólogas y psicólogos clínicos siguiendo el modelo interno-residente, así como las medidas de mejora de los instrumentos de registro, gestión y evaluación de la salud mental, y muy especialmente los avances dados en la sustitución del viejo modelo manicomial por otro con implicación de los servicios sociales y la atención primaria de salud<sup>40, 46</sup>.

### Asignaturas pendientes del Informe de la Comisión Ministerial

Algunas propuestas del Informe, como la creación de una Oficina de Salud Mental en el Ministerio, no se desarrollaron. El compromiso con la formación continuada y la investigación aplicada no ha sido asumido plenamente por las Administraciones sanitarias, como tampoco el desarrollo específico de la formación postgrado en áreas de especial interés (psiquiatría y psicología clínica de la infancia y adolescencia, psicogeriatría, drogodependencias, etc.).

El desarrollo de recursos alternativos al hospital psiquiátrico dentro del tejido comunitario se está realizando con lentitud, con importantes diferencias entre Comunidades Autónomas y, en algunos casos, sin responder a criterios de planificación. En relación a los programas de salud mental en la atención primaria, seguimos sin un desarrollo sistemático.

En cuanto a la homologación e incentivación de las y los profesionales de la salud mental y a la descentralización y articulación de los recursos para la atención a la salud mental en el ámbito del área sanitaria, los resultados varían mucho entre los distintos territorios.

El insuficiente desarrollo comunitario, expresado en la poca participación real de los usuarios y usuarias (y sus organizaciones) y del nivel local (Ayuntamientos), sigue siendo otra asignatura pendiente.

### El nuevo escenario sanitario de los noventa

Es difícil contar con datos fiables aplicables al gasto en salud mental. A falta de una información directa, disponemos de un indicador indirecto muy expresivo: el incremento de la aportación familiar directa en el caso de la atención de la esquizofrenia. En los años 2000-2002, la persona con esquizofrenia genera una carga económica a su familia mayor que a la Administración sanitaria<sup>47, 48</sup>.

El aumento del gasto relativo en salud mental se debe principalmente a la irrupción de nuevos medicamentos (antipsicóticos y antidepresivos).

Seguimos estando en el furgón de cola en cuanto a los índices de profesionales del sector de salud mental respecto de otros países europeos, de acuerdo a las cifras oficiales de la OMS<sup>46, 49, 50</sup>.

En los noventa se van a cuestionar algunos aspectos de la filosofía comunitaria de atención a la salud mental, uno de los ejes del Informe de la Comisión Ministerial, proponiendo recuperar elementos más tradicionales de la organización psiquiátrica.

En este periodo empieza a crecer el papel de los movimientos asociativos dentro del sector y los programas locales de apoyo sociosanitario a las personas con trastornos mentales.

La primera asociación española de familiares, allegados y allegadas de enfermos mentales se creó en Madrid en 1968. En 1983 se promueve la creación de una Federación Estatal de Asociaciones de Familiares de Enfermos Psíquicos, pero no será hasta 1991 cuando se consolide a nivel nacional con su transformación en la Confederación FEAFES, ya en su estructura actual y con sede en Madrid<sup>51</sup>.

A nivel europeo, también se asiste a cambios del papel del paciente respecto de su sistema sanitario, ahora más activo. Igual sentido tendrá la obligatoriedad legal de obtener consentimiento informado, la preocupación por mantenerle informado e informada y por contar con sus preferencias a la hora de tomar determinadas decisiones clínicas o los cambios en la organización de los sistemas sanitarios, ampliando las facilidades de elección de centro o médico.

Se inicia en estos años un cambio que irá tomando forma poco a poco hasta la actualidad, con la aparición de un nuevo perfil de paciente-ciudadano/a más responsable frente a su salud y la de su familia.

## Luces y sombras de la reforma

psiquiátrica<sup>40, 46, 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60</sup>

Podemos contemplar con cierta perspectiva el proceso de reformas iniciado en los años ochenta y valorar aquellos aspectos que han tenido una evolución más positiva frente a los problemas que, en mayor o menor grado, siguen pendientes de solución.

## Aspectos positivos

Hay un consenso muy general sobre aquellos aspectos en los que la reforma psiquiátrica española ha avanzado de forma muy positiva:

- Territorialización de los servicios de salud mental.
- Integración de la atención a la salud mental en la red sanitaria, consecuencia de la propia Ley de Sanidad, influyendo positivamente so-

bre la calidad de la atención y la propia percepción de la sociedad en general sobre la enfermedad mental.

- Reducción importante de las camas monográficas, en favor del desarrollo de camas activas dentro de la red de servicios de salud general.
- Desarrollo de una red de atención a la salud mental homologable en todo el país.
- Formación reglada de las y los profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogas y psicólogos clínicos, enfermería)<sup>30</sup>.

### Problemas pendientes

El consenso no es tan general a la hora de detallar los problemas pendientes de solución. Veamos algunos de ellos:

- Insuficiencia de recursos humanos especializados en salud mental.
- Insuficientes recursos de rehabilitación y reinserción social de calidad.
- Faltan en algunos territorios programas específicos bien desarrollados para grupos especialmente vulnerables (niños y niñas y adolescentes, ancianos y ancianas, inmigrantes, penados y penadas, etc.).
- Faltan una oferta más equitativa y mayor colaboración entre Comunidades Autónomas y otras Administraciones.
- Falta de una integración generalizada de la red de atención a las drogodependencias.
- Deficiencias en la organización de la información, coordinación y evaluación del sector de salud mental.
- Necesidad de una articulación más transversal y cooperativa de la red de salud mental en el ámbito del área sanitaria (servicios sociales, atención primaria, atención especializada y rehabilitación y reinserción social), que tenga en cuenta las necesidades específicas de las personas objeto de atención por este sector sanitario.
- Insuficiente desarrollo de los aspectos de prevención y de promoción de la salud mental, así como las tareas a llevar a cabo «en y con» la comunidad.

## 1.3.2. Análisis epidemiológico

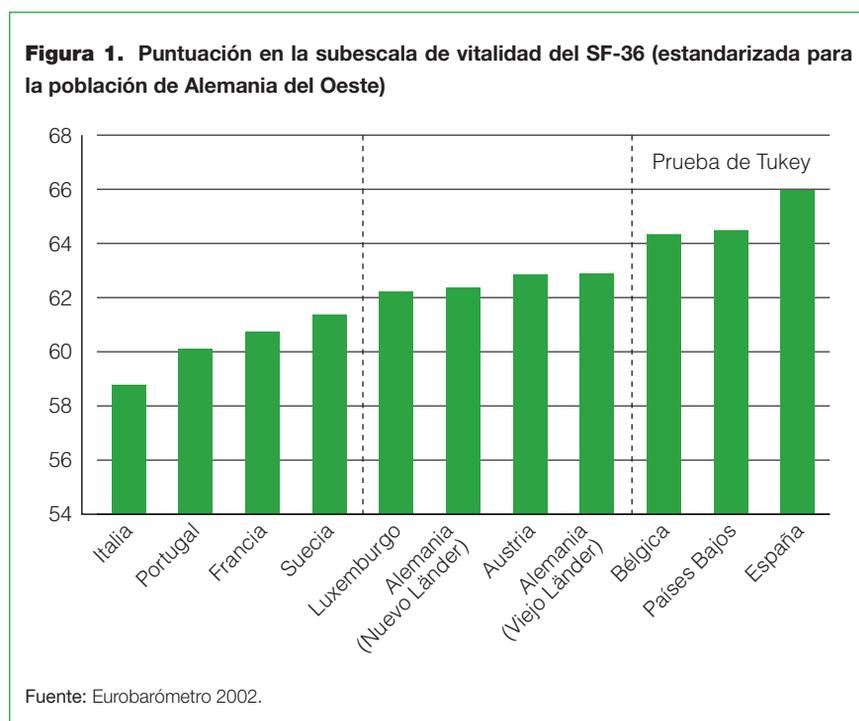
### La salud mental en positivo

La dimensión positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad. Entre las di-

mensiones que abarca se encuentran la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia.

La idea que se encuentra en la base de este concepto es que no basta con prevenir la enfermedad mental u otro tipo de alteraciones, sino que es necesario promover el desarrollo de una personalidad sana que, a su vez, permita la formación de familias, grupos y sociedades sanos.

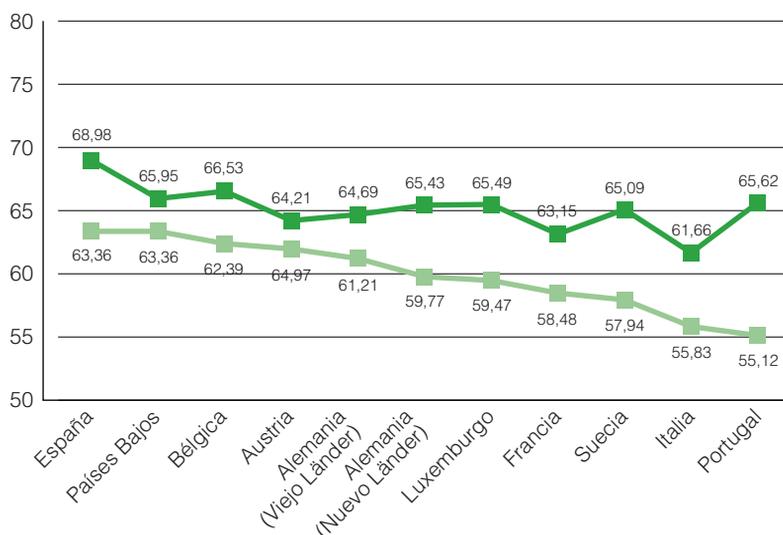
Aunque se dispone de diversas escalas y cuestionarios que permiten medir la salud mental, son pocos los estudios que aportan datos de este aspecto tanto en el ámbito europeo como español. Destacan los resultados de la encuesta del Eurobarómetro<sup>61</sup>, que entre los 15.531 ciudadanos estudiados incluye 951 españoles. En este estudio se ha utilizado una de las ocho subescalas del SF-36, que mide el bienestar psicológico y la energía y vitalidad percibidos (EVI)<sup>62,63</sup>. Esta subescala incluye cuatro preguntas con un rango de 0 a 100 (a mayor puntuación, mayor nivel de salud mental positiva). El cuestionario SF-36 ha sido adaptado y validado también en España<sup>64,65</sup> (figuras 1 y 2).



Italia, Portugal, Francia y Suiza son los países con menores puntuaciones, a diferencia de Bélgica, Holanda y España, que presentan el nivel más alto de salud mental positiva. Las diferencias entre los países son muy significativas.

En cuanto a la distribución por sexo, en España los hombres obtienen puntuaciones significativamente más altas que las mujeres en salud mental positiva. Esta diferencia se mantiene en todos los países incluidos en el estudio, siendo mínima en Holanda y Austria y máxima en Portugal, ocupando España un lugar intermedio.

**Figura 2. Salud mental positiva por sexo, medida por la subescala de vitalidad (SF-36)**



Fuente: Eurobarómetro 2002.

Uno de los factores de protección de la salud mental mejor estudiados es el apoyo social percibido. Para medirlo, en el Eurobarómetro se ha utilizado la escala de soporte social de 3-item Oslo<sup>66</sup>. La relación entre las puntuaciones de apoyo social y de salud mental es positiva y significativa en todos los países estudiados, excepto Finlandia. España presenta una de las correlaciones más altas entre apoyo social y salud mental (tabla 1).

Es interesante señalar que las puntuaciones en la escala de salud mental positiva no se corresponden de forma inversa con los datos de salud mental negativa, tal como sería esperable. La correlación que se obtiene en el Eurobarómetro entre el cuestionario MIH-5 (SF-36), con un umbral de problemas psicológicos en puntuaciones  $\leq 52$ , y el EVI (SF-36), para la muestra española del Eurobarómetro (N = 951), fue de 0,77.

**Tabla 1. Valores en la escala de energía y vitalidad (EVI) del SF-36 para la población española distribuidos por sexo y apoyo social percibido**

Variables		%	P
<b>Sexo</b>	Hombres	69,3	0,000
	Mujeres	63,6	
<b>Apoyo Social</b>	Pobre	51,7	0,000
	Intermedio	65,1	
	Fuerte	72,7	

Fuente: Eurobarometer 2002.

Trastornos mentales comunes (TMC) y trastornos mentales graves (TMG): prevalencia, incidencia y factores de riesgo

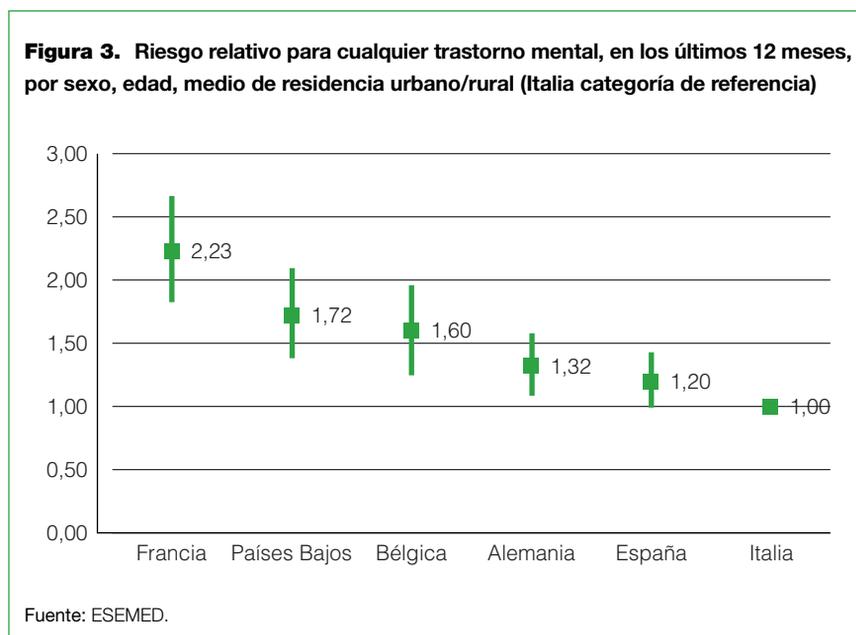
En el contexto de este informe, se considerarán trastornos mentales comunes aquellos que no requieren habitualmente la intervención de más de un profesional, y que incluyen los trastornos del estado de ánimo (distimia y episodio depresivo mayor unipolar) y los trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastornos fóbicos y trastorno por estrés postraumático).

### Trastornos mentales comunes

El estudio multicéntrico «Encuestas de Salud Mental», puesto en marcha por la Organización Mundial de la Salud, pretende estudiar la prevalencia de trastornos mentales, la discapacidad asociada y el tratamiento recibido por las personas con trastornos mentales a escala mundial<sup>67</sup>. Dentro de esta iniciativa, la participación europea (ESEMED: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) determinó que la tasa de prevalencia-vida en Europa para los trastornos mentales comunes (incluyendo en este caso los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) era del 25% (IC 95% 24,2-25,8) y la de prevalencia-año del 9,8 (IC 95% 9,1-10,1)<sup>68</sup>.

El estudio del Eurobarómetro concluye que la tasa de prevalencia de casos probables de trastorno mental común en Europa es el 23,4% de la población adulta. Los países con mayor prevalencia de casos probables en Europa son Francia (25,9%), Italia (30,2%) y Gran Bretaña (31,5%)<sup>61</sup>. En la estimación de la prevalencia se incluyen los trastornos por uso de alcohol.

Los estudios comparativos entre los países europeos demuestran diferencias significativas en las tasas de prevalencia de casos probables, incluso después de realizar un análisis ajustado por diversos factores sociodemográficos. Italia y España presentan las tasas más bajas, prácticamente la mitad que Francia (figura 3).



A diferencia de EE.UU. y de muchos países europeos que disponen de datos sobre prevalencia a nivel estatal, en España los datos epidemiológicos son incompletos y tienen una utilidad muy limitada para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general. Han sido escasos los estudios realizados sobre la epidemiología psiquiátrica, y los que se han llevado a cabo se han centrado en áreas geográficas pequeñas, con muestras relativamente pequeñas y/o no representativas de la población de España<sup>69, 70, 71, 72, 73, 74</sup>.

El estudio más reciente sobre la epidemiología de los trastornos psiquiátricos en la población general de España es la participación en el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)<sup>3</sup>. Este estudio, realizado en una muestra representativa de la población general

mayor de 18 años de seis países europeos (Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia), ha incluido en la muestra española a 5.473 personas.

La evaluación de las y los participantes se hizo utilizando la versión de la Composite International Diagnostic Interview<sup>75</sup>, desarrollada para la iniciativa Encuestas de Salud Mental de la OMS<sup>76, 77</sup>. Los diagnósticos considerados en esta encuesta son los trastornos de ansiedad, los trastornos del humor (incluyendo la depresión unipolar) y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. Estos últimos no han sido incluidos en el presente apartado ya que no forman parte de los trastornos mentales comunes.

Es importante señalar que en el estudio ESEMED no se evaluó la presencia de episodios maníacos, por lo que podría ocurrir que algunos de estos participantes tuviesen realmente un trastorno bipolar<sup>68</sup>.

Según los resultados de este estudio, un 20% de los participantes españoles había presentado algún trastorno mental en algún momento de su vida, y un 8,4% un trastorno en los últimos 12 meses. El trastorno mental más frecuente fue el episodio de depresión mayor —3,9% de prevalencia-año y 10,5% de prevalencia-vida—, seguido de la fobia específica y la distimia, con una prevalencia-vida de 4,52 y 3,65%, respectivamente. Por grupos de trastornos, los de ansiedad fueron ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%), aunque esta relación se invirtió al analizar la prevalencia-vida (9,3% frente a 11,4%), donde los trastornos del estado de ánimo resultaron mayoritarios.

La tasa de respuesta en España fue del 78,6%, la más alta de los países participantes. Aunque la representatividad de la muestra no ponderada es alta, existe una ligera mayor proporción de mujeres en la muestra que en la población española, un sesgo de participación frecuente en estudios poblacionales. No obstante, los datos ponderados muestran unos valores muy cercanos a los de la población española del Censo de 2001<sup>78</sup>.

En la tabla 2 se detalla la prevalencia de cualquier trastorno mental según las características sociodemográficas en la población española. En la tabla 3 se detallan la prevalencia-año y la prevalencia-vida de cualquier trastorno mental en la población española.

**Tabla 2. Tasa de prevalencia y odds ajustados para cualquier trastorno mental en población española en función de características sociodemográficas**

		Tasa de prevalencia	OR ajustados (IC 95%)
Sexo	Hombres	5,2	—
	Mujeres	11,4	2,4 (1,8-3,1)
Edad	18-24 años	10,1	—
	25-34 años	8,5	0,7 (0,4-1,2)
	35-49 años	8,4	0,7 (0,4-1,1)
	50-64 años	9,1	0,6 (0,4-1)
	Mayores 65 años	6,6	0,3 (0,2-0,7)
Estado civil	Casado o en pareja	7,7	—
	Previamente casado	12,9	1,7 (1,2-2,4)
	Nunca casado	8,8	Ns
Nivel de estudios	0-4 años estudios	9,1	—
	5-8 años	8,5	Ns
	9-12 años	8,5	Ns
	Más de 13 años	8,2	Ns
Tamaño del municipio	< 10.000 hab.	7,9	—
	10.000-15.000 hab.	8,4	Ns
	50.000-500.000 hab.	8	Ns
	Más 500.000 hab.	10,1	Ns
Situación laboral	Empleo remunerado	7,4	—
	Desempleado	14,7	1,8 (1,2-2,9)
	Jubilado	6,2	1,2 (0,7-2)
	Ama de casa	9,7	Ns
	Estudiante	7,3	Ns
	Baja maternal	7,3	Ns
	Baja enfermedad	15,4	2,4 (1,2-4,8)
	Discapacitado	19,4	3,4 (2-5,8)
	Otros	12,9	Ns
	NS/NC	2,8	Ns

Fuente: ESEMED. Ns: No significativo.

**Tabla 3. Tasas de prevalencia-año y prevalencia-vida por sexo de cualquier trastorno mental en población española, clasificada según DSM-IV**

Cualquier trastorno mental	Total	Hombres	Mujeres
Prevalencia año (IC 95%)	8,48 (7,53-9,42)	5,25 (4,17-6,33)	11,44 (10,02-12,86)
Prevalencia vida (IC 95%)	19,46 (18,09-20,82)	15,67 (13,86-17,48)	22,93 (21,9-24,78)

Fuente: ESEMED.

Los problemas de salud mental afectan más a las mujeres que a los varones. Al comparar España con respecto a otros países se observa la misma tendencia<sup>79</sup>. Italia y España son los países europeos donde las mujeres tienen un mayor riesgo de padecer un trastorno mental en los últimos 12 meses (OR = 2,34 en España y OR = 2,57 en Italia)<sup>68</sup>. Se ha sugerido que el gradiente socioeconómico de salud y las desigualdades económicas entre mujeres y hombres, así como la violencia de género y la continua responsabilidad del cuidado de otras personas, contribuyen a que las mujeres tengan peores resultados en salud mental, sobre todo asociándose con depresión<sup>80</sup>.

La prevalencia de los trastornos afectivos aumenta con la edad, siendo del 25% en los mayores de 65 años y del 22,3% entre los 45-64 años.

Los trastornos como la fobia social, agorafobia y fobia específica aparecen a edades más tempranas, mientras que los trastornos de ánimo, como episodio depresivo mayor o distimia y el trastorno de angustia, muestran una aparición más tardía, situándose su mediana de edad de inicio a partir de los 40 años.

En la tabla 4 se recoge la prevalencia por grupos de edad.

**Tabla 4. Prevalencia de trastornos mentales comunes en población española clasificados según DSM-IV por grupos de edad**

Edad	Cualquier trastorno mental	Trastorno afectivo o del estado de ánimo	Trastorno de ansiedad
18-24 años	10,1	3,8	7,8
25-34 años	8,5	3,4	4,2
35-49 años	8,4	4,5	4,5
50-64 años	9,1	5,4	6
Mayores 65 años	6,6	4,4	3,9

Fuente: ESEMED.

La edad de inicio de los trastornos de ansiedad es menor que la de los depresivos. Esta asociación podría indicar que muchas personas que presentan trastornos de ansiedad durante la niñez, adolescencia o primeros años de la vida adulta tendrían un mayor riesgo de desarrollar un trastorno depresivo posterior. Por lo tanto, un abordaje terapéutico temprano de los trastornos de ansiedad puede prevenir la aparición de posteriores trastornos depresivos.

Según los datos del estudio Eurobarómetro 2002, el 43,1% de la po-

blación española en situación de viudedad y el 29,6% de la divorciada padecen trastornos mentales, siendo menor la proporción afectada con patología mental entre los que viven con pareja (16,8%)<sup>61</sup>. Esta influencia del estado civil varía entre países: mientras que en España, Grecia o Italia estos trastornos afectan principalmente a los viudos, en Francia e Irlanda son las personas divorciadas el grupo de población más afectado.

Si se analiza la situación laboral, los trastornos mentales afectan al 20,2% de la población adulta desempleada y al 15,6% de la población jubilada en España. Los grupos con un nivel de ingresos económicos bajo y en paro muestran consistencia en todos estos estudios para ser considerados factores de riesgo para el trastorno depresivo mayor, con medidas de impacto que varían entre *Odds Ratio* de 1,5 a 3, siendo el efecto más marcado para los hombres que para las mujeres.

Vivir en zonas urbanas es también un factor de riesgo para padecer un trastorno mental a lo largo de la vida. El 8,63% de la población que reside en medio urbano ha tenido algún problema de salud mental en el último año, frente al 7,5% en la población rural<sup>61</sup>. La prevalencia-año de trastorno mental en el medio urbano oscila desde el 7% en Italia hasta el 16% en Francia.

## Trastornos del estado de ánimo

Entre los trastornos del estado de ánimo, el más frecuente es el episodio depresivo mayor. Aproximadamente, un 10% de la población adulta lo padecerá en algún momento de su vida y un 4% lo ha padecido en el último año (tablas 5 y 6).

**Tabla 5. Prevalencia-vida de los principales trastornos del estado de ánimo siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)**

	Trastornos del estado de ánimo (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Episodio depresivo mayor	10,55	6,29	14,47
Distimia	3,65	1,85	5,29
<b>Cualquier trastorno del ánimo (IC 95%)</b>	<b>11,47 (10,45-12,49)</b>	<b>6,71 (5,49-7,93)</b>	<b>15,85 (14,34-17,36)</b>

Fuente: ESEMED.

**Tabla 6. Prevalencia-año de los trastornos del estado de ánimo siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)**

	Trastornos del estado de ánimo (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Episodio depresivo mayor	3,96	2,15	5,62
Distimia	1,49	0,52	2,38
Cualquier trastorno del ánimo (IC 95%)	4,37 (3,71-5,04)	2,33 (1,61-3,04)	6,25 (5,20-7,30)

Fuente: ESEMED.

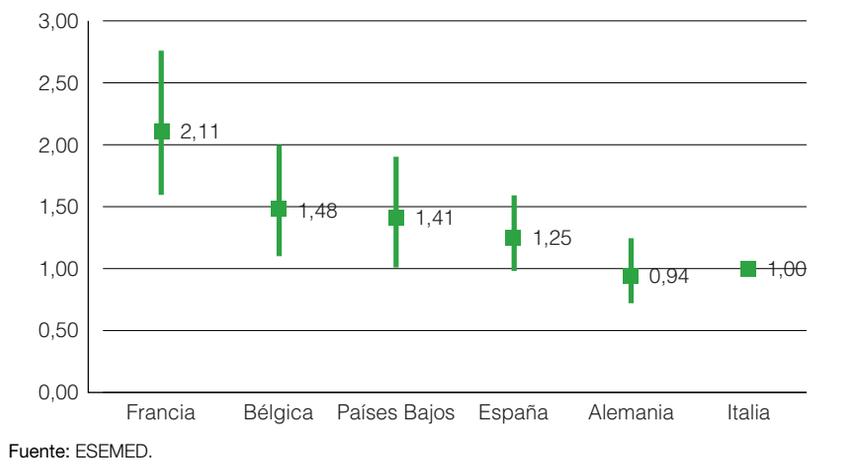
Los trastornos del estado de ánimo constituyen la principal causa de discapacidad entre los trastornos mentales<sup>81</sup>, destacando la depresión mayor, que ocupa el cuarto lugar en cuanto a causas de discapacidad y se prevé que para el 2020 pase a ser la segunda causa<sup>82</sup>.

Los principales factores de riesgo para los trastornos del estado de ánimo se relacionan con la situación laboral de la población. En España, las personas de baja por enfermedad, con descanso por maternidad, en situación de desempleo y las que presentan discapacidad tienen entre 3 y 6 veces más riesgo que las que disfrutaban de empleo remunerado, OR 3,4 (IC 95% 1,6-7,4), 2,2 (IC 95% 1,3-3,8) y 6,7 (IC 95% 3,6-12,4), respectivamente. La población jubilada presenta 2 veces más riesgo de padecer un trastorno del estado de ánimo en los últimos 12 meses, comparada con la población con empleo remunerado (OR = 2, IC 95% 1-3,9)<sup>83</sup>.

En España, los trastornos del estado de ánimo se asocian con el sexo y el estado civil del sujeto. Las mujeres tienen 2,8 veces más probabilidades de padecer estos trastornos que los varones (OR = 2,8, IC 95% 1,9-4), y los que han estado previamente casados tienen más probabilidad de presentar trastornos en el estado de ánimo en los últimos 12 meses (OR 1,6, IC 95% 1,0-2,4) con respecto a los solteros<sup>83</sup>.

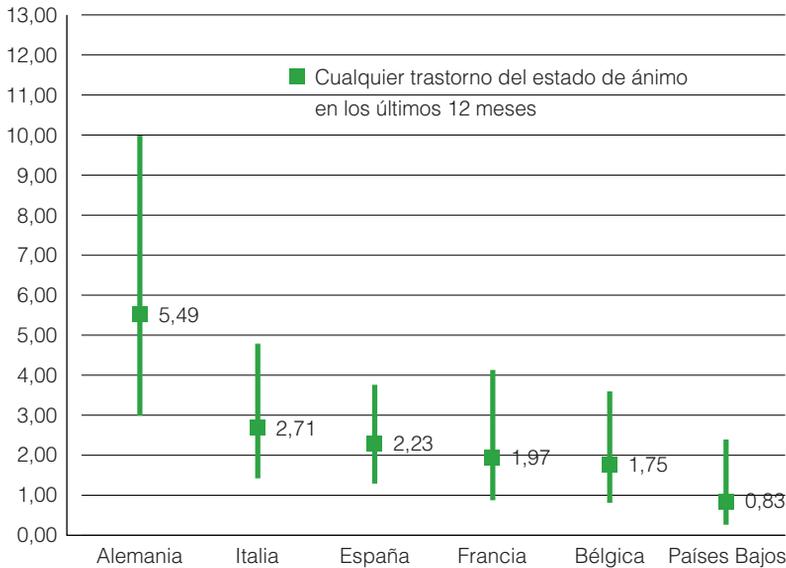
La distribución de las tasas de prevalencia-año de los trastornos de ánimo en los países europeos incluidos en el estudio ESEMED presenta diferencias altamente significativas. Así, Francia tiene una tasa 2 veces superior a las de Alemania e Italia, mientras que España se sitúa en una posición intermedia (figura 4).

**Figura 4. Riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo en los últimos 12 meses en seis países de la EU. OR ajustados por sexo, edad y lugar de residencia (Italia categoría referencia)**



Las diferencias de prevalencia se hacen todavía más acusadas en relación con el efecto del desempleo. Mientras que en Holanda no hay diferencias en la prevalencia entre las personas con y sin empleo, en Alemania las personas en desempleo presentan una tasa 5,5 veces mayor. España se sitúa de nuevo aquí en una posición intermedia (figura 5).

**Figura 5. Riesgo relativo de padecer cualquier trastorno del estado de ánimo en los últimos 12 meses en función de la situación laboral por países, ajustado por edad y sexo, comparando población desempleada con respecto a personas con empleo remunerado**



Fuente: ESEMED.

## Trastornos de ansiedad

Por grupos de trastornos, los de ansiedad son ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo, según los datos de prevalencia-año (5,1% frente a 4,3%). Aunque esta relación se invierte al analizar la prevalencia-vida (9,3% frente a 11,4%), donde los trastornos del estado de ánimo resultaron mayoritarios.

El trastorno más frecuente es la fobia específica, seguido de la ansiedad generalizada y el trastorno de angustia.

La prevalencia-año de los trastornos de ansiedad en las mujeres es mayor que en los hombres, prácticamente el doble, excepto en el caso de la fobia social, donde las diferencias son menores. Lo mismo ocurre con las tasas de prevalencia-vida, aunque de forma menos acusada (tablas 7 y 8).

El factor principal asociado con cualquier trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses en nuestro país fue la situación laboral. Los OR ajustados de padecer un trastorno de ansiedad entre las personas de baja por enfermedad, descanso maternal o desempleadas respecto a las que estaban tra-

bajando fueron 6,7 (IC 95% 3,6-12,4), 3,4 (IC 95% 1,6-7,4) y 2,2 (IC 95% 1,3-3,8), respectivamente. Otros factores marginalmente asociados significativamente fueron el estar previamente casado frente a no estar casado (OR ajustado 1,6, IC 95% 1,0-2,4)<sup>83</sup>.

**Tabla 7. Prevalencia-año de los trastornos de ansiedad, siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)**

	Trastornos de ansiedad (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Ansiedad generalizada	0,83	0,44	1,18
Fobia social	0,60	0,57	0,64
Fobia específica	2,76	1,19	4,20
Trastorno por estrés postraumático	0,61	0,25	0,94
Agorafobia	0,39	0,15	0,60
Trastorno de angustia	0,69	0,38	0,98
<b>Cualquier trastorno de ansiedad IC 95%</b>	<b>5,17 (4,44-5,91)</b>	<b>2,53 (1,74-3,31)</b>	<b>7,61 (6,41-8,80)</b>

Fuente: ESEMED.

**Tabla 8. Prevalencia-vida de los trastornos de ansiedad, siguiendo los criterios DSM-IV (Datos ponderados a la población española)**

	Trastornos de ansiedad (%)		
	Total	Hombres	Mujeres
Ansiedad generalizada	1,89	1,15	2,57
Fobia social	1,17	1,06	1,28
Fobia específica	4,52	2,32	6,54
Trastorno por estrés postraumático	1,95	1,06	2,79
Agorafobia	0,62	0,47	0,76
Trastorno de angustia	1,70	0,95	2,39
<b>Cualquier trastorno de ansiedad IC 95%</b>	<b>9,39 (8,41-10,37)</b>	<b>5,71 (4,57-6,85)</b>	<b>12,76 (11,24-14,29)</b>

Fuente: ESEMED.

## Comorbilidad de los trastornos mentales comunes

La comorbilidad entre los trastornos mentales, especialmente entre los de ansiedad y depresión, es alta. De todas las personas evaluadas que presentaron un trastorno del estado de ánimo, un 38% presentó un trastorno de ansiedad<sup>77</sup>.

En lo referente a los diagnósticos específicos hay que destacar que las dos categorías de trastornos del estado de ánimo presentaron una alta comorbilidad, siendo mayor en la distimia (74,4% distimia vs. 56,1% depresión mayor).

Los trastornos de ansiedad presentaron las mayores proporciones de comorbilidad: 79,7% el trastorno de ansiedad generalizada, 63,1% el trastorno por angustia, 59,6% el trastorno por estrés postraumático y 58% la agorafobia. La fobia específica fue el trastorno que mostró la proporción menor de comorbilidad, tan sólo el 21,7%.

## Trastornos mentales graves

Con el desarrollo de la reforma psiquiátrica y los procesos de desinstitucionalización, se produjo entre las autoridades sanitarias la necesidad de conocer la situación de las personas con trastornos mentales graves. Para diferenciarlos de los trastornos mentales comunes (más frecuentes y, por regla general, menos discapacitantes), se han establecido criterios basados en la gravedad clínica, el grado de discapacidad y el nivel de dependencia<sup>84</sup>. La mayor parte de estudios se han centrado en la esquizofrenia y el trastorno bipolar, si bien es necesario señalar que, en este grupo, se pueden incluir otros trastornos como el obsesivo-compulsivo, los trastornos de personalidad o los alimentarios, cuando se manifiestan con una gravedad elevada y requieren para su abordaje la intervención de varios profesionales de distintas disciplinas.

Los estudios epidemiológicos de los trastornos mentales graves se basan en dos fuentes de información, como son estudios poblacionales y estudios basados en Sistemas de Información Sanitaria. Al no ser métodos homologables, no es posible dar cifras unitarias de prevalencia. A esta dificultad se añade la variedad de sistemas de clasificación utilizados en los diversos estudios (DSM-IV, CIE-10, CIE-9). De todas formas, a pesar de ello, hay amplio consenso en torno (utilizando combinación de fuentes) a que los trastornos mentales graves afectan a un 2,5-3% de la población adulta<sup>81,85,86,87</sup>.

Se han estimado tasas de incidencia para el trastorno esquizofrénico de 0,16 a 0,42 por 1.000 habitantes<sup>88</sup>. En un estudio español se encontraron tasas de 0,13 a 0,19 por 1.000 habitantes y, a diferencia de otros estudios, no

se detectaron diferencias por sexo<sup>89</sup>. En estudios como el *WHO Collaborative Study on Determinants of Outcome of Severe Mental Disorders*<sup>90</sup> se encuentra una incidencia superior en hombres que en mujeres (relación aproximadamente de 1.5), llegándose a la conclusión, tras el metaanálisis realizado por Alemán<sup>91</sup>, que el sexo masculino es un factor de riesgo mayor para una forma de esquizofrenia más severa y, por tanto, más fácilmente reconocible. El análisis por grupos de edad confirma que en los grupos más jóvenes el riesgo es mayor en hombres, mientras que en el grupo de edad mayor de 40 años el riesgo es superior en mujeres, siendo en todos los casos la edad de inicio inferior en los hombres<sup>92,93,94</sup>.

Se han descrito grandes diferencias en la prevalencia de esquizofrenia entre países<sup>95</sup>, con cifras que varían desde el 0,3 por 1.000 en Canadá al 11 por 1.000 en EE.UU.<sup>96</sup>. La prevalencia de esquizofrenia estimada en el estudio poblacional NEMESIS, sobre una población de 18-64 años en Holanda, señala que la prevalencia-vida de esquizofrenia fue del 0,4%<sup>97</sup>. En Finlandia, el país con mayor prevalencia de esquizofrenia, alcanzó el 1,3% en los años ochenta<sup>98</sup>.

En la población española incluida en el estudio ESEMED, en base a la submuestra evaluada en la fase de reentrevista clínica, se concluyó que la frecuencia de esquizofrenia y trastornos afines estaría en alrededor del 7 por 1.000, similar a la hallada en estudios internacionales (resultados aún no publicados; datos procedentes del estudio ESEMED en España)<sup>83</sup>. La prevalencia asistida de esquizofrenia obtenida por medio de los siete registros de casos que funcionaban en España en 1998 se sitúa entre 2 y 4,5 por 1.000 (tabla 9).

**Tabla 9. Prevalencia de la esquizofrenia y trastornos afines según registros de casos españoles. Año 1998. Tasas estandarizadas para 1.000 habitantes**

Registros casos psiquiátricos	Tasa estandarizada para 1.000 habitantes
Álava	1,98
Asturias	2,16
Granada Sur	2,40
Navarra	2,70
La Rioja	3,10
Guipúzcoa	3,22
Vizcaya	4,51

Fuente: B. Moreno, *El registro de casos de esquizofrenia de Granada*, Madrid, AEN, 2005.

La variabilidad entre estudios en el trastorno bipolar es aún mayor que la encontrada en el caso de la esquizofrenia, ya que a las posibles diferencias reales se añaden la dificultad de la detección (limitaciones de los instrumentos utilizados como la CIDI) y la variabilidad de los criterios diagnósticos (inclusión o no de bipolares tipo II). La mayor parte de los estudios dan unas cifras de prevalencia para el trastorno bipolar alrededor del 0,5-1%, aunque el estudio que probablemente ha empleado un mayor rigor metodológico encuentra una prevalencia inferior del trastorno bipolar I del 0,4%<sup>99</sup>. No existen datos sobre la epidemiología del trastorno bipolar en España.

### **La carga familiar de los trastornos mentales graves**

En la mayoría de los países que han evolucionado desde un modelo custodial centrado en la hospitalización a un modelo de atención basado en la comunidad, el desarrollo de la red de dispositivos y servicios específicos para atender a la población desinstitutionalizada ha llegado con retraso y, generalmente, de forma insuficiente. Como consecuencia, se ha observado que la mayor fuente de ayuda que tienen las personas que sufren trastornos mentales graves y de duración prolongada para resolver sus necesidades es la familia<sup>100</sup>. Así, la prestación de atención y cuidados en salud en España por parte de cuidadoras y cuidadores informales supone el 88% del total de la atención<sup>101</sup>. Según la información recogida en la Encuesta Nacional de Discapacidad (INE, 1999) y la posterior explotación de los datos referentes a la población con trastorno mental grave<sup>102</sup>, el cien por cien de los encuestados que contestan reciben cuidados de parte de sus familiares, siendo la presencia de una cuidadora o cuidador formal anecdótica.

Prestar cuidados a un familiar con un trastorno mental tiene un claro y mensurable impacto sobre las y los miembros de una familia, que se describe generalmente como «carga familiar»<sup>103</sup>. Actualmente existen escasos estudios en nuestro entorno que analicen la carga que representa para la familia el hacerse cargo de una persona con trastorno mental grave y de larga duración. Los estudios que nos encontramos son la mayoría de carácter local, con muestras reducidas y poco generalizables, ya que gran parte de ellos se han realizado en pacientes hospitalizados o pertenecientes a asociaciones de familiares, enfermas y enfermos. No obstante, todos coinciden en que existe un perfil característico de la persona que cuida: ser mujer, generalmente esposa o hija, entre unos 50-65 años, ama de casa y con un nivel cultural medio<sup>104</sup>.

Los estudios disponibles coinciden en señalar porcentajes elevados de carga asociada a la prestación de cuidados. El cuidador o cuidadora principal

llega a ceder gran parte de su tiempo, más de 60 horas a la semana, y durante años. El último estudio del IMSERSO<sup>102</sup> da los siguientes datos sobre el porcentaje dedicado al cuidado íntegro de la persona enferma, en detrimento de su vida personal y social: reducción del tiempo dedicado al trabajo o estudios (25,56%), incluso al trabajo doméstico en mujeres más jóvenes (46,73%), al tiempo dedicado a la vida familiar (42,16%), así como una importante reducción en las actividades de ocio y tiempo libre (58,87%). En cambio, según un estudio con una muestra ambulatoria y donde la carga se cuantifica a través de un instrumento validado<sup>105</sup>, los cuidadores y las cuidadoras dedican un menor número de horas semanales al cuidado del o de la paciente (media de 11 horas a la semana), sin recibir ayuda de otras personas cuidadoras en su tarea (40%). El 44,8% de las personas que cuidan ven alterada su rutina diaria por atender a los y las pacientes, y una proporción semejante reconoce haber sufrido pérdidas significativas de oportunidades sociolaborales a lo largo de la vida por la enfermedad de su familiar.

Este tipo de atención no sólo incluye una atención personal, sanitaria y doméstica, sino que también incluye a menudo una relación emocional. Estas tareas generan, según el estudio arriba mencionado, malestar al 88,1% de las cuidadoras y cuidadores, y al menos la mitad de ellos viven siempre preocupados. Es frecuente, por tanto, que los y las familiares experimenten niveles elevados de preocupación y estrés, presenten un amplio rango de respuestas emocionales y tengan redes sociales reducidas, con los problemas resultantes de aislamiento y de estigma, y, además, encuentren muy difícil enfrentarse a las conductas disruptivas, a los síntomas negativos y a la discapacidad<sup>106</sup>.

Desde los servicios de salud mental se les solicita que vigilen la adherencia al plan terapéutico, movilicen al enfermo o enferma, controlen las conductas disruptivas, y todo ello sin una dotación de sistemas de apoyo adecuados. Este tipo de cuidados, complejos y con importantes implicaciones emocionales, puede repercutir a su vez en un deterioro de la propia salud. De hecho, algunos estudios señalan que la morbilidad psiquiátrica de este grupo de población es el doble de la esperada<sup>107</sup>.

En general, llama la atención el escaso porcentaje (3,15% de los encuestados) que declara tener ingresos por hijo o hija a cargo, así como es muy escaso el porcentaje de aquellos que reciben algún tipo de ayuda de las Administraciones públicas en el domicilio (4,86%)<sup>102</sup>. Según esta misma fuente, la financiación más habitual de estos hogares es a través de pensiones, constituyendo la pensión no contributiva la fuente principal de ingresos para el 37% de los hogares, por lo que difícilmente pueden buscar sus propios medios de descanso o contratar a personas cuidadoras formales.

## Enfermedad mental y discapacidad

En el año 2001, la OMS estima que un tercio de los años vividos con discapacidad se atribuyen a los trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de estos años se deben únicamente a la depresión, y aproximadamente el 2,1% se relacionan con el suicidio. Entre las principales causas de discapacidad se encuentran la depresión, los trastornos por uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

El total de personas con un certificado de discapacidad por causa psíquica (discapacidad superior al 33%) era de 126.000 en 1999, 193.243 en 2001 y 204.066 en 2005. La desagregación de datos para 1999 aparece en la tabla 10 (señalar que un 21,3% eran casos de demencia).

**Tabla 10. Personas con certificado de minusvalía (discapacidad superior a 33%) por causa psíquica, excluyendo discapacidad intelectual, en 1999 (número de casos: 126.717)**

	% sobre casos	Hombres	Mujeres	N.º de casos	Razón h./m.
Psicosis	29,8	21.751	16.011	37.762	136
Demencia y trastorno mental orgánico	21,3	8.367	18.624	26.991	45
Trastorno del humor, la afectividad o distímicos	19,7	5.242	19.721	24.963	27
Trastornos de personalidad	8,3	3.513	7.005	10.518	50
Patología psiquiátrica infantil	5,9	5.340	2.086	7.476	258
Neurosis	5,7	2.384	4.839	7.223	49
Dependencia de sustancias psicoactivas	2,1	2.182	479	2.661	456
Diagnóstico no reflejado	4,5	3.336	2.366	5.702	456
Otros	2,7			3.421	

Fuente: Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad. Elaboración: IMSERSO. Área de Valoración.

Sólo los casos con un grado de discapacidad superior al 65% tienen derecho a la pensión no contributiva por discapacidad, cuya media mensual fue de 292 euros en 2005. En 2001, 33.205 personas de menos de 65 años recibían una pensión no contributiva por problemas psíquicos (trastorno mental grave y discapacidad intelectual). Un grado de minusvalía del 75%

identifica, hasta ahora, la situación de dependencia de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria (ello aumenta la cantidad percibida por la pensión de invalidez no contributiva y también da lugar a unos mayores beneficios fiscales).

Según datos del IMSERSO, los subsidios sujetos a la Ley del Minusválido se han prestado a 8.895 personas por trastornos psíquicos en 2001 (excluyendo discapacidad psíquica)<sup>108</sup>.

Los trastornos mentales en la infancia, la adolescencia y la edad avanzada

### **Prevalencia de trastornos mentales en infancia y adolescencia**

No se han llevado a cabo en España estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia en población general y de ámbito nacional. Sí existen, sin embargo, algunas encuestas comunitarias que aportan información relevante, aunque limitadas a una determinada área geográfica. No cabe hacer generalizaciones a partir de sus resultados, pero, en ausencia de una información más representativa, se describen a continuación algunos datos referidos a los trastornos más comunes.

En la tabla 11 se presenta la prevalencia de trastornos mentales estimada para el municipio de Valencia en 1994, basada en una muestra aleatoria tomada del Censo de Población de 1.200 niños y niñas de 8, 11 y 15 años, y confirmada con entrevista diagnóstica. La prevalencia global de trastornos fue de 21,7% (índice de masculinidad = 1,3), pero si se consideran solamente los trastornos moderados y graves (GAF < 60) la prevalencia fue de 4,4% (índice de masculinidad = 1)<sup>109</sup>. De los niños y niñas diagnosticados, un 16% de los casos ya estaban en tratamiento, tres de cada cuatro en los servicios públicos.

**Tabla 11. Prevalencia estimada, ajustada por edad de trastornos mentales según criterios DSM-III-R**

	8 años		11 años		15 años	
	%	(ES)	%	(ES)	%	(ES)
Trastorno de eliminación	11,1	(3,4)	2,2	(1,9)	—	—
Tics	6,4	(2,9)	0,6	(0,4)	4,9	(2,7)
Conducta perturbadora	1,7	(0,7)	4,1	(2,0)	6,9	(2,8)
Trastorno déficit de atención e hiperactividad	14,4	(3,5)	5,3	(2,1)	3,0	(1,9)
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,3	(0,3)	0,3	(0,3)	—	—
Trastorno del sueño	0,7	(0,5)	4,4	(2,6)	4,9	(2,6)
Trastorno fóbico	0,7	(0,5)	2,5	(1,9)	1,9	(1,8)
Trastorno ansiedad de separación	1,7	(0,7)	1,2	(0,6)	—	—
Trastorno ansiedad	1,7	(0,7)	4,1	(2,0)	6,7	(2,8)
Trastorno depresivo	0,7	(0,5)	0,9	(0,5)	2,5	(1,9)

Fuente: Gómez Beneyto M, Bonet A, Catalá MA et al. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. Acta Psychiatric Scand 1994; 89: 352-357.

En otro estudio específico sobre los trastornos de conducta de intensidad moderada/grave, que son los que representan una mayor problemática social a corto y a largo plazo, encuentran una prevalencia del 5%, algo menor en las niñas<sup>110</sup>.

Los trastornos alimentarios han sido objeto de estudio epidemiológico en varias Comunidades Autónomas. En Navarra, mediante una encuesta poblacional basada en 1.076 niñas de 13 años, se estimó una incidencia en un periodo de 18 meses de 4,8%, aunque el 82% de los diagnósticos se correspondieron a trastornos alimentarios no especificados<sup>111</sup> (tabla 12).

**Tabla 12. Tasa de incidencia en 18 meses de los trastornos alimentarios según criterios DSM-IV**

Trastorno alimentario	Porcentaje (IC 95%)
Anorexia mental	0,3 (0,16-0,48)
Bulimia	0,3 (0,15-0,49)
Trastornos alimentarios no específicos	4,2 (2,04-6,34)
<b>Total</b>	<b>4,8 (2,84-6,82)</b>

Fuente: Lahortiga-Ramos F, De Irala Estévez J, Cano-Proas A, Gual-García P et al. Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). Eur Psychiatry 2005; 20: 179-185.

La prevalencia global de trastornos alimentarios ha sido estimada entre 3,7% en Ciudad Real (índice de masculinidad = 10)<sup>112</sup> y 4,7% en adolescentes escolarizados de Madrid<sup>113</sup>, en todos ellos con tasas de anorexia en torno al 0,3%. En este último estudio se comparó la evolución de las tasas entre 1985 y 1993, encontrando un incremento de la anorexia de 0,3 a 0,69%. Sin embargo, la validez del hallazgo está seriamente limitada porque no se utilizaron entrevistas diagnósticas estandarizadas.

### Prevalencia de trastornos mentales en la edad avanzada

En España se han realizado varios estudios epidemiológicos comunitarios para estimar la prevalencia de trastornos mentales en la población general con edad avanzada, pero, como ocurre en el caso de los trastornos de la infancia y adolescencia, ninguno de ellos de ámbito nacional.

En Zaragoza, sobre una muestra aleatoria de 1.080 personas de población general, utilizando una entrevista diagnóstica, se detectó una prevalencia global de trastornos mentales en personas mayores de 65 años del 11,9% (demencia, 5,5%; depresión, 4,8%, y otros trastornos, 1,6%)<sup>114</sup>.

Las tasas de prevalencia de demencia en la población geriátrica de Zaragoza por grupos de edad y sexo confirman el incremento de la prevalencia con la edad: a partir de los 65 años, por intervalos de cinco años, las tasas fueron de 0,7, 3,0, 4,7, 11,5, 14,6 y 30,0%. Las demencias fueron más frecuentes en hombres (6,4%) que en mujeres (4,8%), pero sin alcanzar significación estadística<sup>115</sup>.

En Galicia, utilizando el DIS-III también en población general, en una muestra aleatoria de 3.580 personas mayores de 60 años, se encontró

una tasa de prevalencia global del 24% (índice de masculinidad = 0,3) y del 16,6% si se excluye el déficit cognitivo, con el siguiente patrón de morbilidad: depresión mayor, 5,5; distimia, 5,6; trastornos de ansiedad y somatoformes, 7,1; fobias, 5,3; trastorno de angustia, 0,8; trastorno obsesivo-compulsivo, 0,9; trastornos por mal uso de sustancias, 2,1, y deterioro cognitivo grave, 7,8<sup>116</sup>.

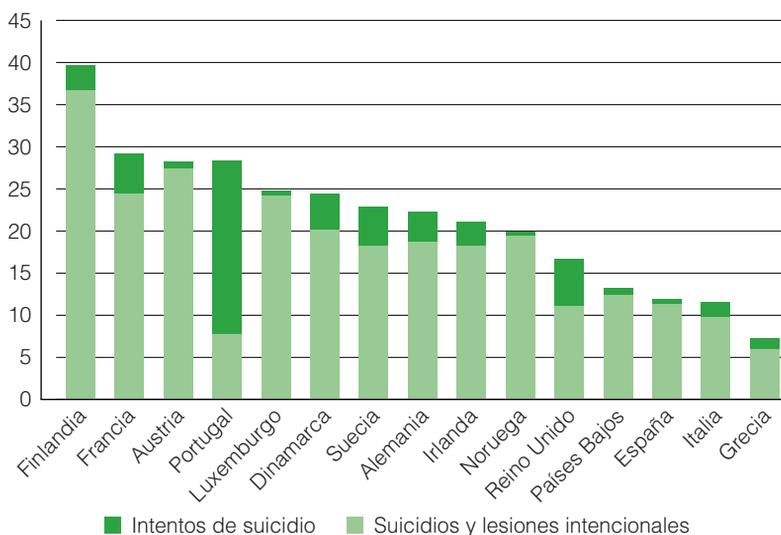
## **El suicidio**

Existen discrepancias con respecto a las tasas de suicidio entre países de la Unión Europea. Las tasas anuales oscilan desde 3 muertes por cada 100.000 habitantes en Grecia, hasta 24 muertes por cada 100.000 habitantes en Finlandia en 1997.

La tasa de suicidio ha disminuido en Europa en los últimos 20 años, principalmente entre los varones, en todos los países excepto en Irlanda y, en menor grado, en España y Luxemburgo, y las diferencias encontradas pueden explicarse porque el método de registro de mortalidad utilizado no es uniforme por países. Esta variación en las tasas de suicidio entre los países también puede ser parcialmente explicada por factores culturales y sociales<sup>117</sup>. En países donde el suicidio está estigmatizado, es más probable que se determine como causa de muerte no definida o indeterminada o por otras causas<sup>118</sup>.

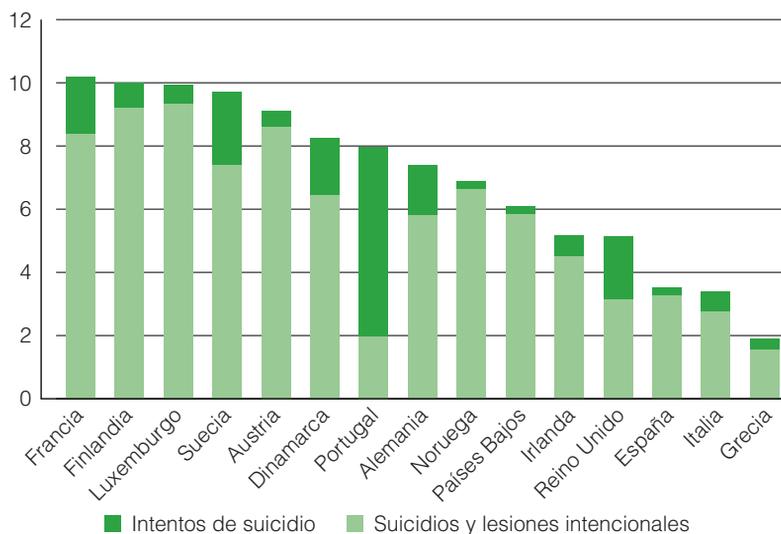
Las tasas de suicidio son superiores entre los hombres. La razón de suicidio según el género del mismo varía entre países de Europa, con una relación hombre/mujer de 3,1 (figuras 6 y 7).

**Figura 6. Defunciones por suicidio, lesiones intencionales e intentos de suicidio en varones por países en Europa, en el año 1999**



Fuente: Eurostat New Cronos.

**Figura 7. Defunciones por suicidio, lesiones intencionales e intentos de suicidio en mujeres por países en Europa, en el año 1999**



Fuente: Eurostat New Cronos.

Los factores de riesgo asociados con el suicidio en población mayor son principalmente la presencia de condiciones o enfermedades crónicas asociadas, estado terminal de la enfermedad, trastornos psiquiátricos (sobre todo depresión), conflictos o estrés en la relaciones interpersonales, aislamiento social, la soledad y el abuso de sustancias<sup>119,120</sup>. El suicidio, según las predicciones, llegará a ser la décima causa más frecuente de muerte en el mundo en el año 2020<sup>121</sup>.

En España, la tasa de suicidio, desde el año 1999 hasta el año 2004, oscila entre 7,83 y 8,42 suicidios por cada 100.000 habitantes, siendo superiores las tasas en varones con respecto a las mujeres, como se muestra en las tablas 13 y 14.

**Tabla 13. Evolución de las defunciones y tasas de suicidio por 100.000 habitantes en España, 1999-2004**

	Defunciones	Tasa por 100.000 habitantes
<b>1999</b>		
Varones	2.410	12,32
Mujeres	808	3,98
<b>Total</b>	<b>3.218</b>	<b>8,06</b>
<b>2000</b>		
Varones	2.474	13,05
Mujeres	819	3,98
<b>Total</b>	<b>3.393</b>	<b>8,42</b>
<b>2001</b>		
Varones	2.430	12,17
Mujeres	759	3,65
<b>Total</b>	<b>3.189</b>	<b>7,83</b>
<b>2002</b>		
Varones	2.554	12,6
Mujeres	817	3,88
<b>Total</b>	<b>3.371</b>	<b>8,15</b>
<b>2003</b>		
Varones	2.650	12,84
Mujeres	828	3,87
<b>Total</b>	<b>3.478</b>	<b>8,28</b>
<b>2004</b>		
Varones	2.651	12,63
Mujeres	856	3,94
<b>Total</b>	<b>3.507</b>	<b>8,21</b>

Fuente: INE.

**Tabla 14. Distribución de la defunción por suicidio y lesiones autoinfligidas en España por grupos de edad y sexo, en el año 2004**

	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Todas las edades	3.507	2.651	856
De 10-19 años	66	46	20
De 20 a 24 años	177	140	37
De 25 a 29 años	254	219	35
De 30 a 34 años	256	202	54
De 35 a 39 años	307	243	64
De 40 a 44 años	296	230	66
De 45 a 49 años	291	219	72
De 50 a 54 años	259	195	64
De 55 a 59 años	209	146	63
De 60 a 64 años	207	142	65
De 65 a 69 años	226	159	67
De 70 a 74 años	278	212	66
De 75 a 79 años	277	207	70
De 80 a 84 años	217	157	60
Mayor de 85 años	187	134	53

Fuente: INE.

### 1.3.3. Marco normativo de las prestaciones sanitarias y sociales

En la mayoría de los países de nuestro entorno, la filosofía y los valores que informan los sistemas sanitarios giran, fundamentalmente, alrededor de las teorías éticas de justicia distributiva y de la valoración de la salud como un derecho de los ciudadanos que los poderes públicos están obligados a proteger, formando parte y siendo un pilar fundamental del Estado de Bienestar.

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, definió los derechos de los usuarios y usuarias del sistema sanitario a la protección de la salud al regular, de forma genérica, las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se encarga de actualizar las prestaciones contempladas en el Decreto previo de 1995 y detalla las mismas, incluyendo, tanto en la cartera de servicios de atención primaria como en la de atención especializada, un apartado específico describiendo las prestaciones a ofertar a la población (tabla 15).

**Tabla 15. Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud**

**Atención primaria**

***Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada***

Incluye:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

**Atención especializada**

***Atención a la salud mental***

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización. La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.
3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.
4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.
5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a los niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.
6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.
7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el artículo 7.1, establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Que se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos, y señala, por último, las prestaciones que comprenderá el catálogo.

El artículo 8 de la citada Ley contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes, que, según prevé el artículo 20, se acordará en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y se aprobará mediante real decreto.

El artículo 14 define la prestación sociosanitaria *«como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social»*.

Establece, asimismo, que en el ámbito sanitario la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y, en cualquier caso, comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Sin embargo, termina diciendo que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada *coordinación* entre las Administraciones públicas correspondientes. Este aspecto es absolutamente determinante para poder adecuar la atención integral y la continuidad de cuidados a las personas con trastornos mentales graves.

La Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local, sienta las bases para la limitación o asignación de responsabilidades por parte de diferentes Administraciones (local, autonómica) tanto en el ámbito sanitario (se hace referencia a infraestructuras sanitarias que pertenecían a diputaciones, como hospitales de beneficencia, residencias psiquiátricas, entre otras...) como en el ámbito de servicios sociales, donde asumen la competencia de planificar y gestionar servicios sociales fundamentalmente comunitarios: servicio de información, valoración y orientación, servicio de ayuda a domicilio, servicio de teleasistencia; reservándose la potestad legislativa a la Comunidad Autónoma.

El Real Decreto 781/1986, de 18 de abril, por el que se aprueba el Texto Refundido de las disposiciones legales vigentes en materia de Régimen Local, complementa lo regulado en la Ley de Bases de Régimen Local.

Cada Comunidad Autónoma, por tanto, ha desarrollado su propia normativa de servicios sociales. Según el artículo 25.2.K), de la Ley 7/1985, son los Ayuntamientos los que tienen la competencia y funciones reconocidas para la provisión de la prestación de servicios sociales, de reinserción social.

En relación a las prestaciones sociales, no existe un decreto pero sí se establecen unos *servicios mínimos obligatorios* que, como se viene argumentando, necesariamente deben prestar los municipios, pero al mismo tiempo se establece un límite corrector por tamaño del municipio (en el artículo 26, la Ley establece la prestación de servicios sociales en municipios con una población superior a 20.000 habitantes). Esta limitación es especialmente relevante en relación a la atención integral y comunitaria a la salud mental, ya que afecta a la accesibilidad de servicios esenciales, generando inequidades en la atención a la demanda de necesidades y cuidados de pacientes y familiares en las áreas rurales.

Así como los servicios sanitarios gozan de la consideración legal de derecho universal con características de gratuidad, es necesario reconocer que, por el momento, no existe en el conjunto del Estado una normativa básica que enmarque y delimite los servicios sociales. Los servicios sociales, por definición, tienen una consideración de *servicio vicariante*, prestado por el sector público con características graciables en función de prioridades, disponibilidad de recursos y capacidad de renta de las personas y falta de apoyo familiar<sup>122</sup>.

Aunque con menor nivel de desarrollo normativo y organizativo, si se compara con el Sistema Nacional de Salud, en el conjunto del Estado existe un *sistema público de servicios sociales* que se estructura en dos niveles de atención: servicios sociales de atención primaria, de ámbito y responsabilidad municipal, y servicios sociales específicos y sectoriales y/o especializados, de ámbito supramunicipal y de responsabilidad principalmente autonómica. Por tanto, los *centros de servicios sociales* son el dispositivo principal de la Red Básica de Servicios Sociales de Atención Primaria.

Los servicios sociales comunitarios tienen como misión la información y orientación, la atención domiciliaria, apoyos y cuidados de carácter personal, doméstico y técnico a personas o familias con autonomía limitada, con el fin de posibilitar la permanencia en su medio habitual de convivencia.

## Marco de atención a las necesidades especiales y discapacidad

La atención a las necesidades de las personas en situación de dependencia es uno de los grandes retos de la política social en los países desarrollados y requiere una respuesta firme por parte de las Administraciones públicas y de la sociedad en su conjunto. El reto no es otro que atender a las personas

que, por encontrarse en situación de *especial vulnerabilidad*, necesitan apoyos para poder ejercer sus derechos de ciudadanía, acceder a los bienes sociales y desarrollar las actividades esenciales de la vida cotidiana. Así se viene poniendo de relieve entre los expertos y expertas, la ciudadanía, las personas en situación de dependencia, sus cuidadores y cuidadoras y las organizaciones sociales que les representan. Además, es un tema clave de la agenda social europea, reconocido en todos los informes, documentos y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea.

Actualmente, el IMSERSO gestiona las competencias relacionadas con la atención a personas mayores y a personas en situación de dependencia, entre las que se incluye la discapacidad psíquica y la enfermedad mental. Hasta la fecha, no se han definido de forma operativa las prestaciones y los mecanismos de financiación relacionados con la atención a personas con dependencia.

Ante el reconocimiento explícito de los problemas de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales y el déficit de cobertura y accesibilidad de estos servicios, el actual gobierno de la nación ha promovido la elaboración de una ley general que articula las relaciones de cooperación y complementariedad de los sistemas de prestación de cuidados sanitarios y sociales y, sobre todo, fortalece el sistema de servicios sociales preexistente. Nos referimos a la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia, aprobada en el Congreso de los Diputados el 30 de noviembre de 2006.

La Ley crea el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y reconoce un nuevo derecho de ciudadanía en España, «*el de las personas que no se pueden valer por sí mismas, a ser atendidas por el Estado y garantiza una serie de prestaciones*», y se inspira en los siguientes principios: el carácter universal y público de las prestaciones, el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y la participación de todas las Administraciones públicas en el ejercicio de sus competencias.

Cabe esperar que con la aprobación de esta Ley mejore la situación de articulación de las prestaciones sociosanitarias de los enfermos y enfermas mentales que lo requieran y, al mismo tiempo, que se vertebré a nivel estatal y autonómico y de área de salud la atención integrada e integral a las personas con trastornos mentales y sus familias.

Finalmente, señalar que en España no existe una ley específica sobre salud mental o sobre enfermedad mental. Al comienzo de la década de los ochenta, la Comisión Interministerial —Sanidad y Justicia— creada *ad hoc* por el gobierno recomendó que no se iniciase un procedimiento legislativo en esa dirección. En este sentido, cabe decir que la Comisión Interministerial señaló que una ley específica podría contribuir a la discriminación de este

tipo de enfermedades y las personas que las padecen, incluso incluyendo entre sus objetivos la lucha contra toda suerte de estigmatización.

En el Plan de Acción europeo, la necesidad de desarrollar, establecer y evaluar una normativa que dé lugar a intervenciones en el ámbito de la salud mental ha sido uno de los aspectos más debatido por su relevancia social.

No cabe duda de que, en consonancia con estos antecedentes normativos y con el desarrollo democrático del país, se han ido produciendo otros cambios legislativos que afectan al ámbito de los derechos humanos, como las garantías en los procesos de incapacitación (Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil) o la protección patrimonial de las personas con discapacidad (Ley 41/2003, de 18 de noviembre), así como su enjuiciamiento criminal específico. Pero quizá ha transcurrido suficiente tiempo ya como para revisar y actualizar la legislación específica que hace referencia a la igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con enfermedad mental, así como a temas específicos como el ingreso involuntario y el consentimiento informado<sup>123, 124</sup>.

De la interpretación de este escenario, y centrándonos en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud que se formula, se concluye que:

- El proceso de reforma psiquiátrica y la Ley General de Sanidad han permitido la creación de una nueva red sanitaria de atención a la salud mental, de base y orientación preferentemente comunitaria e integrada en el sistema sanitario público.
- Con la consolidación de un modelo comunitario de atención a la salud mental se acaba con algunas formas tradicionales de prestación de servicios (cierres de hospitales psiquiátricos). Diversificando así la oferta, frente a la institución única en la que se combina la atención sanitaria a la salud mental con recursos específicos de apoyo social.
- El Sistema Nacional de Salud es un sistema público de salud, de carácter universal, integrado, coordinado, equitativo y que se ajusta al modelo político de Estado de las Autonomías y refleja una estructura de autogobierno en materia de salud, profundamente descentralizada en Servicios Regionales de Salud.
- Dentro del sistema de servicios de salud, algunos autores caracterizan la organización de la atención a la salud mental como un subsistema de servicios de salud mental que asume el marco normativo que regula las estructuras sanitarias, las prestaciones sanitarias, los derechos y deberes del enfermo mental y de los proveedores de servicios sociosanitarios.

- La atención a los problemas de salud mental se realiza a través de una red de centros especializados. Esta red se articula en las áreas sanitarias, consideradas demarcaciones territoriales, dotadas de recursos asistenciales específicos, en las que los equipos de salud mental, como centros de apoyo a la atención primaria, constituyen la puerta de entrada y el elemento clave para la articulación de la atención a las necesidades de la población en materia de salud y enfermedad mental dentro de la red de atención especializada.
- Las patologías mentales graves y resistentes a los tratamientos convencionales son un tema fundamental para la sanidad pública, ya que incluyen a un grupo de pacientes con una mala evolución, una mala calidad de vida y un consumo elevado de recursos sanitarios y sociales.
- El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud es el instrumento básico de la coordinación sanitaria. Esta coordinación debe sustentarse en potentes dispositivos científicos y técnicos que informen, asesoren, analicen, evalúen; en definitiva, den cobertura técnica y social a las principales decisiones que se deban tomar y que afecten a toda la ciudadanía.
- Compete, por tanto, al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las Comunidades Autónomas proponer y formular estrategias globales de promoción del bienestar psicológico y mental, prevención de los trastornos mentales en todas las etapas de la vida y la educación en salud mental.
- En cuanto a las prestaciones sociales, recientemente se aprobó la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de la Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que abre un periodo de varios años para la construcción del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).
- Las prestaciones sociales se caracterizan por una elevada descentralización de competencias, que se reparten entre el Estado, las CC.AA. y la Administración local.
- Se ha avanzado mucho en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados. Sigue existiendo una brecha entre las necesidades y expectativas de las y los pacientes y familiares y los recursos disponibles, sobre todo los de apoyo social, rehabilitación e inserción sociolaboral.

## 1.4. Metodología y descripción del documento

Veinte años después del Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica, el Ministerio de Sanidad y Consumo asume el proyecto de elaborar

una estrategia en salud mental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Para lograr este propósito encargó a un Comité de Expertos —Comité Técnico de Redacción, formado por 10 miembros, designados como representantes de las sociedades científicas y profesionales, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y el Ministerio de Sanidad y Consumo— la elaboración y redacción de una propuesta de documento técnico. La función principal de este Comité ha sido identificar los puntos críticos, los objetivos y los indicadores según la mejor evidencia científica disponible.

La metodología de trabajo del Comité Técnico de Redacción ha facilitado la reflexión, el debate, la participación y el consenso de los expertos. En primer lugar, se identificaron los *principios y valores de la estrategia*, así como los logros alcanzados y retos pendientes desde la Ley General de Sanidad y la reforma psiquiátrica en España. En un segundo momento, se procedió a la descripción de la situación actual y las tendencias de futuro, las oportunidades y los retos del Sistema Nacional de Salud y de las CC.AA., con el fin de configurar el escenario de la estrategia con un horizonte de ejecución a corto y medio plazo.

En la formulación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se han tenido en cuenta los planes de salud mental actualmente vigentes en las Comunidades Autónomas, las recomendaciones en materia de políticas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud para la región de Europa y, de forma específica, la Declaración sobre Salud Mental para Europa (Helsinki, 2005), el Plan de Acciones propuesto, así como las acciones propuestas en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud que, de forma transversal, orientan la propuesta de acciones a desarrollar.

Se han revisado las experiencias de las intervenciones efectivas y buenas prácticas descritas en la literatura científica y en los documentos técnicos de referencia, así como las iniciadas en las respectivas Comunidades Autónomas.

Paralelamente, se constituyó un Comité Institucional formado por representantes de las Comunidades Autónomas y el INGESA (organismo que gestiona las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla) cuya función principal ha sido valorar la pertinencia y viabilidad de los objetivos propuestos, ya que son las propias Comunidades y sus servicios de salud los responsables de organizar y prestar los servicios.

Para el conjunto de las líneas estratégicas propuestas se han identificado, con el apoyo del Instituto de Información Sanitaria, indicadores que permitan una evaluación sistemática y continua que haga posible el seguimiento y evaluación de la Estrategia a lo largo de su proceso de ejecución, mediante un sistema de información factible para el conjunto del Sistema Nacional de Salud y el conjunto de planes y programas de salud mental existentes en las Comunidades Autónomas.

Todo lo anterior fue remitido a las Comunidades Autónomas para su revisión y contextualización, con el fin de valorar su pertinencia en sus contextos políticos y organizativos y abrir vías de intercambio y transferencia de conocimientos y buenas prácticas que se lleven a cabo en los próximos años.

## Estructura del documento

El documento se estructura en dos partes:

Primera parte — Aspectos generales —, en la que se exponen la justificación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, los principios y valores que la inspiran, el análisis de la situación de partida (que aborda la situación general de la epidemiología de la salud mental en España) y, finalmente, la metodología seguida en la formulación de sus objetivos e indicadores.

Segunda parte — Desarrollo de las líneas estratégicas —, donde se detallan los objetivos, las recomendaciones e indicadores de evaluación y seguimiento de la Estrategia aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Se proponen *seis líneas estratégicas*, que se sostienen en un marco de valores y principios que han sido enunciados en el anterior apartado:

- Línea estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- Línea estratégica 2: Atención a los trastornos mentales.
- Línea estratégica 3: Coordinación interinstitucional e intrainstitucional.
- Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario.
- Línea estratégica 5: Investigación en salud mental.
- Línea estratégica 6: Sistema de información en salud mental.

Las líneas de acción estratégica se despliegan en objetivos generales y específicos, con sus correspondientes recomendaciones técnicas e indicadores de seguimiento y evaluación. Además, se incluye un epígrafe de ejemplos de buenas prácticas que han sido desarrolladas en el contexto español y que han demostrado su eficacia y efectividad.

Lógicamente, las líneas estratégicas no tienen igual entidad y complejidad; por tanto, su despliegue operacional en objetivos generales y específicos no es homogéneo en referencia a su amplitud (número de objetivos que la integran) ni en relación a la diversidad de las intervenciones que se pro-

ponen. Por último, decir que el orden en el que las líneas estratégicas se presentan viene dictado por la pertinencia teórica del enfoque de planificación sanitaria adoptado y la coherencia interna de la Estrategia.

El documento pretende, en base a la información/evidencia disponibles, establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones a alcanzar que, de forma realista y en función de los recursos disponibles y del ámbito de competencias de las Comunidades Autónomas, contribuyan a mejorar la calidad de las intervenciones y resultados en la salud mental.

## 2. Desarrollo de las líneas estratégicas

### 2.1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental

#### 2.1.1. Justificación

La salud mental es un valor por sí mismo: contribuye a la salud general, al bienestar individual y colectivo y a la calidad de vida; contribuye a la sociedad y a la economía incrementando el mejor funcionamiento social, la productividad y el capital social<sup>125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133</sup>. Desde la perspectiva europea, ésta es una dimensión esencial, en consonancia con la Declaración de Lisboa sobre la estrategia de Desarrollo Sostenible<sup>134</sup>, con la Declaración de Helsinki<sup>135</sup> y con el proyecto de Libro Verde de la Salud Mental<sup>136</sup>.

Los resultados de la experiencia asistencial centrada exclusivamente en la provisión de servicios de atención demuestran que para alcanzar mejores niveles de salud mental positiva no basta con tratar las enfermedades mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a mejorarla. Para ello, es necesario cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental.

Las pruebas que demuestran la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones de promoción y prevención son abundantes y cada vez más frecuentes<sup>126, 137</sup>. Pese a todo, la promoción de la salud mental no ha sido asumida, en general, por los servicios de salud mental como una tarea sistemática. Debido, entre otras consideraciones, a que la promoción de la salud mental no es una competencia exclusiva de los servicios de salud, sino que es una tarea intersectorial y multidisciplinar que necesita la implicación de, al menos, los departamentos de educación, justicia, urbanismo, servicios sociales, trabajo y vivienda. Como es lógico, esto genera dificultades de lide-

razgo, de organización y de gestión considerables, que a menudo no se logran superar. Otra dificultad añadida, no menos importante, tiene que ver con que la medicina históricamente ha concebido su quehacer en términos de enfermedades y riesgos de padecerlas y sólo muy recientemente ha iniciado un cambio hacia pensar en la salud como un factor primordial no solamente para prevenir la enfermedad, sino también en sí mismo, como fuente de bienestar.

Para promocionar la salud mental se puede actuar sobre la persona o sobre la población. A nivel individual, reforzando la «resiliencia» con intervenciones que incrementan la autoestima y dotan de destrezas para afrontar el estrés. A nivel poblacional, con intervenciones para incrementar el capital social, promover conductas sanas de crianza, mejorar la seguridad, reducir el estrés en las escuelas y en los lugares de trabajo.

El conjunto de acciones de promoción y prevención deben desarrollarse sobre necesidades identificadas, lo cual requiere identificar poblaciones diana en entornos y hábitats concretos. En esta selección deben tenerse en cuenta las opiniones y experiencias de proveedores de servicios, usuarios y usuarias, familias, cuidadores y cuidadoras, profesionales y población.

Existe, en los últimos años, un abundante contexto normativo de la Unión Europea que ha permitido poner en marcha diversas iniciativas para aunar los esfuerzos de todos los países en una misma dirección. De entre todas ellas destaca la propuesta «Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A Policy for Europe»<sup>138</sup>, en la que se define una prioridad clara: el que cada Estado miembro europeo disponga de un Plan de Acción para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales, con diez áreas de intervención (1):

- Apoyar a los padres y a las madres durante la crianza y en las edades iniciales de la vida.
- Promover la salud mental en las escuelas.
- Promover la salud mental en el trabajo.
- Promover el envejecimiento (mentalmente) saludable.
- Atender a grupos de riesgo para trastornos mentales.
- Prevenir la depresión y el suicidio.

(1) Una de las organizaciones europeas más influyentes en este campo es la IMHPA (Implementing Mental Health Promotion Action). Se trata de una red de 20 socios europeos, financiada por la Comisión Europea, el Ministerio de Salud de Holanda y el Ministerio de Bienestar Social de Finlandia, que tiene por objeto desarrollar y difundir estrategias basadas en pruebas para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en Europa y facilitar su integración en las políticas y programas nacionales, así como en el trabajo clínico diario de los profesionales. La IMHPA ofrece una base de datos, manuales de entrenamiento y un Plan de Acción europeo disponibles en línea ([www.imhpa.net](http://www.imhpa.net)).

- Prevenir la violencia y el uso de sustancias tóxicas.
- Implicar a la atención primaria y a la especializada en acciones de promoción y prevención.
- Reducir al máximo las situaciones de desventaja social y económica, y prevenir el estigma.
- Incrementar las actividades de enlace y cooperación con otros sectores.

## Situación actual en España

No es fácil obtener información sobre las actividades de promoción y prevención en España. Una búsqueda de ensayos clínicos, metaanálisis y guías de práctica revela una escasísima producción científica, casi nula, en los últimos cinco años. Este resultado contrasta con la cantidad de programas que fueron presentados, como referencia, en los estudios europeos sobre selección de «buenas prácticas en promoción y prevención» en la última década.

Del análisis cualitativo de once planes autonómicos de salud mental, actualmente vigentes, se derivan las siguientes conclusiones: 1) en todos los planes menos en uno se subraya la importancia de la promoción y prevención; 2) en nueve planes no se distingue entre promoción de la salud mental y prevención de los trastornos, usándose ambos términos siempre juntos o como si fueran equivalentes; 3) por lo general, se plantean acciones sobre grupos de riesgo generalmente inespecíficas o de carácter educativo, y 4) únicamente en dos planes se especifican líneas estratégicas con acciones concretas para promocionar la salud mental.

Recientemente se han publicado los resultados de una encuesta sobre programas de promoción y prevención existentes en los países europeos<sup>137</sup>. En esta encuesta, España solamente está representada por Cataluña, con tres programas de promoción y prevención: uno referido a la detección precoz de trastornos mentales en atención primaria pediátrica, otro sobre la salud mental en las escuelas y un plan para la prevención de los trastornos de la alimentación.

## Puntos críticos

- Las actuaciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales responden a iniciativas aisladas, desconectadas entre sí y de escasa difusión.
- No existe un organismo coordinador, ni un presupuesto específico y estable ni, en definitiva, un compromiso firme para apoyar estas actuaciones.

- Es posible que muchos de los programas en activo sean eficaces, pero rara vez se evalúan adecuadamente y, si son evaluados, los resultados no se publican en medios fácilmente accesibles.
- Las Direcciones Generales de Salud Pública u otros organismos competentes no incluyen habitualmente de forma específica a la salud mental.
- La promoción de la salud mental está poco tenida en cuenta en el programa nacional de formación de los Médicos Internos Residentes (MIR) y en psiquiatría.
- En general, en los planes de salud mental autonómicos la prevención y promoción de la salud mental tiene una presencia meramente formal. En solamente dos planes se describen acciones concretas y evaluables.
- Ninguno de los programas conocidos, en activo o en proyecto, se refiere a intervenciones poblacionales, excepto las de carácter meramente informativo.

## 2.1.2. Objetivos y recomendaciones

### Objetivo general 1

- Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos.

### Objetivos específicos

- **1.1.** Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones para promocionar la salud mental en cada uno de los grupos de edad o etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y las personas mayores.
- **1.2.** Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones orientadas a asesorar e informar a los y las responsables institucionales de las Administraciones central, autonómica y local sobre la relación existente entre las actuaciones de carácter institucional y la salud mental.
- **1.3.** Desarrollar, entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas, un conjunto de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación.

## Recomendaciones

- Las intervenciones de promoción de la salud mental se dirigirán a grupos específicos de población y formarán parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública. Estas actuaciones integrarán un plan específico o estarán integradas en los planes de promoción de la salud o en los de salud mental de las Comunidades Autónomas.
- Se recomiendan intervenciones de efectividad probada y orientadas a mejorar la resiliencia, tales como el afrontamiento del estrés, la búsqueda de apoyo social, el aprendizaje de técnicas de solución de problemas, el aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales, entre otras.
- En las intervenciones dirigidas a representantes institucionales, se señalará el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, y la importancia de la interacción del hábitat (ecología urbana), la educación (capital humano), las posibilidades de participación ciudadana (capital social) y el género con la salud mental de la población, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo y las CC.AA. desarrollarán intervenciones dirigidas a los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de la salud mental.

## Objetivo general 2

- Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general.

## Objetivos específicos

- **2.1.** Realizar y evaluar un conjunto o plan de «intervenciones comunitarias» en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y de las adicciones.
- **2.2.** Realizar y evaluar un conjunto o plan de intervenciones, dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Drogas y, en su caso, en el de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la Comunidad.
- **2.3.** Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo.

- **2.4.** Desarrollar intervenciones en Atención Primaria dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño de su rol.
- **2.5.** Realizar y evaluar un conjunto de acciones de apoyo a los servicios de prevención y comités de salud laboral de las Comunidades Autónomas encaminadas a prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.
- **2.6.** Realizar y evaluar intervenciones dirigidas a los y las profesionales para prevenir el desgaste profesional.

## Recomendaciones

- Se proponen como áreas prioritarias de intervención en grupos específicos: la prevención de la violencia, de los trastornos de la conducta alimentaria, del consumo de sustancias de abuso, del aislamiento social, y la dependencia y la prevención de la discriminación y violencia de género.
- Realizar intervenciones preventivas dirigidas a grupos de riesgo en la primera infancia y la adolescencia (hijos de padres con trastorno mental o con adicciones, hijos víctimas de abusos o de abandono y otros...), según su definición en estudios epidemiológicos previos.
- Desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio, en cada uno de los siguientes entornos: 1) centros docentes; 2) instituciones penitenciarias, y 3) residencias geriátricas.
- Realizar intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la dinámica social en áreas geográficas con riesgo social alto y/o morbilidad psiquiátrica, que tendrán la finalidad de reducir los determinantes y/o las consecuencias de conductas violentas en la calle (vandalismo), en la escuela (acoso escolar) y en el hogar (violencia de género y/o maltrato infantil y de personas mayores). Es imprescindible recabar, para la realización de estas acciones, la participación de otros departamentos como vivienda, infraestructuras, trabajo, educación, institutos de la mujer u otros, a nivel municipal y autonómico.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas, a través de sus representantes en los órganos de dirección/participación (derivados de la Ley de prevención de riesgos laborales) relativos a la seguridad y salud en el trabajo en sus respectivos ámbitos territoriales, impulsarán la inclusión de acciones de prevención

de «riesgos psicosociales» (estrés laboral) y de los trastornos mentales asociados con el trabajo en los planes de salud laboral, y establecerán líneas de apoyo a los servicios de prevención que desarrollen las mismas.

- Realizar y evaluar intervenciones orientadas a informar y educar sobre los riesgos que tiene, para la salud en general y para la salud mental en particular, el consumo de sustancias adictivas en adolescentes.
- Realizar y evaluar intervenciones para prevenir los problemas de salud mental de las cuidadoras y cuidadores y familiares de personas dependientes con enfermedades crónicas y de personas con enfermedad mental.
- Facilitar y promover el desarrollo de programas psicoeducativos para familiares y cuidadoras y cuidadores de personas con enfermedades crónicas con dependencia, y de personas con enfermedad mental, que favorezcan el adecuado manejo de las situaciones generadas por el cuidado de estos enfermos.

### Objetivo general 3

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

### Objetivos específicos

- **3.1.** El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas incluirán en sus planes y programas intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización de las personas con trastorno mental.
- **3.2.** El Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas 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.
- **3.3.** Los centros asistenciales dispondrán de normas específicas en sus protocolos y procedimientos encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.
- **3.4.** El ingreso de las personas con trastornos mentales en fase aguda se realizará en unidades de psiquiatría integradas en los hospitales generales, convenientemente adaptadas a las necesidades de estos pacientes. Las Comunidades Autónomas adecuarán progresivamente las infraestructuras necesarias para el cumplimiento de este objetivo.

- **3.5.** El Ministerio de Sanidad y Consumo promoverá iniciativas de coordinación con la OMS, la Unión Europea y otros organismos internacionales en el ámbito del fomento de la integración y la lucha contra el estigma y la discriminación.

## Recomendaciones

- Implantar mecanismos que permitan identificar en la legislación vigente, y en las nuevas propuestas legislativas, barreras que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales.
- Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.
- En el ámbito de las Comunidades Autónomas, se adaptarán las normas y procedimientos internos para fomentar la integración y reducir el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales y sus familias. Esto se llevará a cabo, fundamentalmente, en los reglamentos de régimen interno de los dispositivos relacionados con la atención sanitaria. Estas adaptaciones de reglamentación normativa en las Comunidades Autónomas deberán incorporar el enfoque transversal de género y adecuar sus textos al lenguaje no sexista.
- Las Unidades de Psiquiatría adecuarán progresivamente sus espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna a las necesidades particulares de los y las pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.
- Con el objetivo de evitar las estancias hospitalarias innecesarias y asegurar la continuidad de cuidados y una ubicación alternativa y adecuada al domicilio y la hospitalización, se recomienda disponer de una serie de alternativas residenciales que fomenten la convivencia y la integración de las personas con trastorno mental grave que lo precisen.
- A través de los fondos de cohesión, se promoverán líneas o proyectos de promoción y de prevención dirigidas a la erradicación del estigma y favorecedoras de la inserción social y laboral sin discriminación de género.

### 2.1.3. Evaluación

Objetivos generales 1, 2 y 3

(ver ficha técnica detallada en el título 2.6.3)

#### Indicadores

- Salud mental general de la población (porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental).
- Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales.
- Porcentaje de personas que declaran consumir drogas.
- Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas.
- Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol.
- Tasa de alta por autolesiones.
- Tasa de mortalidad por suicidio.
- Camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales por 100.000 habitantes.
- Camas en hospitales monográficos por 100.000 habitantes.
- Apoyo social y familiar.
- Discapacidad atribuida al trastorno mental.

#### Ejemplos de buenas prácticas

##### 1.1. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria (PAPPS)

**Objetivo:** Integrar las actividades de promoción y prevención en la práctica asistencial de las consultas de atención primaria. Detectar situaciones o «desajustes» que hagan a la población vulnerable a un trastorno mental.

**Población diana:** Todos los usuarios que consultan en los centros de Atención Primaria.

**Ámbito:** Actualmente están adscritos a este programa más de 640 centros de salud de todo el Estado que atienden a una población de más de ocho millones de ciudadanos. La adscripción al programa es voluntaria y puede hacerse en diversos grados, desde el paquete mínimo a todas las actividades propuestas.

**Descripción:** El programa se estructura en un paquete mínimo de recomendaciones para el adulto y para la población infantil y una serie de subprogramas entre los que se encuentra el

de prevención de los trastornos de salud mental. Las recomendaciones se basan en revisiones de los estudios sobre la efectividad de las distintas intervenciones y en las recomendaciones emitidas por las diferentes instituciones nacionales e internacionales que trabajan en el ámbito preventivo, actualizándose cada dos años.

Los grupos de trabajo están formados por profesionales de atención primaria, salud pública y, en el subprograma de salud mental, incorpora profesionales de la salud mental. Estos profesionales son los que elaboran las recomendaciones y los documentos de trabajo del programa.

**Evaluación:** Cada dos años se realiza una evaluación de una muestra de historias clínicas de los centros incluidos.

**Institución y centro responsables de la intervención o programa:** La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria creó en 1998 el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), avalado por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Referencias bibliográficas:**

- Fernández-Alonso MC, Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, Chocrón-Bentata L, García-Campayo J, Montón-Franco C, Tizón-García J. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36 (Supl 2): 85-96.
- Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona, 2001.

<http://www.papps.org>

## **Ejemplos de buenas prácticas**

### **1.2. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos hacia las mujeres**

**Objetivos:**

- Detección precoz y sistemática de la violencia contra las mujeres desde los servicios sanitarios, fundamentalmente desde atención primaria
- Ofrecer una intervención temprana e integral a estas mujeres, así como a sus hijos e hijas.
- Conseguir una actuación coordinada de todos los organismos públicos implicados, unificando los criterios y pautas de actuación.

**Población diana:** Mujeres que están siendo víctimas de violencia de género.

**Ámbito:** El desarrollo del protocolo se lleva a cabo fundamentalmente en Atención Primaria, y establece el mecanismo de coordinación con los servicios de urgencias hospitalarias y servicios de asistencia e información especializados.

**Descripción:** Protocolo elaborado por un grupo de trabajo multidisciplinar formado por representantes de la Dirección General de Salud Pública y por profesionales del Sistema Cantabro de Salud, y consensado con la Dirección General de la Mujer y con una representación de asociaciones de mujeres afectadas.

Se ha realizado el diseño del sistema de registro informático del protocolo dentro del programa OMI-AP.

El inicio del pilotaje ha ido precedido de un curso intensivo de sensibilización y formación de los/as profesionales de cada equipo. La duración de cada curso en cada uno de los equipos ha sido de 21 horas (3 días) en horario laboral.

El programa de formación incluye aspectos sobre el origen y los factores socioculturales de la violencia de género, los factores que influyen en la prolongación de una situación de maltrato a la mujer y sus consecuencias en la salud de las mujeres e hijos, así como el papel que desempeñan los equipos de Atención Primaria en la detección precoz y en el abordaje de la situación de violencia de género desde una perspectiva multidisciplinar.

**Evaluación:** Con el objetivo de analizar el desarrollo del programa antes de su implantación generalizada en el resto de centros, se ha realizado un estudio piloto en tres equipos de AP con una duración de 6 meses y, una vez finalizado, se ha realizado una evaluación. El número de profesionales que han participado en el programa de formación del pilotaje ha sido de 100 personas.

**Institución y centro responsables de la intervención o programa:** Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

## **Ejemplos de buenas prácticas**

### **1.3. Implantación del Proyecto Europeo Contra la Depresión y Prevención del Suicidio en el distrito Dreta Eixample de Barcelona**

**Objetivos:**

Disminuir la mortalidad por suicidio.

- Mejorar la detección precoz de la ideación suicida, reducir las primeras tentativas suicidas y las recidivas, y aumentar el tiempo de supervivencia después de un intento de suicidio.
- Modificar las actitudes sociales ante las conductas autolíticas: informar sobre los factores de riesgo y desestigmatizar dichas conductas.

- Optimizar los recursos asistenciales existentes, creando circuitos de atención específica a pacientes con riesgo suicida.

**Población diana:** Pacientes atendidos por conductas suicidas en los dispositivos sanitarios del distrito.

**Ámbito:** Áreas básicas de salud, servicios hospitalarios, servicio de emergencias médicas, 061, farmacéuticos, red de salud mental, servicios sociales, residencias geriátricas, centros sociosanitarios.

Grupos y agentes sociales: asociaciones cívicas, asociaciones de familiares de enfermos, centros cívicos, parroquias, medios de comunicación y otros.

**Descripción:** Basada en el diseño del Programa europeo de lucha contra la depresión y prevención del suicidio. Desarrolla una intervención que abarca desde la prevención primaria hasta la prevención terciaria. Es un proyecto liderado por la Universidad de Munich, cofinanciado por la Comisión Europea, Departamento de Salud con el apoyo de la OMS. Participan 18 países de la Unión Europea.

El programa incluye:

- Implementación de campañas divulgativas dirigidas a los medios de comunicación y al público en general. Con la finalidad de llegar a las personas sin contacto con la red de salud mental y con riesgo suicida (el 40% de los suicidios consumados no tienen vinculación con la red) y contribuir a desestigmatizar la conducta suicida facilitando la petición de ayuda y el duelo de los supervivientes.
- Desarrollo de un programa de información y formación continuada dirigido a los profesionales de la Atención Primaria.
- Intervenciones psicoeducativas para la prevención y detección precoz del riesgo suicida en medios sanitarios, docentes, sociales.

Cuenta con recursos psiquiátricos y psicoterapéuticos (individual y grupal) durante un tiempo limitado. Otro cometido es la gestión de casos.

El programa propuesto sigue las líneas de las experiencias de Göttland y Nüremberg, aportando como novedad la creación de un «equipo de gestión de la conducta suicida».

**Evaluación:** Mediante la determinación de la evolución de las tasas de mortalidad por suicidio y tentativas de suicidio, grado de detección de la depresión mayor y de otros trastornos mentales en la red de Atención Primaria y de las variaciones en la prescripción de psicofármacos de la población diana. Además se estudia la efectividad del circuito específico de atención a los pacientes con riesgo suicida. Los primeros resultados apuntan a un aumento de la detección precoz del riesgo suicida, evidenciado por el aumento de consultas por ideación suicida y una remisión del riesgo suicida.

**Institución y centro responsables de la intervención o programa y Contacto:** Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud Mental. Plan Director de Salud Mental i Adiccions i Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Servicio de Psiquiatría.

## 2.2. Atención a los trastornos mentales

### 2.2.1. Justificación

En los últimos 20 años se ha producido una transformación sustancial de la atención a la salud mental en nuestro país, resultado de la reforma psiquiátrica de los años ochenta, que se basó en los cambios democráticos, la nueva organización del territorio español y la Ley General de Sanidad. La normalización de la atención a la salud mental tiene su máxima expresión funcional, por una parte, en el desarrollo de las unidades de agudos o media estancia en los hospitales generales y, por otra, en el protagonismo que adquiere la atención primaria<sup>139</sup>.

La realidad actual revela que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es el médico o médica de familia, y que el 80% de los y las pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria. Este hecho se constata si consideramos la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en este nivel asistencial, que oscilan entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, y que sólo alrededor del 10% son derivados. Estudios recientes señalan que, en la atención diaria, los médicos y médicas de familia atienden entre un 15 a un 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica<sup>140</sup>.

Pero debido a la diversidad en las necesidades de atención que presentan los y las pacientes con trastornos mentales, para garantizar un sistema sanitario de calidad es preciso que exista un desarrollo óptimo en las cartaras de servicio de los equipos de atención primaria, así como de los equipos de salud mental. Además, para prestar una atención de calidad y asegurar las necesidades en la continuidad de la atención de estos y estas pacientes, se requiere la definición de procesos de trabajo conjunto entre los y las profesionales de los dos niveles asistenciales, sin olvidar la contribución de los servicios sociales<sup>141</sup>.

Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales. El equipo integral, al menos, a psiquiatras, psicólogas y psicólogos clínicos, profesionales de enfermería y de trabajo social, que, junto con otros profesionales de salud mental y el necesario apoyo administrativo y logístico, constituyen el equipo básico.

Como equipos especializados dedicados a la salud mental de colectivos concretos, destacan los que se ocupan de la salud mental de los niños y niñas y adolescentes, de las personas mayores y de las personas con problemas mentales asociados al consumo de sustancias y otras adicciones.

En algunos países se han desarrollado equipos con funciones comunitarias específicas, tales como la rehabilitación o el tratamiento asertivo comunitario. Conviene señalar que la excesiva especialización en equipos y/o dispositivos de salud mental puede fragmentar la compleja y extensa red de servicios que ésta requiere, por lo que parece recomendable limitar su desarrollo.

La red de atención comunitaria proporciona un abanico de prestaciones que integran aspectos de tratamiento biológico y psicosocial, rehabilitación, cuidados y apoyo en colaboración con otros departamentos sanitarios y no sanitarios para una población determinada. La evolución y el pronóstico a largo plazo de los trastornos mentales, tanto en términos clínicos como de calidad de vida y protección de los derechos de los y las pacientes, dependen al menos en parte, del tipo de atención que reciben. Las características de la atención que contribuyen a un resultado positivo son:

- Detección e intervención precoces.
- Provisión del tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico adecuados.
- Actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo.
- Mantenimiento de la continuidad de la atención.
- Funcionamiento asertivo y proactivo en busca de la necesidad, no mera atención a la demanda.
- Atención (incluida la comunitaria) disponible 24 horas.
- Intervención psicoeducativa, de apoyo y, en su caso, terapéutica sobre las familias.
- Disponibilidad de las camas necesarias.
- Provisión de prestaciones de rehabilitación.
- Provisión de cuidados comunitarios.
- Provisión de apoyo para la vida normalizada.

Estas diferentes prestaciones se proporcionan desde distintos dispositivos que han de funcionar en red, coordinados por el equipo responsable del área sanitaria. También se han desarrollado programas para garantizar la coordinación entre los distintos dispositivos que actúan sobre un mismo paciente. La viabilidad y eficacia del modelo comunitario de atención han sido avaladas por numerosos estudios empíricos<sup>142, 143, 144, 145, 146, 147</sup>.

La red de atención comunitaria se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con trastornos mentales graves, es decir, aquellos que padecen trastornos discapacitantes de larga evolución que requieren atención multisectorial. Sin embargo, con el paso del tiempo, la demanda de atención a los trastornos mentales comunes, que, aunque también generan sufrimien-

to e invalidez, requieren atención clínica proporcionada casi exclusivamente por un solo profesional, ha ido creciendo y desbordando la capacidad de respuesta de los equipos. La experiencia acumulada en estos años muestra la dificultad de mantener respuestas asistenciales adecuadas a ambos tipos de demandas por parte de un mismo equipo que, generalmente, no está dotado de recursos suficientes para garantizar calidad asistencial en ambos casos.

En los países con sistema nacional de salud, la mayor parte de estos problemas se atienden y se resuelven en el nivel de atención primaria, y sólo entre una décima y una vigésima parte son derivados a los servicios de salud mental<sup>148</sup>.

Existe un amplio consenso sobre los logros alcanzados en este proceso de cambio y la destacada participación de la medicina de familia, y también respecto a las insuficiencias y carencias todavía existentes. Se han identificado problemas genéricos de la atención a la salud mental dependientes de las limitaciones de la reforma psiquiátrica, de la influencia de los problemas del sistema de salud y los específicos de la atención a la salud mental en atención primaria<sup>149</sup>.

Se constata, además, un cambio en el patrón de utilización de los servicios, con un incremento de la demanda por cuadros «psiquiátricos menores» (en un estudio de primeras consultas realizado en Asturias, el 57% corresponde a trastornos neuróticos y reacciones de adaptación). Los problemas que impiden garantizar la atención a la salud mental desde la atención primaria están actuando, posiblemente, como factor favorecedor de esta situación. Sin embargo, los resultados de estudios realizados en otros países sugieren que, con una organización y coordinación adecuadas, los tratamientos en la comunidad no sólo son socialmente mucho más adecuados y accesibles, sino que, además, pueden ser bastante más baratos<sup>150</sup>.

En España, así como en otros países de nuestro entorno, se dispone de datos que indican que los médicos y médicas de familia identifican en una primera visita al 50% de sus pacientes psiquiátricos, si bien un pequeño porcentaje de los detectados precisa derivación al segundo nivel.

Entre los factores que podrían influir, se han señalado la insuficiente formación de los médicos y médicas de familia en salud mental, no tanto en el manejo de la relación con los y las pacientes como en la capacidad de detección precoz y en el abordaje terapéutico, junto a los problemas del exceso de demanda y el escaso tiempo disponible en las consultas<sup>151, 152, 153</sup>.

Hasta el último tercio del siglo XX no se había señalado suficientemente este problema, pero desde que se tomó conciencia de ello se han desarrollado propuestas teóricas e instrumentales para hacerle frente y se han puesto en marcha distintas estrategias organizativas para facilitar la colaboración de los y las especialistas en salud mental y los de atención primaria, cuyo papel en este tema se vio reforzado por la declaración de Alma Ata en 1978.

## Situación actual en España de la atención comunitaria de los trastornos mentales

La implantación del modelo comunitario en España ha sido heterogénea en las distintas Comunidades Autónomas. En general, en todas se ha diversificado el tipo de dispositivos y prestaciones ofertados a las personas con trastornos mentales graves.

Los dispositivos asistenciales (centros o unidades de salud mental, unidades de hospitalización en los hospitales generales, hospitales de día, unidades o centros de rehabilitación en régimen de día y de internamiento, comunidades terapéuticas, prestaciones residenciales, alternativas de empleo, etcétera) se han desarrollado de modo diferente y desigual, y con distintas denominaciones. También existen diferencias en la delimitación entre las prestaciones que se consideran sanitarias y las sociales, así como el acceso y la financiación de éstas en las distintas Comunidades Autónomas<sup>154</sup>.

El sistema de atención especializada a la salud mental atiende tanto a los trastornos mentales graves como a los comunes. El Informe de la Comisión para la Reforma Psiquiátrica<sup>41</sup> y la Ley General de Sanidad<sup>44</sup> establecen las bases de la colaboración entre la atención primaria y la atención especializada a la salud mental. Desde el inicio del proceso de reforma, éste ha sido un punto crucial, cuyo desarrollo se ha visto dificultado por diferentes factores, entre los que se cuentan: el desbordamiento de ambos escalones asistenciales por la demanda emergente, la dificultad para definir claramente límites entre el sufrimiento normal y la patología susceptible de tratamiento, más allá del criterio de cada profesional, y las dificultades de coordinación.

A pesar de que los trastornos mentales comunes constituyen un volumen sustancial de la consulta de los médicos y médicas de familia, no siempre reciben la formación adecuada para diagnosticarlos y tratarlos, ni disponen de tiempo para ello, lo que condiciona que muchos de los y de las pacientes reciban únicamente tratamiento farmacológico cuando en muchas ocasiones podrían beneficiarse de abordajes multidisciplinares con estrategias y técnicas de apoyo y consejo psicológico breve<sup>155</sup>.

Por su parte, en el nivel especializado, la atención a los trastornos mentales comunes representa una demanda creciente que resta capacidad para la atención a los trastornos mentales más graves e incapacitantes, sin que ello se asocie a una mayor disponibilidad de tiempo para el tratamiento adecuado de los primeros, debido fundamentalmente a la insuficiencia en el número de especialistas y dispositivos asistenciales.

Las asociaciones de familiares y usuarios se han desarrollado en todas las Comunidades Autónomas, aunque mantienen relaciones diferentes con los Servicios Regionales de Salud en base a sus políticas asistenciales. Su

participación activa, bien en la provisión de servicios o en el control de los mismos, ha aportado nuevas formas de contemplar aspectos como la autonomía, la dependencia y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y sus familias<sup>156</sup>.

La situación actual de la atención a los trastornos mentales de los niños y adolescentes

Pese a que ya en la Ley General de Sanidad y en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica se hacía hincapié en la necesidad de desarrollar programas específicos para la atención a la infancia y adolescencia, la atención a estos grupos de edad se ha desarrollado en los últimos veinticinco años en ausencia de planes globales de desarrollo sanitario específico, de manera desigual y a remolque de otras prioridades en salud mental. Sin embargo, el sistema educativo sí ha sido sensible a la marginación que suponía el internamiento custodial y ha respondido desarrollando, en todas las comunidades, una política de integración de niños «con necesidades educativas especiales». Un esfuerzo presupuestario importante ha permitido el desarrollo, desigual pero significativo, de recursos «psicopedagógicos» suplementarios, facilitado así la integración de estos niños en el medio escolar «normalizado». No obstante, hay que subrayar la ausencia de medidas complementarias de educación para la salud, promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales en ese mismo medio escolar.

La coordinación entre la psiquiatría, la psicología clínica y la pediatría —hospitalaria y ambulatoria— sigue necesitada de una delimitación de territorios y dispositivos en ámbitos muy importantes; entre otros: los problemas neonatales, la patología psíquica materna del embarazo y postparto, los trastornos graves del desarrollo, los aspectos psicológicos de enfermedades somáticas, las secuelas traumáticas y postquirúrgicas, las enfermedades crónicas graves y las manifestaciones y enfermedades psicósomáticas.

Mayor atención han merecido algunos programas específicos como: los trastornos de la alimentación, las conductas adictivas y preadictivas y los trastornos graves de conducta, en muchos casos más por presiones diversas —mediáticas, alarma social, interpelaciones parlamentarias— que por informes y documentos técnicos. Esa atención diferenciada ha generado en ocasiones problemas de coordinación derivados de crear unidades al margen de la red general, alentando además la percepción de que existen subgrupos de pacientes con «privilegios» asistenciales, con la consiguiente percepción de discriminación y agravio comparativo. Las unidades intrahospitalarias para niños y adolescentes son escasas. Normalmente, lejos del lugar de residencia. En ocasiones se ingresan con otros grupos de edades inapropiadas.

Afortunadamente, en el momento actual se van extendiendo las actitudes y, lenta pero progresivamente, también las políticas de coordinación de recursos en planes interdepartamentales concertados, en las que se podrán basar los programas de seguimiento y continuidad de cuidados, y las colaboraciones multiprofesionales que las dificultades de estos niños y niñas y adolescentes y su larga trayectoria asistencial necesitan.

La situación actual de la atención a los trastornos mentales de las personas mayores

En España, el interés por los problemas de salud de las personas mayores ha crecido exponencialmente desde finales del siglo xx. La Ley General de Sanidad, en su capítulo III, establece que se considerarán de modo especial los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría. En los años noventa aparecieron los primeros documentos de rango legal que regulan, en algunas autonomías, la atención específica a las personas mayores<sup>157, 158, 159</sup>.

En la actualidad, la mayoría de las Comunidades Autónomas han incorporado en sus planes de salud y/o planes gerontológicos y/o planes de salud mental objetivos asistenciales referentes a las personas mayores con trastornos mentales en general y/o demencia en particular. Respecto a esta última patología, se han elaborado varios planes en distintos ámbitos del territorio nacional<sup>156, 160, 161</sup>.

El desarrollo de sistemas de atención específica a estos problemas muestra, sin embargo, la habitual diversidad ligada a la organización territorial del Estado<sup>162</sup>. En algunas Comunidades Autónomas está consolidada la existencia de dispositivos asistenciales específicos destinados a este fin, en otras están en fase de desarrollo normativo, mientras que en muchas ni siquiera se ha alcanzado esta fase. La delimitación del componente social y sanitario de las prestaciones de cuidados varía también entre las distintas autonomías.

Estrategias para la protocolización de la atención

### **Antecedentes**

En las últimas décadas se han desarrollado nuevas estrategias de gestión clínica con el fin de mejorar la eficiencia sin comprometer la calidad.

En esta línea destaca la protocolización de la atención para determinadas patologías como una herramienta básica para la gestión clínica moderna.

La utilidad de los protocolos para reducir la variabilidad injustificada de la práctica clínica, adecuar el gasto y mejorar la continuidad asistencial

está bien documentada con pruebas en diversas especialidades<sup>163, 164</sup>, generalmente en el medio hospitalario, pero no tanto en salud mental comunitaria. No obstante, su utilización está avalada por una amplia, prolongada y positiva experiencia de implantación en diversos sistemas sanitarios de países europeos.

Los *Planes Individualizados de Atención* constituyen el núcleo central de los protocolos. Aunque su efectividad tampoco se apoya en estudios empíricos, su uso es una práctica generalizada en muchos países europeos<sup>165</sup>. Se proponen dos tipos de planes de atención individualizada: el Plan Individualizado de Atención para los pacientes con Trastorno Mental Grave, y el Contrato Terapéutico para los pacientes con Trastorno Mental Común. En ambos tipos de planes se incluirán medidas de resultados.

Los protocolos definen el procedimiento adecuado para lograr la máxima continuidad y eficiencia en la atención, y las guías para la práctica clínica definen el contenido de la atención, lo que hay que hacer para obtener el mejor resultado terapéutico en base a la mejor información científica disponible. Con las guías de práctica clínica se pretende maximizar la efectividad y la equidad, y con los protocolos la eficiencia, y entre ambos la calidad global de la atención<sup>166, 167, 168, 169, 170, 171</sup>.

Los resultados de una encuesta sobre implantación y utilización de GPC en las Comunidades Autónomas, realizada en el marco del proyecto «GuiaSalud»<sup>172</sup>, indican que la elaboración y utilización de GPC en salud mental, y sobre todo en la atención sociosanitaria, tienen un grado de desarrollo mínimo.

## **Los procedimientos de tratamiento y contención involuntaria**

Los procedimientos de contención involuntaria, que deben estar protocolizados, requieren mención aparte. En primer lugar, porque sus implicaciones éticas y legales son mucho más graves y, en consecuencia, deben situarse en el primer plano. En segundo lugar, porque no se centran en determinados diagnósticos, sino en la existencia de un particular estado mental que impide al o a la paciente percibir y aceptar el tratamiento cuando éste es necesario. Tal estado puede afectar a personas que sufren trastornos muy diversos, incluyendo trastornos no psiquiátricos.

Suponen una excepción a lo dispuesto en el ordenamiento jurídico general, que garantiza el respeto a la autonomía personal en la aceptación de los tratamientos, que se concreta mediante el consentimiento informado, tal y como establece la legislación internacional (Convenio de Oviedo) y la española (Ley de autonomía de los pacientes). Este derecho se acompaña de la correspondiente obligación de los y las profesionales y de las institucio-

nes de proporcionar la adecuada información previamente a la toma de decisiones.

Existe una gran variabilidad de la dimensión/frecuencia con que se adoptan estas medidas. Y esta variabilidad deriva en parte de las dificultades en evaluar con precisión la competencia de un o una paciente con trastorno mental, además de que tal circunstancia puede cambiar y fluctuar en el tiempo. Y parece depender más de aspectos culturales o tradiciones locales y de medidas de política sanitaria; por ejemplo, de la disponibilidad de programas de atención domiciliaria en situaciones de crisis o disponibilidad de camas en las unidades de hospitalización.

Actualmente, los ingresos por orden judicial aplicados a personas sometidas a régimen penal-penitenciario pueden producirse en instituciones sanitarias penitenciarias (dependientes del Ministerio del Interior, salvo en Cataluña) o en hospitales de la red sanitaria general. En todo caso, la regulación legal del ingreso, de las incidencias y del alta, y las condiciones de la custodia y seguridad del o de la paciente, dependen del juez o de la jueza (del juzgado de lo penal o del de vigilancia penitenciaria) que ordenará el ingreso.

La misma norma se aplica a menores y personas incapacitadas («los sometidos a patria potestad o tutela también requieren la autorización judicial»). Los y las menores han de ingresar en unidades específicas para su edad. No se dispone de información precisa, pero se observa una tendencia al aumento de la frecuencia relativa de ingresos involuntarios en los últimos años<sup>173</sup>.

Únicamente suelen existir protocolos que requieren consentimiento informado de la familia para la administración de terapia electroconvulsiva. No existe regulación complementaria específica para el tratamiento ambulatorio involuntario. En fechas recientes se ha presentado en el Parlamento español una proposición de ley al respecto. En este tema no existe consenso entre las asociaciones profesionales y científicas y ha sido objeto de estudio recientemente por el Defensor del Pueblo.

No existe normativa específica en la legislación española, ni en la general ni en la sanitaria, que se refiera específicamente a la aplicación de medidas coercitivas y/o privativas de libertad durante el ingreso, y no existe tampoco acuerdo en torno a si deben considerarse modalidades de tratamiento, en cuyo caso valdría lo dicho para tratamientos involuntarios, o más bien requisitos o condiciones para la aplicación de tratamientos que requieran una consideración diferenciada, como apunta el Defensor del Pueblo en su último Informe de 11 de noviembre de 2005.

## Puntos críticos

### **Puntos críticos de la atención comunitaria de los trastornos mentales**

- La atención a los pacientes con trastornos mentales ha de integrarse en la atención sanitaria como cualquier proceso de enfermedad, pero atendiendo a la especificidad de sus repercusiones en el desarrollo vital de las personas y de sus familias.
- La atención primaria de salud ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a los y las pacientes con trastornos mentales, mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse en el primer nivel asistencial, mediante la detección y la derivación precoz de las personas que precisen una atención especializada en los equipos de salud mental y mediante la continuidad en los cuidados de todas las personas afectadas y de sus familias.
- Los sistemas sanitarios de cada Comunidad Autónoma deben establecer programas y actuaciones prioritarios encaminados a la promoción de la salud mental de la población, así como intervenciones de prevención para grupos y colectivos vulnerables. Igualmente han de perseguir la detección precoz de los trastornos mentales y la intervención orientada a detectar los mismos que interfieren y van concomitantes al resto de problemas de salud.
- La falta de recursos comunitarios capaces de garantizar la autonomía de los pacientes con trastorno mental grave determina que el mantenimiento de los pacientes en la comunidad se dé fundamentalmente a costa del esfuerzo de las familias. Se precisa el desarrollo de una gama amplia de recursos para cubrir las necesidades de personas con trastornos mentales y sus familias.
- La existencia de múltiples dispositivos y programas que deberían actuar sobre un mismo paciente hace que puedan surgir problemas de coordinación o de no delimitación de las responsabilidades sobre la atención a éste y que se traduzcan en intervenciones que interfieran entre sí o en desatención.
- El acceso a los recursos especializados de tratamiento y rehabilitación es tardío y se produce sólo en estados avanzados de la enfermedad, a pesar de las pruebas a favor de la importancia de las intervenciones tempranas.
- La intensidad de atención ambulatoria dispensada a los trastornos mentales graves es insuficiente, debido, en parte, a la presión de la demanda ejercida por los trastornos mentales comunes, pero tam-

bién a que los servicios de salud mental comunitaria no disponen de programas específicos —a nivel ambulatorio y domiciliario— dirigidos a esta población, así como al número insuficiente de especialistas en salud mental (psiquiatras, psicólogas y psicólogos clínicos, y enfermería especializada en salud mental).

- Se ha producido una importante medicalización de los problemas de la vida cotidiana y una tendencia a la utilización exclusiva de los instrumentos farmacológicos, que consumen menos tiempo y exigen menos pericia y menos implicación del profesional, para la atención de trastornos que requerirían intervenciones psicoterapéuticas específicas.
- Tanto los equipos de atención primaria como los de salud mental están atendiendo un número creciente de problemas de salud mental, que desborda en muchos casos la capacidad de los mismos, para proporcionar las intervenciones con criterios de buena práctica clínica.
- No existe una generalización de modelos de coordinación entre atención primaria y salud mental, ni un procedimiento reglado para establecer cuál es el grado de responsabilidad, y según qué criterios, de cada uno de los profesionales que pueden actuar sobre un mismo caso.
- La variabilidad de la práctica clínica es, en salud mental, aún mayor que en otros ámbitos clínicos.
- La participación de los usuarios, usuarias y familiares ha supuesto cambios en la definición y priorización de los objetivos, las estrategias, los instrumentos y el control de los resultados de los servicios.
- La atención a los problemas de salud mental de grupos de población excluidos, como son las personas reclusas en centros penitenciarios y las personas «sin techo», requiere ser ampliamente reconsiderada para garantizar la «equivalencia de cuidados», es decir, que se proporcione a estos sectores una atención de características, en extensión y calidad, equivalentes a las de la población general.

#### Puntos críticos de la atención a niños, niñas y adolescentes

- La escasa presencia, y en algunos lugares inexistencia, de dispositivos intermedios específicos, tales como hospitales de día o unidades comunitarias de intervención en crisis.
- La derivación de las responsabilidades terapéuticas al ámbito escolar, a las y los profesionales privados y, sobre todo, a las iniciativas de los familiares.
- La práctica inexistencia de programas de formación en estrategias

de intervención y técnicas terapéuticas de eficacia probada y específicas para este grupo.

#### Puntos críticos de la atención a personas mayores

- El acceso de las personas mayores con trastornos mentales al circuito asistencial con frecuencia es tardío, y la atención que reciben puede ser insuficiente.
- La escasez de programas específicos multidisciplinares e intersectoriales para la atención a los problemas de salud mental de la edad avanzada.
- La escasez de dispositivos específicos de hospitalización completa y parcial, de residencias asistidas y de recursos de respiro para los cuidadores.

#### Puntos críticos de los procedimientos de tratamiento y contención involuntaria

— En cuanto al ingreso involuntario:

- Lo considerado excepcional (el ingreso por indicación médica con carácter urgente, con posterior comunicación al juez o la jueza) es la norma, y lo previsto como norma habitual (autorización previa) es la excepción.
- Se aprecia una importante insuficiencia de recursos y normas para la intervención domiciliaria y traslado, cuando el paciente no está en condiciones para decidir por sí mismo y se opone activamente al mismo.
- Dificultades en cumplir la normativa de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, que el juez o la jueza confirme el ingreso involuntario en el plazo de 72 horas que marca la Ley, tras oír y entrevistar directamente al interesado y al ministerio fiscal.
- No está resuelto la forma de acceso a tratamiento y cuidados en la red normalizada de salud mental de pacientes psiquiátricos sometidos a medidas de seguridad (por juzgado penal).

— En cuanto al tratamiento involuntario:

- Existe vacío normativo en lo referente a la administración de tratamientos y a medidas coercitivas (aislamiento, contención física contra la voluntad del paciente). Esta ausencia de regulación deja a la iniciativa de cada centro la adopción de pautas o protocolos de actuación.

- Los protocolos existentes en muchos hospitales suelen definir pautas de actuación y monitorización de la medida, pero no contemplan aspectos legales ni consideran la necesidad de informar al juez o la jueza al respecto cuando sea legalmente preciso.

## 2.2.2. Objetivos y recomendaciones

La atención a las personas con trastornos mentales se desarrollará mediante un modelo biopsicosocial de base comunitaria, orientado a los usuarios y las usuarias, con una práctica asistencial justificada en pruebas aceptadas por la comunidad científica internacional y una concepción integrada de la atención.

### Objetivo general 4

- Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.

### Objetivos específicos

- **4.1.** Desarrollar e implantar de forma efectiva por las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la atención especializada.
- **4.2.** Las Comunidades Autónomas establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.
- **4.3.** Las Comunidades Autónomas establecerán pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, en colaboración con los distintos sectores implicados.
- **4.4.** Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles.
- **4.5.** Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves que son incluidos en un programa de rehabilitación.
- **4.6.** Aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.

- **4.7.** Proporcionar a los y las pacientes con trastorno mental grave un adecuado cuidado de su salud general.
- **4.8.** Las Comunidades Autónomas contemplarán, en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.
- **4.9.** Las Comunidades Autónomas adecuarán los servicios con programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas y adolescentes en materia de salud mental.
- **4.10.** El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, junto con las Comunidades Autónomas, un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención de 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.
- **4.11.** Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo los rehabilitadores, suficientes para encarar las necesidades de su población, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinados con atención primaria.
- **4.12.** Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención.
- **4.13.** 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.
- **4.14.** Definir e implantar, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, los protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial en las diferentes etapas de la vida. Se tendrán en cuenta tanto la perspectiva de género como la problemática específica de determinados colectivos de riesgo.
- **4.15.** Elaborar, adaptar o adoptar, y posteriormente implantar, en el ámbito de las Comunidades Autónomas el uso de guías integradas de práctica clínica, de acuerdo a las prioridades y los criterios de calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud.
- **4.16.** Las Comunidades Autónomas dispondrán de estrategias para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, siguiendo los criterios del uso racional del medicamento.

## Recomendaciones

- La Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud es un documento genérico que define las funciones de la atención primaria y especializada en la atención a la salud mental. Se recomienda que las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, la desarrollen de forma concreta y específica.
- Todos los y las pacientes diagnosticados de trastorno mental grave deben tener la posibilidad de ser incluidos precozmente en un programa de rehabilitación.
- Se recomienda mejorar el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos y rehabilitadores, tanto en población adulta como infanto-juvenil, en las estructuras territoriales sanitarias (2). Estos dispositivos deberán tener en cuenta las diferencias sociofamiliares de mujeres y hombres.
- Se proponen dos tipos de planes de atención individualizada: el Plan Integrado de Atención para los pacientes con Trastorno Mental Grave (3), y el Acuerdo Terapéutico para los pacientes con Trastorno Mental Común (4).

(2) En cuanto a los dispositivos o programas terapéuticos, se consideran, entre otros: Unidad/Centro/Servicio de Salud Mental Comunitaria, Unidad de hospitalización en hospital general, Atención a urgencias 24 horas al día, interconsulta y enlace en los hospitales generales, Hospitalización de día para adultos, Hospitalización de día infanto-juvenil, Hospitalización infanto-juvenil en hospital general y/o pediátrico, Programas comunitarios de rehabilitación (incluyendo programas de seguimiento comunitario y/o programas de tratamiento comunitario asertivo o similares), Rehabilitación en régimen de día, Rehabilitación con soporte residencial u hospitalario, Unidad de cuidados prolongados, Comunidad terapéutica para adultos, Comunidad terapéutica para adolescentes, Alternativas residenciales con gradación de apoyo y actividad terapéutica o rehabilitadora, Programa de atención a domicilio, Hospitalización (atención intensiva) domiciliaria, Atención comunitaria 24 horas (incluyendo programas de seguimiento comunitario y/o programas de TAC o similares), Programas de empleo con apoyo.

(3) *El Plan Integrado de Atención para los TMG*, reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable, recoge los cuatro siguientes aspectos:

1. La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
2. La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
3. El acuerdo entre el equipo de salud mental, los de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
4. El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.

(4) *El Acuerdo Terapéutico para los TMC* es un acuerdo establecido entre el terapeuta desig-

- Se recomiendan formas organizativas orientadas a mejorar la continuidad de la asistencia de las personas con trastorno mental grave, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar su funcionamiento social y calidad de vida. Se proponen dos modelos de referencia: el «Tratamiento Asertivo Comunitario» y los «Programas de Continuidad de Cuidados».
- Se recomienda la protocolización de los siguientes procesos de atención: trastorno mental común del adulto, trastorno mental grave del adulto, trastorno mental grave de la edad avanzada, trastorno mental grave de la personalidad, trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo.
- Cada Comunidad Autónoma implantará guías de práctica clínica de los trastornos mentales más graves y prevalentes (5). Se recomiendan las guías de práctica clínica u otras herramientas basadas en la evidencia que han incorporado la perspectiva de género.
- Proporcionar, de forma continuada, información científica sobre utilidad, efectividad y coste-eficiencia de los medicamentos a los profesionales sanitarios y pacientes.
- Se recomienda introducir elementos de análisis y monitorización para controlar la variabilidad en la prescripción según sexo.

nado y el paciente y reflejado por escrito en su historia clínica tras la evaluación inicial, que recoge los cinco siguientes aspectos:

1. Asignación de responsabilidad a los posibles profesionales que participan en el proceso de atención (al menos el médico de primaria y el facultativo especialista).
2. Establecimiento del encuadre (frecuencia y duración de las sesiones, atención en situaciones de crisis, intervención de otros profesionales, etc.).
3. Objetivos personalizados del tratamiento.
4. La previsión de la duración del tratamiento y los criterios de revisión y terminación.
5. Constará en la historia clínica el informe remitido a atención primaria con el diagnóstico y propuesta de tratamiento.

(5) Trastorno esquizofrénico y otras psicosis afines, Trastornos graves de la personalidad, Trastornos de la conducta alimentaria, Trastorno bipolar, Trastornos del espectro depresivo, Trastornos de ansiedad, Trastornos adaptativos, Trastornos somatomorfos, Trastornos asociados al uso de sustancias, Demencias y trastornos cognitivos graves, Trastornos generalizados del desarrollo, Trastornos por conducta perturbadora en la infancia, Trastornos emocionales graves de inicio en la infancia, Intervención en crisis.

## 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.

## Objetivos específicos

- **5.1.** Elaborar una guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención en contra de la voluntad del paciente.
- **5.2.** Definir o actualizar por las Comunidades Autónomas un protocolo para el traslado y la hospitalización involuntaria.
- **5.3.** Regular, por medio de protocolos, los procedimientos para la contención física, el tratamiento involuntario de pacientes hospitalizados y cualquier medida restrictiva dentro de lo contemplado en el actual ordenamiento jurídico.

## Recomendaciones

- El protocolo se elaborará con la colaboración de todos los agentes potencialmente implicados en los procedimientos de hospitalización involuntaria: profesionales de la salud mental y del Derecho, policía, transporte sanitario y asociaciones de familiares, usuarias y usuarios.
- Además del protocolo, se elaborará una versión operativa «vía de hospitalización involuntaria» de aplicación individual, en la que se registrarán cada uno de los pasos, los tiempos, los nombres y las firmas de los agentes implicados.
- Asimismo, se elaborarán protocolos y vías para aplicar a pacientes que requieran contención física y tratamiento involuntario durante la hospitalización.
- Los protocolos se ajustarán a la legislación vigente y contemplarán el principio de la mínima restricción necesaria, el respeto y la dignidad de las personas con trastorno mental, evitando la estigmatización y poniendo especial énfasis en la agilidad y la reactividad del procedimiento.
- Desarrollar un modelo de consentimiento informado para los familiares ante situaciones asistenciales que impliquen adoptar las anteriores medidas restrictivas, según lo establecido en los artículos 8 y 9 de la Ley de autonomía del paciente.

## 2.2.3. Evaluación

Objetivos generales 4 y 5

(ver ficha técnica detallada en el título 2.6.3)

### Indicadores

- Guías integradas de práctica clínica con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS.
- Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos.
- Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos.
- Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas.
- Porcentaje de reingresos.
- Morbilidad atendida.
- Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios en hospitales no penitenciarios.

### Ejemplos de buenas prácticas

#### 2.1. Protocolo para el internamiento involuntario de pacientes con trastorno mental grave

**Objetivo:** Coordinar los diferentes estamentos administrativos que intervienen en los internamientos de personas afectadas de trastorno mental grave para reducir los tiempos de intervención, incrementando la eficacia y evitando situaciones potencialmente lesivas para los pacientes (falta de asistencia, empleo de mecanismos de coerción inadecuados, excesiva intervención de medios policiales, burocratización de la asistencia...).

**Población diana:** Cualquier paciente, psiquiátrico o no, que requiera internamiento involuntario en un hospital o residencia.

**Ámbito:** Servicios de Atención Médica Urgente, Unidades de Salud Mental, Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, familiares de pacientes con TMG, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Juzgados y Fiscalías.

**Descripción:** Protocolo que unifica criterios de actuación y detalla el procedimiento a seguir en los casos de traslado de pacientes con trastorno mental grave que precisen internamiento, dando solución práctica a problemas como la intervención en cada uno de los asuntos objeto de decisión, el empleo de contención física si procede o entradas en domicilio.

Se fija el alcance de otras intervenciones como las actuaciones de la red de Servicios Sociales, los Servicios Sociales Penitenciarios Externos (en el caso de medidas de seguridad impuestas en el proceso penal), inspecciones u otras que puedan surgir.

Se establece un sistema periódico de reuniones con elaboración de propuestas que permita la participación de las asociaciones de usuarios y familiares, mediante la creación de una Comisión Coordinadora.

**Evaluación:** Destacar la considerable reducción del tiempo necesario para proceder al internamiento respecto a las restantes áreas de la Comunidad en que no era de aplicación, así como la satisfacción de los usuarios y familiares.

**Institución y centro responsables de la intervención o programa:** El Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana

**Contacto:** [www.sindicdegreuges.gva.es](http://www.sindicdegreuges.gva.es)

## Ejemplos de buenas prácticas

### 2.2. Intervención en familiares de pacientes con trastorno esquizofrénico

**Objetivo:** Prevenir las recaídas clínicas, incidentes graves y hospitalizaciones, así como mejorar el funcionamiento social y la capacidad de vida autónoma del/la enfermo/a y el funcionamiento familiar de enfermos mentales graves que viven con su familia mediante una intervención manualizada.

**Población diana:** Personas diagnosticadas de trastorno esquizofrénico y sus familiares atendidos en un centro de salud mental comunitario.

**Ámbito:** El domicilio del enfermo.

**Descripción:** La intervención se está aplicando por dos terapeutas del Centre de Salut Mental de Ciutat Jardí (Alacant) con experiencia en el ámbito de los enfermos mentales graves y adiestrados en la aplicación de la técnica. En las sesiones se incluyen familiares y enfermos. La intervención no sustituye a la intervención habitual del equipo de salud mental. Las técnicas de la intervención se dirigen a disminuir las actitudes negativas en el entorno familiar (disminuir las actitudes críticas, de hostilidad, de sobreimplicación emocional), mejorar las habilidades de comunicación, mejorar la capacidad empática en el familiar clave y en el/la enfermo/a, mejorar la capacidad de resolución de problemas, incrementar el apoyo social e informar sobre la enfermedad. La actitud global de los terapeutas se basa en el esta-

blecimiento de una alianza terapéutica duradera, y para ello el terapeuta, en su relación con las familias, mantiene una posición de igualdad con el familiar y el enfermo (no de superioridad, no de experto/a: sus opiniones y modelos explicativos no prevalecen sobre los de la familia), de respeto y de apoyo.

**Evaluación:** La intervención ha sido evaluada con un ensayo clínico aleatorizado de dos años de duración que incluía 50 enfermos con esquizofrenia grave. En el grupo de control se administró el tratamiento habitual. Se observaron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo experimental, con una disminución de las recaídas clínicas e incidentes graves y una mejoría en los síntomas positivos y negativos, en el tiempo de empleo útil y en el funcionamiento de la familia, disminuyendo la carga familiar. La intervención mejoró la expresividad emocional familiar y los estilos de comunicación, y estas mejoras se relacionaron significativamente con las mejoras clínicas y sociales. La intervención es coste-eficaz.

**Institución y centro responsables de la intervención o programa:** Centre de Salut de Ciutat Jardí. Unitat de Salut Mental.

**Contacto:** Manuel Girón, Antonia Molina Habas. C/ Clot, s/n. 03002 Alacant.

**Referencia bibliográfica:** [www.fundacionmaratov3.org/symposium2006](http://www.fundacionmaratov3.org/symposium2006)

## Ejemplos de buenas prácticas

### 2.3. Plan individualizado de rehabilitación. Trastornos mentales graves

#### Objetivos:

- Favorecer la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad de pacientes con trastornos mentales graves en las mejores condiciones posibles de autonomía, normalización y calidad de vida, y potenciar y apoyar su integración social facilitando el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.
- Ofrecer el seguimiento, apoyo y soporte social al paciente y su familia para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible.

**Población diana:** Pacientes con trastorno mental grave con dificultades para su funcionamiento autónomo e integrado en la comunidad.

**Ámbito:** Se desarrollan desde recursos específicos de rehabilitación en estrecha coordinación con los Servicios de Salud Mental del distrito, y especialmente con sus programas de rehabilitación y continuidad de cuidados.

**Intervención:** Programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración y actividades de apoyo social a los enfermos que están siendo atendidos en los Servicios de Salud Mental del distrito de Alcalá de Henares, a través de intervenciones multiprofesionales realizadas en formatos individuales y grupales. Se ofrece psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias. Gran énfasis en el desarrollo de intervención en el medio natural del usuario y su integración en recursos comunitarios normalizados.

**Evaluación:** Se ha evaluado en términos de uso de servicios (hospitalizaciones y urgencias), inserción laboral y uso de recursos de ocio.

**Institución y centro responsables de la intervención o programa:** Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid (gestión técnica: Grupo Exter, S.A.).

**Contacto:** Juan González Cases (jgcases@grupoexter.com).

#### **Referencias bibliográficas:**

- González Cases J. Impacto de un centro de rehabilitación psicosocial sobre la tasa de hospitalizaciones psiquiátricas. Revista Psiquiatría Pública 1996; 8 (3): 147-152.
- González Cases J, Grande de Lucas A, Fernández Blanco JI, Orviz García S. Ocio y rehabilitación. Estudio de la utilización del tiempo libre en personas con problema psiquiátrico crónico. Intervención Psicosocial 2003; 12 (1): 113-124.
- González Cases J, Orviz García S. Rehabilitación e integración laboral de personas con problemas psiquiátricos crónicos. Rev Intervención Psicosocial 1994; 3 (8):141-147.

## **Ejemplos de buenas prácticas**

### **2.4. Equipo de tratamiento asertivo comunitario de Avilés**

**Objetivos:** Proporcionar asistencia sociosanitaria en su entorno natural a pacientes con trastornos mentales graves cuyas necesidades no pueden ser satisfechas totalmente desde el programa del Centro de Salud Mental.

**Población diana:** Pacientes con trastorno mental grave que mantengan un alto nivel de consumo de recursos o que tienen dificultades para mantener su vinculación con el Servicio de Salud Mental.

**Ámbito:** El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Avilés, compuesto por dos psiquiatras (uno a tiempo parcial), dos enfermeras, tres auxiliares de enfermería y una trabajadora social.

**Descripción:** Se trata de un dispositivo dependiente del Servicio de Salud Mental del área, específico y monotemático, que realiza la mayor parte de las intervenciones a través de un Plan Individualizado de Rehabilitación, *in situ*, en el domicilio del paciente o en lugares de la comunidad donde se desenvuelve la vida pública del usuario. Sirve de enlace entre el Centro de Salud Mental y los dispositivos rehabilitadores más clásicos (Unidad de Rehabilitación, Hospital de Día, etc.).

El contacto con los Servicios Sociales y con los Ayuntamientos es muy estrecho, intensificado gracias a la ayuda domiciliaria que prestan éstos a los ciudadanos con menos recursos.

**Evaluación:** Diversos ensayos clínicos avalan la efectividad de esta intervención en la rehabilitación de las personas que sufren trastornos mentales graves.

**Institución y centro responsables:** Servicio de Salud Mental de Avilés, Asturias.

**Contacto:** Juan José Martínez Jambolina (juanjojm@terra.es).

#### Referencias bibliográficas

- Drake RE, Burns BJ. Special section on assertive community treatment: an introduction. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 667-668.
- Marshall M, Lockwood A. Assertive Community Treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review). The Cochrane Library, 1998.

## Ejemplos de buenas prácticas

### 2.5. Proceso asistencial integrado

#### Proceso asistencial integrado. Trastorno mental grave (TMG)

Un modelo de gestión por procesos supone el análisis de los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento científico y técnico actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos. Todo ello desde un abordaje integral cuyos elementos de calidad son la continuidad asistencial, la coordinación entre los niveles asistenciales y la orientación hacia los resultados.

Tres procesos asistenciales integrados de salud mental se están desarrollando en la Comunidad Andaluza en el momento actual: ansiedad-depresión-somatizaciones, trastornos de la conducta alimentaria y trastorno mental grave. A continuación se presenta un resumen de este último.

**Objetivo:** Persigue la coordinación entre los dispositivos asistenciales de la red de salud mental y los niveles de atención intersectorial para homogeneizar las distintas actuaciones que conlleva un abordaje integral e integrado de las personas que padecen TMG.

**Población diana:** Personas con trastorno mental grave.

**Ámbito:** Espacios de coordinación interdispositivos, interniveles e intersectores.

**Descripción:** Elaboración de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT) consistente en un documento que deberá especificar para todas y cada una de las áreas evaluadas los datos más relevantes sobre: necesidades detectadas, intervenciones previstas, profesionales responsables, dispositivos implicados y mecanismos de seguimiento y revisión periódica. Este documento será consensado entre los profesionales y el paciente y precisa de la implicación de los distintos dispositivos. Se revisará periódicamente y servirá como guión operativo del conjunto de intervenciones necesarias para la atención continuada del paciente. Tanto el proceso de elaboración como su desarrollo posterior implican la puesta en funcionamiento de una estructura de coordinación (Comisión de TMG) a nivel de área, así como una doble asignación de responsabilidades individuales (facultativo responsable y referente personal).

**Evaluación:** *Indicador 1.* Todos los pacientes con trastorno mental grave confirmado tras la evaluación contarán con un plan personal de atención denominado Plan Individualizado de Tratamiento en el tiempo establecido: número de pacientes con TMG confirmados tras la evaluación que tienen un PIT elaborado/número de pacientes con TMG confirmados tras la evaluación. Fuente: historia clínica.

*Indicador 2.* Todo PIT deberá contemplar intervenciones para todas las áreas detectadas: número de pacientes con TMG que tienen un PIT elaborado que incluya las intervenciones que se especifican/número de pacientes con TMG. Fuente: historia clínica.

*Indicador 3.* La ratificación del PIT debe ser realizada por la Comisión de TMG, en un plazo máximo de un mes tras su elaboración: número de pacientes con PIT ratificado en la Comisión de Área en el plazo establecido/número de pacientes con PIT elaborado.

**Institución y centro responsables del programa:** SAS. Consejería de Salud, Junta de Andalucía

**Contacto:** Rafael del Pino López, Coordinador Autonómico, Programa de Salud Mental (rafael.pino.lopez.sspa@juntadeandalucia.es).

## 2.3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional

### 2.3.1. Justificación

Coordinar significa combinar, armonizar o unir con lógica varias cosas (instituciones, sectores, agencias, recursos, agentes y/o actuaciones) de modo que cooperen a un mismo objetivo. El principal objetivo de la coordinación intrasectorial e intersectorial en salud mental es mantener la continuidad asistencial, aumentar la consistencia de las actuaciones y mensajes, y lograr que el sistema funcione de forma eficiente.

En las últimas décadas ha cambiado el escenario de tratamiento de los trastornos mentales graves, de vivir en una institución cerrada a vivir en la comunidad. Este cambio ha supuesto una multiplicación de todo tipo de necesidades a atender. En la institución las necesidades reconocidas de los y las pacientes eran pocas, las satisfacía la gerencia de la institución y, por ello, generalmente no requerían la participación ni iniciativa alguna por parte de los pacientes. En cambio, las necesidades de los y las pacientes que ahora viven en la comunidad se han diversificado, se han hecho más complejas, evolucionan con el paso del tiempo, son gestionadas por profesionales diferentes de sectores también diferentes, sanitarios y no sanitarios, y exigen la participación y la colaboración continua de los y las usuarios. Para mantener la continuidad asistencial en un panorama tan variado ha sido necesario poner en práctica estrategias de coordinación que faciliten mantener la continuidad longitudinalmente —a lo largo de todo el proceso asistencial— y transversalmente —entre los dispositivos e instituciones implicados en un momento determinado.

La integración de la salud mental en el sistema sanitario general, la unificación de todos los servicios y la sectorización territorial son los elementos básicos que permiten un funcionamiento coordinado. Otros elementos constituyentes del modelo comunitario de atención en salud mental contribuyen también a facilitar la coordinación. Su desarrollo e implantación se justifican por otras razones que ya han sido mencionadas en capítulos anteriores, pero los volveremos a mencionar aquí en relación con su eficacia para la coordinación. Entre ellos cabe destacar el funcionamiento en red, la historia clínica integrada, el equipo multidisciplinar, diversos modelos organizativos específicos (incluyendo la atención por procesos) y la implicación de los usuarios y usuarias y familiares en las tareas asistenciales.

## La integración de la salud mental en el sistema sanitario general

Existe un acuerdo generalizado en que la integración de la atención a la salud mental en el sistema general de atención a la salud es necesaria e implica cambios tanto en la organización de la atención a la salud mental como en la atención a la salud en general. Esto, sin embargo, ha presentado dificultades tales que, hasta la fecha, en la mayoría de los países, ni entre la comunidad profesional ni en la Administración se ha desarrollado un sistema articulado y coordinado capaz de proporcionar una base para la planificación, la evaluación, la gestión y la financiación de la salud mental en este nuevo contexto. Para resolver este problema se ha recurrido a la implantación de comisiones interinstitucionales de coordinación al más alto nivel que puedan integrar políticas y planes de actuación. La utilidad de estos procedimientos depende de la voluntad política para adjudicarles o no un papel efectivo.

## La sectorización territorial

Es otra herramienta clave para la coordinación. La sectorización provee el marco estructural y organizativo de la psiquiatría comunitaria y constituye la base para el establecimiento de una coordinación eficaz. La sectorización supone la existencia de tres elementos: un área de cobertura delimitada geográficamente; una sola gerencia, y la existencia de una red de servicios suficiente para dar respuesta a todas las necesidades en materia de salud mental de la población residente en el área. Se han descrito tres modelos para la gestión de los servicios sectorizados: el modelo hospitalocéntrico, en el cual los servicios del área se coordinan y gestionan desde el hospital; el modelo en el que los servicios se gestionan desde un centro o unidad de salud mental del área sanitaria, y el modelo integrado en atención primaria<sup>29, 30</sup>. No existen estudios que comparen la eficacia de estos tres modelos; sin embargo, por razones históricas, en la mayor parte de los sistemas sanitarios europeos la organización y gestión de los servicios del área o sector se realizan desde el hospital. En cualquier caso, el desafío actual sigue siendo articular estrategias que permitan la gestión de redes complejas, integradas por una variedad de dispositivos, programas y profesionales destinados a satisfacer las necesidades de una población determinada, y no reducir éstas a una mera aposición de dispositivos satélites de un dispositivo «central» a cuya lógica han de plegarse los demás.

## La organización y funcionamiento en red

La existencia de una red de servicios fundamentada en una concepción biopsicosocial y comunitaria de la atención, basada en acuerdos de funcionamiento integrado entre los servicios de salud mental, la atención primaria

y los servicios sociales, y respaldada por el correspondiente órgano interdepartamental, es otra de las bases para una coordinación efectiva y, a la vez, posiblemente la más difícil de lograr. El funcionamiento en red requiere un contacto fluido entre los integrantes de la red, compartir valores, objetivos y estrategias, una asignación clara de responsabilidades y de competencias y un lenguaje común, cuestiones todas ellas de difícil consecución. Las comisiones de enlace entre los dispositivos, la implantación de protocolos de derivación, la generación de un lenguaje y cultura comunes por medio de la formación y la difusión del conocimiento, y la articulación de mecanismos específicos para garantizar el funcionamiento sinérgico de los diferentes profesionales y dispositivos que han de actuar simultáneamente o sucesivamente sobre un mismo paciente, son elementos que facilitan la coordinación y aumentan la consistencia del sistema.

El equipo multidisciplinar es el instrumento básico tanto para la coordinación transversal como para la longitudinal. Su implantación en las áreas sanitarias que han adoptado una orientación comunitaria está generalizada; de hecho, se le reconoce como el símbolo de este enfoque. Los ensayos clínicos publicados muestran que, en comparación con la forma tradicional de prestar asistencia, el equipo comunitario multidisciplinar reduce significativamente la tasa de abandonos, mejora la satisfacción de los y de las pacientes y sus familiares y, probablemente, disminuye el número de suicidios en el caso de los trastornos mentales graves<sup>174</sup>. En un estudio no randomizado utilizando una muestra de pacientes con trastorno depresivo y de ansiedad se encontró que el equipo multidisciplinar, manteniendo resultados clínicos equivalentes a los obtenidos mediante manejo tradicional basado en el hospital, reduce el tiempo de espera, mejora la continuidad asistencial y la satisfacción de los y de las pacientes y sus familiares, y es más coste-eficiente<sup>175</sup>.

Otros modelos organizativos. Al equipo multidisciplinar se añaden otros elementos desarrollados con el objeto de coordinar las prestaciones y mejorar la continuidad de cuidados que han mostrado su eficacia en ensayos clínicos controlados, como son los diferentes modelos del llamado *case management*<sup>176, 177, 178</sup>, el «tratamiento asertivo comunitario»<sup>179, 180</sup> y los «equipos de intervención en crisis» a domicilio<sup>181</sup>.

Desde la perspectiva de la gestión clínica, también se ha avanzado en la implantación de procedimientos que buscan mejorar la continuidad asistencial estableciendo acuerdos de funcionamiento integrado entre los proveedores locales, referidos a grupos de trastornos que presentan necesidades múltiples y complejas. Como ya se dijo en el capítulo anterior, no existen estudios controlados que comparen la atención por procesos con la atención tradicional de los trastornos mentales en cuanto a eficacia para mantener la continuidad de cuidados, pero su uso está respaldado por una

amplia experiencia en otras especialidades médicas y quirúrgicas, y también en salud mental, a nivel internacional.

La coordinación entre atención primaria y especializada constituye uno de los pilares del enfoque comunitario. Al menos tres modelos de coordinación han sido descritos: el modelo «derivación», en el que atención primaria y salud mental son instancias separadas, cada una con responsabilidades definidas en cuanto a la salud mental y que se coordinan por medio del diálogo y de protocolos; el modelo de «reemplazo», en el que profesionales de la salud mental se instalan en los locales de atención primaria y atienden directamente a los pacientes que presentan trastornos mentales, y el modelo «enlace», en el que los profesionales de la salud mental apoyan a los de atención primaria en el tratamiento de los trastornos mentales actuando de consultores o supervisores de casos.

La historia clínica única. Es el documento que permite la transmisión de información clínica individual, facilitando la acción coordinada de todos los profesionales que actúan sobre un mismo caso. Se trata de un documento que contiene todas las intervenciones realizadas a un paciente por parte de cualquier profesional, en cualquier escenario terapéutico y en cualquier momento del proceso asistencial, en un mismo episodio y en episodios sucesivos. La conexión a través de una red informática permite el intercambio de información que, de otra forma, sería prácticamente imposible. Una historia clínica integrada en el ámbito sanitario general, descentralizada e interconectada es una herramienta sumamente eficaz para la coordinación asistencial.

Tanto en el Informe de la Comisión Interministerial para la Reforma Psiquiátrica como en la Ley General de Sanidad, que establece como referente para la organización de servicios los principios de la psiquiatría comunitaria, se alude a la necesidad de integración y coordinación.

Así, en el citado Informe de reforma, en el apartado 3.2, se dice: «Es necesario que un vez establecidas y definidas funcional y territorialmente las áreas de salud todos los recursos sanitarios, públicos y concertados, responsables de la atención psiquiátrica y de la salud mental, constituyan una unidad integrada, al menos funcionalmente». Y en el mencionado artículo 20 de la LGS, apartado 3: «se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para la adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales».

Por otra parte, en las más recientes iniciativas europeas, tales como la Declaración y el Plan de Acción de Helsinki, y el proyecto de Libro Verde para la Salud Mental en Europa, se incide con particular énfasis en la perspectiva intersectorial, que, más allá de los servicios sociales, atañe a prácticamente todos los departamentos de gobierno. Este aspecto es particular-

mente relevante cuando consideramos tanto los aspectos de promoción y prevención como los de rehabilitación, inclusión, inserción y recuperación y contrarrestar el estigma.

El Libro Verde para la Salud Mental señala que «la salud mental es un asunto capital para los ciudadanos, la sociedad y las políticas públicas». Sin salud mental no hay salud. Para los ciudadanos, constituye el recurso que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional, así como desempeñar con competencia su papel en la sociedad, la escuela, la familia y el trabajo. Para las sociedades, la salud mental de la ciudadanía contribuye a la prosperidad, la solidaridad y el capital social.

Siguiendo esta línea argumental, la Declaración Europea en Salud Mental es concluyente cuando, en la acción octava del Plan de Acciones, propone un marco relacional para la intersectorialidad mediante el establecimiento de relaciones formales con otros sectores no sanitarios, siendo éste uno de los retos más importantes no resueltos, en general, por los sistemas sanitarios europeos.

La Declaración «Salud para Todos en el Siglo XXI», de la Oficina Regional Europea de la OMS, sigue enfatizando la participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las sociedades en el desarrollo continuo de la salud. Y destaca, como parte de su estrategia, la necesidad de establecer «*un proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo; así como a nivel social y nacional, y que promueva la toma de decisiones, la implicación y la responsabilidad conjunta*».

## Situación actual en España

En estas últimas dos décadas se ha producido en España una efectiva integración de la salud mental en el sistema sanitario general, si bien en algunas áreas todavía persisten unidades monográficas de hospitalización cuya integración en la red sanitaria general es puramente nominal. Se ha logrado también unificar las redes municipales, de diputaciones provinciales y las autonómicas, y prácticamente, aunque no del todo, ha desaparecido el antiguo cuerpo de neuropsiquiatras de cupo. Sin embargo, la tendencia a externalizar servicios, especialmente servicios sociales, ya iniciada en la época de la desinstitucionalización, está generando en algunas autonomías la emergencia de dispositivos de gestión privada que, siguiendo un desarrollo escasamente controlado por la Administración, no se integran en el conjunto de la red pública o se integran sólo parcialmente<sup>182, 183</sup>.

En cuanto a la coordinación con los servicios sociales, pese a que en más de la mitad de las Comunidades Autónomas existen comisiones inte-

rinstitutionales de coordinación y también entre dispositivos a nivel de área, éstas no funcionan o funcionan insuficientemente. La organización y gestión sectorizada es una realidad en prácticamente todas las Comunidades Autónomas, pero en algunas el área sanitaria general no coincide ni geográfica ni administrativamente con el área de salud mental, lo cual obstaculiza considerablemente la relación entre ambos sectores. A esto se ha añadido recientemente una nueva barrera para la coordinación que resulta del traslado de la gestión de la rehabilitación desde los servicios de salud mental a los servicios sociales. En algunas autonomías la relación entre estos dos sectores está mediada por la Administración central, con la consiguiente burocratización y pérdida de consistencia del sistema. «La principal dificultad en la formulación de políticas sociosanitarias (o de garantizar la continuidad de los cuidados) se encuentra en la existencia de dos administraciones con objetivos, prioridades, niveles de desarrollo y descentralización diferentes, que necesitan entenderse —hablar el mismo lenguaje— para establecer objetivos comunes»<sup>184</sup>.

En las tres cuartas partes de las Comunidades Autónomas la asistencia por equipos multidisciplinares está consolidada, pero su funcionamiento no siempre responde al principio de la necesaria interacción entre sus miembros. Por diversos motivos, los equipos se mantienen como estructura pero no funcionan integradamente.

La historia clínica única informatizada no está todavía implantada de forma generalizada en España. En algunas Comunidades Autónomas se ha alcanzado buen nivel de desarrollo, pero en la mayoría la conexión informática solamente se ha logrado entre atención primaria y salud mental.

### Puntos críticos

- En general, se puede afirmar que la cultura de coordinación y cooperación en los servicios de salud mental y entre éstos y los restantes sectores institucionales está insuficientemente desarrollada.
- La inserción de la salud mental en el sistema sanitario general se ha conseguido de forma bastante completa a nivel asistencial en la mayor parte de las Comunidades Autónomas, pero no ha ocurrido lo mismo en cuanto a la inserción en el organigrama de las Consejerías de Salud ni en el desarrollo de unidades técnicas de salud mental.
- La utilización de canales formales de comunicación entre las instituciones, entre los dispositivos y entre los y las profesionales no ha alcanzado un nivel de operatividad suficiente. Algunos desarrollos, como la adscripción de la rehabilitación a servicios sociales y la externalización de servicios, están poniendo en riesgo la unidad del sistema.

- Todavía no se ha logrado la implantación de redes informáticas que abarquen los servicios sanitarios en su totalidad y, por lo tanto, la implantación de la historia única informatizada sigue siendo un deseo más que una realidad en casi todas las Comunidades Autónomas.
- Aunque los equipos multidisciplinares se han implantado y se mantienen como estructura en casi todo el país, se detecta una tendencia creciente a su desintegración funcional, debilitándose la interacción entre sus miembros y perdiéndose con ello lo esencial de su aportación.
- Es muy llamativo que no se haya generalizado el uso de formas de organización asistencial para asegurar la continuidad de cuidados en la atención a los trastornos mentales graves, como el tratamiento asertivo comunitario, que han recibido un soporte experimental muy sólido por su eficacia y coste-efectividad.
- La participación de los usuarios y de las usuarias y familiares ha supuesto cambios en la definición y priorización de los objetivos, las estrategias, los instrumentos y el control de los resultados de los servicios. Todavía hoy existe un escaso desarrollo de mecanismos de participación y de cooperación de las y los pacientes y familiares en la definición de necesidades, en la participación directa en la provisión y evaluación de servicios.

### 2.3.2. Objetivos y recomendaciones

#### Objetivo general 6

- Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.

#### Objetivos específicos

- **6.1.** Implantar por las Comunidades Autónomas mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.
- **6.2.** Las Comunidades Autónomas establecerán un marco general que determine la implicación y el papel de la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia» en las personas con dependencia por enfermedad mental.
- **6.3.** Implantar por las Comunidades Autónomas, en el marco de sus competencias, mecanismos eficaces de coordinación asistencial

dentro de cada estructura territorial sanitaria, entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención a los trastornos mentales graves.

## Recomendaciones

- Las Comunidades Autónomas desarrollarán y potenciarán los aspectos contemplados en la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia».
- Se recomienda, dentro de las competencias de las Comunidades Autónomas y en consonancia con la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia», crear una Comisión de Coordinación Interdepartamental entre las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Justicia, Economía y Hacienda, así como con el Ministerio del Interior y otras que pudieran estar implicadas, para: 1) integrar las políticas en salud mental, y 2) asesorar en la elaboración del Plan de Salud Mental autonómico.
- Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y niñas y adolescentes en tratamiento.
- Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales que garantice la continuidad de los cuidados de la población de edad avanzada en su medio residencial, al amparo de lo establecido en la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia».
- Crear mecanismos de coordinación en el ámbito de la Comunidad Autónoma para garantizar la atención integrada a la problemática de las drogodependencias dentro de la salud mental.
- Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con instituciones penitenciarias y centros de acogida y residenciales.
- En caso de concertación y/o compra de servicios, se establecerán criterios de calidad y evaluación, coordinación e integración con la estructura organizativa de atención a la salud mental de la Comunidad Autónoma.

## 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.

## Objetivos específicos

- **7.1.** Desarrollar en cada Comunidad Autónoma una estrategia de información dirigida a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que pueden utilizar, y los procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones.
- **7.2.** Implantar en cada Comunidad Autónoma mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios.
- **7.3.** Establecer por las Comunidades Autónomas 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.

## Recomendaciones

- En los órganos consultivos y de asesoramiento relacionados con la salud mental, se contará con representantes de las asociaciones de profesionales de la salud mental.
- En los órganos consultivos y de asesoramiento relacionados con la salud mental, se contará con representantes de las asociaciones de usuarios y familiares de personas con trastorno mental.
- Para que la participación de las asociaciones de usuarios y familiares sea efectiva es necesario que se refuerce su continuidad e independencia. Para ello, se respaldará a las asociaciones representativas que puedan actuar como interlocutoras en las cuestiones que les conciernen en materia de salud mental.
- Se establecerán mecanismos de apoyo y asesoramiento a las asociaciones de familiares y personas con trastornos mentales para que puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo, de lucha contra el estigma y de defensa de sus derechos.

### 2.3.3. Evaluación

Objetivos generales 6 y 7

(ver ficha técnica detallada en el título 2.6.3)

#### Indicadores

- Mapa de dispositivos de salud mental.
- Ratio de psiquiatras por población.

#### Ejemplos de buenas prácticas

##### 3.1. Manual de procedimientos y guías de actuación: programa ACOUGO

**Objetivo:** Coordinar la actuación de los diferentes profesionales para la atención urgente extrahospitalaria de los pacientes con enfermedad mental.

**Población diana:** Población de personas con enfermedad mental.

**Ámbito:** Comunidad Autónoma.

**Descripción:** Procedimiento único de coordinación y asistencia para toda la Comunidad Autónoma Gallega. Este proyecto ha sido elaborado por un grupo de trabajo formado por representantes de la Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061, del Programa de Salud Mental del SERGAS, con la colaboración de Grupo de trabajo de protocolos del 061. Se estructura en los siguientes apartados:

1. Procedimiento general: El 061 es el número de referencia para la atención de las llamadas relacionadas con urgencias psiquiátricas de la Comunidad Autónoma de Galicia. Cualquier usuario puede llamar para solicitar atención sanitaria urgente. Los usuarios pueden ser pacientes, sanitarios, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, jueces, etc. El 061, tras recibir la llamada, recogerá los datos de localización o los recuperará del archivo de pacientes registrados en el programa y podrá resolver la llamada: a) Sin movilización de recursos: Información sanitaria, consulta médica telefónica, derivación a Atención Primaria, intercomunicación con psiquiatría del área. b) Con movilización de recursos: Médico de Atención Primaria, ambulancia asistencial, ambulancia de soporte vital avanzado, otros.
2. Guías de actuación para la atención de distintas patologías psiquiátricas —alteración de la conducta, traslado involuntario, paciente agitado, paciente con psicosis, paciente con depresión, paciente con ideación suicida, paciente con ansiedad— desde la primera llamada al 061 hasta la asistencia y/o traslado del paciente. En cada patología se plantea la actitud a seguir, comenzando con una anamnesis detallada dirigida, unas re-

comendaciones y una respuesta para cada supuesto, junto con un algoritmo que contempla todos los canales de coordinación.

3. Guía Farmacológica que explica de forma sencilla los datos imprescindibles para el manejo de un compendio de medicamentos de urgencias psiquiátricas en un servicio de urgencias extrahospitalario. En la Guía se incluyen el nombre comercial, nombre farmacológico, forma de presentación, mecanismo de acción, indicaciones, dosis y preparación, contraindicaciones, efectos secundarios e interacción farmacológica, así como la categoría de riesgo fetal de la FDA (Food and Drug Administration de EE.UU.) en cada fármaco.

**Evaluación:** Se realiza por una Comisión Mixta de Evaluación y Seguimiento del procedimiento y guías formada por los mismos miembros responsables de su actualización. Recoge información sobre:

- Actividad y explotaciones de los servicios atendidos por el 061 de pacientes con sospecha de patología psiquiátrica.
- Documentación bibliográfica y actualizaciones de los servicios implicados.
- Incidencias de ambos servicios.

**Institución y centro responsables:** Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia-061. SERGAS: Subdirección de Saúde Mental e Drogodependencias. Programa de Saúde Mental.

## Ejemplos de buenas prácticas

### 3.2. Servicio de información y asesoría jurídica

**Objetivo:** Ofrecer una estrategia de información dirigida a los enfermos y familiares sobre salud mental en la que se incluyan, entre otras, las prestaciones a las que tienen derecho, la forma de acceso y los procedimientos administrativos para cursar reclamaciones y denuncias. Servir de referente con carácter general para cualquier asunto en relación a la salud mental.

**Población diana:** El CEIFEM dirige su atención a las personas con enfermedad mental, sus familiares, profesionales de la salud mental y los servicios sociales, y a la sociedad en su conjunto.

**Ámbito:** Estatal. Locales de FEAFES.

**Descripción:** El Centro Español de Información y Formación sobre la Enfermedad Mental (CEIFEM), con sede en las instalaciones de la Confederación FEAFES, ofrece un servicio de

información y asesoría jurídica de ámbito estatal. Este servicio se presta previa demanda específica e individual de la persona interesada, se atiende de forma presencial o a través de teléfono, siendo este último el medio más utilizado.

En el marco del Plan Estratégico FEAFES 2005-2009 se determina que los Servicios de Información son acciones básicas a prestar por parte de las entidades miembros, y que en el ámbito autonómico se promoverá, a través de las Federaciones/Asociaciones Uniprovinciales, la puesta en marcha de Servicios Especializados de Asesoría Jurídica en coordinación con la estructura del CEIFEM.

En este sentido, en el Comité Jurídico FEAFES participan todos los profesionales del Derecho vinculados a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental.

La estrategia de colaboración y coordinación se considera de especial trascendencia en aras a la eficacia y eficiencia de los recursos disponibles y futuros.

**Evaluación:** Durante 2005 el CEIFEM ha efectuado un total de 2.016 intervenciones, de las que 1.303 son acciones de información y 440 de asesoría jurídica. Para ampliar información pueden consultarse las Memorias anuales de la Confederación FEAFES ([www.feafes.com](http://www.feafes.com)).

**Institución responsable:** Confederación Española de Agrupaciones y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).

**Persona de contacto:** Francisco Morata Andreo, Presidente. C/ Hernández Mas, 20-24. 28053 Madrid (e-mail: [feafes@feafes.co](mailto:feafes@feafes.co)).

## Ejemplos de buenas prácticas

### 3.3. Programas de coordinación de cuidados y apoyo social

**Objetivo:** Facilitar la actuación coordinada y sinérgica de las distintas unidades y programas de los servicios de salud mental y de otros recursos comunitarios sobre aquellas personas que tienen dificultad para extraer beneficio de los mismos o por requerir simultánea o sucesivamente el uso de varios de ellos, o por carecer de los aportes sociales necesarios, y organizar las acciones precisas para proporcionarles un adecuado sistema de cuidados, mediante la elaboración de un plan individualizado y la asignación de un tutor personalizado.

**Población diana:** Pacientes con trastorno mental grave que utilizan simultánea o sucesivamente varios recursos de la red o están en riesgo de perder los apoyos sociales necesarios para mantenerse en la comunidad.

**Ámbito:** Se desarrollan desde los servicios de salud mental de distrito.

**Descripción:** Programa específico que consiste en la asignación a cada uno de los pacientes de un *tutor o coordinador de cuidados*, responsable de la elaboración y la supervisión de un plan individualizado que pretende facilitarle el acceso y el mejor uso posible de cada uno de los recursos que requiere, y garantizar la coordinación entre estos distintos recursos, procurando que actúen de un modo coordinado y sinérgico, y evitando duplicaciones o entorpecimiento mutuo.

Es uno de los modelos de plan individualizado de atención a los trastornos mentales graves, que se diferencia del de tratamiento asertivo comunitario en que no la proporciona desde un recurso específico, sino que intenta mantener el contacto en los recursos estándar, incluido el centro de salud mental.

**Evaluación:** La inclusión en el programa disminuye el número de hospitalizaciones, de estancias hospitalarias y de urgencias.

**Institución y centro responsables del programa:** Servicios de Salud Mental del Área 3 y del Área 9 de Madrid. Comunidad de Madrid.

**Contacto:** Alberto Fernández Liria, Área 3 (afernandez@salud.medrid.org); Manuel Desviat Muñoz, Área 9 (mdesviat.ipjg@salud.madrid.org).

## Ejemplos de buenas prácticas

### 3.4. Mesas de salud mental: participación de la FECAFAMN

#### Objetivos:

- Establecer, por las CC.AA., los mecanismos y vías de participación de las asociaciones de usuarios y familiares en la planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud mental, potenciando los consejos de salud allí donde los hubiere.
- Conseguir que las actuaciones respecto a las personas con trastorno mental y sus familias tengan carácter comunitario, basado en: la atención personalizada e integral, la promoción de los derechos de las personas con problemas de salud mental y sus familias, garantizando su plena ciudadanía y la orientación a objetivos de máxima integración, normalización y participación.
- Dar a conocer la situación de estas personas, representar y defender sus derechos, y colaborar en la mejora y/o creación de los recursos sanitarios y sociales necesarios en cada población.

**Población diana:** Gestores y profesionales de la salud mental, personas que padecen trastornos mentales y sus familiares.

**Ámbito:** Local del Ayuntamiento y/o de los recursos sanitarios.

**Descripción:** Las organizaciones que tienen que formar parte de las Mesas de Salud Mental son conocedoras del territorio y el entorno social donde se enmarcan las necesidades de las personas con problemas de salud mental y sus familias. A menudo intervienen como interlocutores y/o vías de acceso entre los diferentes organismos y la sociedad. Trabajo de coordinación en el territorio, donde se inscribe cada asociación; se pretende participar en, y/o crear, espacios de reflexión, debate e intercambio de información alrededor de los problemas de salud mental en general y de sus necesidades de atención en particular. Se realiza un trabajo para conseguir que los municipios se sensibilicen y se motiven para obtener un conocimiento profundo de su realidad en relación con la situación de la salud mental en su territorio, y poder diseñar un Plan de Actuación y Coordinación para abordar la problemática de salud mental en su área de influencia. En Cataluña se está implementando de forma progresiva en todo el territorio en estos momentos, con diferentes experiencias a nivel municipal y supramunicipal.

**Evaluación:** La evaluación está en proceso y la información sobre los resultados está detallada en el material elaborado para la asamblea 2006, la Memoria de la FECAFAMM 2005.

**Institución y centro responsables del programa:** Federació Catalana d'Associacions de Familiars de Malalts Mentals (FECAFAMM).

**Contacto:** Teresa Marfull Blanc, Carrer Berguedà, 9-11, ent. 3 era. 08029 Barcelona (e-mail: federacio@familiarsmalaltsmentals.org y tmarfull@familiarsmalaltsmentals.org).

#### **Referencia bibliográfica**

Federació Catalana d'Associacions de Familiars de Malalts Mentals (FECAFAMM). Les Taules de Salut Mental, una eina de coordinació en el territori. En: Butlletí de la FECAFAMM. Barcelona. Butlletí n.º 0. Gener 2006 (pág. 1).

Página web: [www.familiarsmalaltsmentals.org](http://www.familiarsmalaltsmentals.org)

## 2.4. Formación del personal sanitario

### 2.4.1. Justificación

El contenido de la Línea estratégica 4 recoge parte de la acción novena del Plan de Acción de Helsinki, que propone la creación de un contingente de profesionales competentes en el abordaje de la salud mental.

Dado el ámbito de la estrategia, nos centraremos en la formación continuada, aunque, siendo conscientes de la importancia que tiene la formación pregrado y especializada de los distintos profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en salud mental, analizaremos brevemente la situación actual.

En el primer ámbito de actuación, la atención primaria de salud, está regulada la formación postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria y en Pediatría, iniciándose en estos momentos la regulación de la formación postgrado de Enfermería Familiar y Comunitaria. Sólo en el programa formativo de Medicina Familiar y Comunitaria se contempla la formación y rotación por las unidades de Psiquiatría.

En el campo de la atención especializada en salud mental está regulada la formación postgrado en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería Especialista en Salud Mental, aunque esta última especialidad no es exigible como condición para trabajar como enfermera en un centro de salud mental o en una unidad hospitalaria, si bien sería deseable una implantación progresiva de este requisito.

Las bases para una política de formación continuada en salud mental Siguiendo las recomendaciones de la OMS (WHO, 2005), una política para la formación continuada debe tener en cuenta, entre otros, la existencia de un compromiso firme por parte de la Administración para facilitar la formación en horario laboral y desarrollar la carrera profesional, y procedimientos de valoración, evaluación y reconocimiento de los progresos, y, por otro lado, el empeño de los profesionales para hacer uso de las nuevas competencias.

Las necesidades en salud mental como guía para la formación continuada

Así como la formación especializada del personal sanitario tiene como objeto dotarle de las competencias necesarias para atender las necesidades de la población en materia de salud mental, la formación continuada debe actualizarlas y ampliarlas.

La formación continuada no puede ajustarse a un programa único como la formación especializada, sino que debe adaptarse a las necesidades de cada situación, de cada equipo y de cada profesional, lo que exige un análisis previo de dichas necesidades. Por lo tanto, para la elaboración de programas de formación continuada deben tenerse en cuenta las necesidades poblacionales, institucionales e individuales.

Las necesidades de la población varían con la historia de cada comunidad. La emergencia de «nuevas necesidades y demandas» poblacionales

—ligadas a cambios demográficos, sociales y políticos, catástrofes y guerras, epidemias, etc.—, junto con el progreso técnico y científico, hacen que la formación del personal sanitario deba ser un proceso dinámico en continua actualización y adaptado a los contextos locales.

Asimismo, se considera fundamental la formación en gestión clínica, en evaluación de servicios y en metodología de la investigación, aspectos que deben ser tenidos en cuenta para mejorar la eficacia y la eficiencia del sistema y mantenerlo continuamente actualizado. También las necesidades percibidas por los propios profesionales sobre sus carencias e intereses formativos son otro aspecto a destacar, en el contexto en el que el profesional desarrolla su actividad.

Una vez acordados y establecidos los requisitos normativos y estructurales básicos y las prioridades de formación en función de las necesidades, que se consigan unos resultados de calidad o no depende de múltiples factores individuales e institucionales, pero conviene subrayar que el método de enseñanza juega un papel determinante en los resultados. Los métodos que requieren una participación activa en el aprendizaje son los únicos con los que se obtienen resultados duraderos. En esta línea, los talleres centrados en la enseñanza de competencias concretas, seguidos de práctica supervisada, constituyen la herramienta clave.

#### Algunos aspectos clave para la formación continuada en salud mental comunitaria

En todas las ramas de la asistencia clínica, una parte relevante de la calidad asistencial —y también del gasto— depende de los recursos tecnológicos. En salud mental, sin embargo, lo que determina la calidad asistencial son principalmente los y las profesionales. No solamente por su lado humano y de disposición a ayudar, sino además por su capacidad para utilizarse a sí mismos como instrumento de diagnóstico, de comunicación y de recuperación, aspecto éste de naturaleza técnica que tiene que adquirirse con entrenamiento específico. Por lo tanto, una parte de los programas de formación debe dedicarse al desarrollo específico del rol profesional en el sentido indicado.

La naturaleza multifactorial de los trastornos mentales requiere la aportación de especialistas de diferentes disciplinas. El equipo multidisciplinar no es la suma de los especialistas que lo componen, sino el resultado de la interacción entre ellos. Por este motivo, se necesitan programas y actividades formativas dirigidos no sólo a los especialistas, sino al equipo como unidad discente.

El enfoque comunitario de la atención a los trastornos mentales ha traído consigo el desarrollo de servicios, dispositivos y programas que invo-

lucran a otros sectores institucionales —servicios sociales, trabajo, justicia, vivienda y educación— y no institucionales, como son las asociaciones de enfermos y familiares y las agrupaciones de voluntarios. Para desenvolverse profesionalmente en este contexto y contribuir positivamente al trabajo en red, son necesarias competencias específicas de comunicación, de negociación, de enlace y de resolución de conflictos.

Se requiere una profunda transformación de actitudes y la adquisición de nuevas destrezas para desarrollar un espacio de trabajo nuevo, paralelo y simultáneo al trabajo clínico, en pie de igualdad con los enfermos y sus familiares, para hacer realidad los conceptos de empoderamiento (empowerment) y el «paradigma de la recuperación».

En la actualidad se dispone de un amplio repertorio de técnicas educativas y de entrenamiento dirigidas a los cuidadores informales de las personas con trastornos mentales graves, que se administran de forma desordenada y fragmentaria al tratarse de una formación no reglada. Por otra parte, las asociaciones de familiares ofrecen servicios de ayuda mutua, de rehabilitación, de atención en crisis y de defensa de los derechos de los pacientes, con poco o ningún apoyo técnico. Hay que reflexionar sobre la posibilidad de poner en práctica programas de formación dirigidos a las asociaciones de familiares que contemplen los dos aspectos mencionados.

Otra cuestión se plantea en relación con la salud mental comunitaria en positivo, como estado de bienestar. La cultura sanitaria actual sitúa la salud mental en la categoría de valor y su promoción se considera una línea prioritaria (Declaración y Plan de Acción de Helsinki). Existe un relativo consenso en la comunidad científica sobre la definición conceptual de salud mental, los elementos operativos que la componen y las destrezas necesarias para promocionarla. Tal vez ha llegado el momento de incorporar estos elementos en los programas formativos de los y las profesionales de salud mental, en particular la modificación de actitudes que permitan el paso de una concepción de la actividad sanitaria basada en la identificación de factores de riesgo a otra basada en la identificación y fortalecimiento de factores de protección.

Situación actual

### **La formación especializada**

El nuevo programa de Medicina de Familia y Comunitaria contempla la formación en salud mental de forma estructurada, con distintos niveles de prioridad y responsabilidad, desarrollándose este aprendizaje durante los cuatro años de la especialidad en diferentes dispositivos asistenciales.

El balance del funcionamiento básico de la especialización en psiquia-

tría, psicología clínica y enfermería de salud mental y su regulación legal y administrativa es claramente positivo, sin perjuicio, claro está, de tener abiertas posibilidades de perfeccionamiento. En este sentido, cabe subrayar como elementos comunes a las tres especialidades los siguientes: la necesidad de ampliar la duración de la formación, potenciar e implementar las auditorías como medio de mejorar y mantener la calidad, crear un sistema de información que facilite la gestión y, en el caso de la psiquiatría y la psicología clínica la posibilidad de desarrollar las Áreas de Capacitación Específica (Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Psicoterapia, Drogadicciones y Psicogeriatría; Psicología Clínica Infantil y de la Adolescencia, Psicología de la Salud, Psicoterapia y Neuropsicología).

La necesidad de contar en el futuro con un número adecuado de recursos humanos en salud mental aconseja revisar al alza la capacidad formativa y el número de plazas acreditadas para formación.

### **La formación continuada**

En 1997, por acuerdo entre el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas en el Consejo Interterritorial, se creó la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y, en 1999, se creó un sistema de acreditación específico. Los créditos reconocidos por este sistema son válidos en todo el territorio del Estado y son otorgados tras evaluación de las actividades propuestas por dicha Comisión o por las agencias que las Comunidades Autónomas, que así lo han decidido, han creado al respecto y que se atienen a los mismos criterios que la Comisión estatal.

En 2002, el Ministerio de Sanidad y Consumo hizo una encomienda para la acreditación de estas actividades a los Consejos Generales de Colegios de Médicos y Enfermería.

El Consejo General de Colegios de Médicos firmó en 2003 un acuerdo con la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España, la Conferencia de Decanos de Facultades de Medicina y el Consejo Nacional de Especialidades Médicas para crear una agencia acreditadora para formación médica continuada, llamada SEAFORMEC, que otorga créditos de la Comisión de Formación Continuada y, eventualmente, de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) o de la American Medical Association (AMA). Las entidades promotoras pueden someter las actividades que proyectan a evaluación, mediante el pago de una tasa.

En enfermería, los Ministerios de Sanidad y Consumo y de Educación, Cultura y Deporte han encomendado la gestión de la acreditación de actividades a nivel estatal al Consejo General de Colegios Profesionales de Di-

plomados en Enfermería, que aplica los criterios comunes a la Comisión de Formación Continuada. Paralelamente, la formación continuada es competencia de las Comunidades Autónomas, que en sus respectivas Consejerías de Sanidad poseen una Comisión de Acreditación. Los criterios de acreditación son muy generales y no específicos de enfermería en salud mental, ni siquiera de enfermería.

## **La formación continuada de los profesionales que trabajan en salud mental**

### **La formación en psiquiatría**

En los últimos treinta años, esta formación ha sufrido un acelerado periodo de crecimiento en la extensión y profundidad de sus conocimientos y, en consecuencia, una acelerada caducidad de los mismos. Podría estimarse que la vigencia de los conocimientos adquiridos en un momento dado, en aspectos concretos e importantes como son los medios de tratamiento, no va más allá de tres años, como media.

A pesar de ello, la actualización de los especialistas ha sido claramente insuficiente y se ha limitado a acciones fragmentarias carentes de homogeneidad y articulación. La formación continuada, en sus dos aspectos de reciclaje y perfeccionamiento, se encuentra a expensas de la responsabilidad personal y voluntarista de los y las profesionales, que acuden para ello a las ofertas existentes, una gran parte de las cuales proviene de la iniciativa privada.

La industria farmacéutica (visitadores médicos, reuniones científicas y congresos, contratación de ensayos clínicos), las instituciones públicas (Universidad, Consejerías) y la documentación científica son los principales proveedores de formación continuada en España. Sin duda, el mayor volumen e influencia corresponde a la industria, lo que inclina la balanza necesariamente hacia una formación básicamente biologicista.

### **La formación en psicología clínica**

En la actualidad, no existe ningún sistema o normativa que la incentive o la fomente, en parte debido a la juventud de la especialidad en el sistema sanitario español.

Esta importante laguna debe ser resuelta con urgencia y en ello deben participar de manera activa y coordinada las CC.AA., el Estado y las sociedades científicas y profesionales de la psicología clínica.

Pero, además, dado el modelo comunitario de atención a la salud men-

tal en el que nos encontramos, esta formación continuada debe ser no sólo unidisciplinar, esto es, específica para los psicólogos clínicos en ejercicio, sino que debe incluir también actividades de formación continuada de carácter multidisciplinar (psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermería en salud mental, trabajo social).

## **La formación en enfermería**

Nos encontramos con un panorama fragmentario y disperso, con múltiples dispensadores de formación (universidades, sociedades científicas, sindicatos, colegios profesionales, agencias de formación de Comunidades Autónomas, etc.), que no siguen un plan general ni criterios homogéneos, guiados muchas veces por intereses distintos, en los que la formación específica, el desarrollo y adquisición de competencias ligadas a la práctica profesional no son el fin principal.

En este momento, además, la formación continuada está centrada en la consecución de los créditos necesarios para el acceso excepcional al título de enfermero especialista.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), en su documento «Desarrollo de los recursos de Enfermería para la Salud Mental», señala como prioritaria la formación postbásica en dos áreas: los cuidados de enfermedades mentales graves y el apoyo a los y las profesionales de atención primaria, esto es, la formación en continuidad de cuidados y en enfermería de salud mental de enlace. Además, sugiere una serie de áreas de formación continuada no exhaustiva: evaluación de desórdenes mentales, capacidades de comunicación, enfermería de salud mental en la comunidad, autoasistencia emocional (cuidado de la propia salud mental), evaluación e investigación, problemas jurídicos y éticos, gestión de situaciones de urgencia, gestión de la medicación psicotrópica, atención de salud mental en situaciones de urgencia humanitaria, promoción de la salud mental, modelos de salud mental para la salud pública, estigma y discriminación, abuso de estupefacientes, tratamiento de desórdenes mentales, trabajo en equipo, trabajo con los usuarios de los servicios y sus familiares y trabajo con grupos específicos.

## **Puntos críticos**

- La necesidad de definir un perfil para cada una de las especialidades que determine su papel y sus competencias, y que sirva de guía para la formación.
- La dispersión y la falta de coordinación entre los múltiples provee-

dores de formación (universidades, sociedades científicas, sindicatos, colegios profesionales, agencias de formación de las Comunidades Autónomas, etc.).

- La relación de los y las profesionales con la industria farmacéutica y el papel que ésta puede jugar en la formación continuada no están suficientemente definidos.
- La formación continuada se guía más por las características de la oferta, muchas veces más dependiente de intereses ajenos a la formación, que por la demanda basada en las necesidades de formación percibidas por los profesionales.
- La falta de un reconocimiento institucional para la formación del equipo multidisciplinar.
- La necesidad de establecer los cauces necesarios para la participación de las asociaciones de enfermos y familiares en la formación continuada.
- La necesidad de establecer la regulación de la formación continuada en psicología clínica y en enfermería de salud mental.
- La formación continuada en salud mental de los profesionales de atención primaria y de los especialistas es prácticamente inexistente, y la que se dispensa depende del esfuerzo voluntario de los equipos de salud mental.
- La necesidad de establecer un sistema de reacreditación y evaluación de competencias.
- La falta de tradición en este tipo de actividades y, cuando ha empezado a haber fondos para ellas, había un déficit de entidades proveedoras solventes, con lo que frecuentemente han sido puestas en marcha por entidades no especializadas y poco preparadas y han tenido una calidad discutible.

## 2.4.2. Objetivos y recomendaciones

### Objetivo general 8

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

### Objetivos específicos

- **8.1.** Disponer en las Comunidades Autónomas de un Plan de Formación Continuada para todos los profesionales de atención prima-

ria, 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 (6).

## Recomendaciones

- Ampliar esta formación al personal de atención primaria que trabaja en Instituciones Penitenciarias.
- El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de sus órganos competentes junto con las Comunidades Autónomas revisará los perfiles profesionales necesarios para los futuros especialistas, los criterios de acreditación de las unidades docentes y el modelo docente en general. Todo ello con el fin de alinear la formación de especialistas con las necesidades de la población según el modelo comunitario.
- Revisar el actual modelo de las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica para incluir como áreas de capacitación preferente: Psiquiatría y Psicología en la Infancia y Adolescencia, Psicología de la Salud, Psicoterapia, Psicogeriatría, Psiquiatría y Psicología Forenses y Adicciones.
- El desarrollo del Plan de Formación Continuada se basará en los siguientes principios:
  - ❖ Centrarse en problemas que deban ser detectados y resueltos por los profesionales implicados, teniendo en cuenta la morbilidad y la demanda de la población.

(6) Los contenidos de la formación continuada en salud mental de los profesionales de atención primaria pueden ser, preferentemente, los siguientes: Detección precoz y técnicas de intervención ante los trastornos mentales más prevalentes (ansiedad, depresión, trastornos adaptativos), Abordaje del duelo normal y patológico, Detección precoz y técnicas de intervención de los trastornos por somatización, Detección precoz y técnicas de intervención de los trastornos psiquiátricos asociados a enfermedades somáticas crónicas, Técnicas de comunicación con personas que presentan trastornos mentales y sus familiares, Capacitación en terapias de apoyo, Uso racional de psicofármacos, Estrategias de cuidados compartidos con atención especializada y servicios sociales.

En cuanto al contenido de la formación para los profesionales de atención especializada en salud mental, se considerarán prioritariamente los siguientes apartados: Técnicas efectivas y seguras de psicoterapia para el tratamiento de los trastornos mentales comunes, Técnicas de intervención comunitaria, Técnicas de evaluación y de diagnóstico psicológico y neuropsicológico, Técnicas de rehabilitación psicosocial, Técnicas efectivas y seguras de tratamiento farmacológico, Actualización en el ámbito de las neurociencias y sus aplicaciones clínicas, Uso racional de psicofármacos.

- ❖ Basarse en un análisis de las necesidades formativas de todos los profesionales implicados para atender a dichos trastornos.
- ❖ Promover la formación continuada mediante reuniones conjuntas de los profesionales de atención primaria y los equipos de salud mental.
- ❖ Priorizar actividades de aprendizaje participativo en pequeños grupos, tales como talleres, sesiones clínicas y sesiones de supervisión de casos, incorporando las «mejores prácticas disponibles».
- ❖ Los programas de formación deberán tener en cuenta medidas de conciliación laboral y familiar.
- ❖ Se considerarán las necesidades emergentes y específicas en salud mental de la población de cada área sanitaria (p. ej., diversidad cultural, violencia doméstica y de género, inmigración, etc.).

### 2.4.3. Evaluación

Objetivo general 8 (ver título 2.6.3)

#### **Ejemplos de buenas prácticas**

##### **4.1. Formación en cuidados integrados para trastornos esquizofrénicos**

**Objetivo:** Entrenar a profesionales de la salud mental que tienen a su cargo pacientes diagnosticados de esquizofrenia o de trastornos afines, en un abordaje terapéutico que combina estrategias biomédicas, psicológicas y sociales, aplicado al paciente y a su entorno social más inmediato en función de sus necesidades individuales.

**Población diana:** Equipos multidisciplinares de servicios de salud mental que tienen a su cargo a pacientes esquizofrénicos

**Ámbito:** Preferentemente centro de salud mental, con aula equipada, con capacidad suficiente y sillas móviles que permitan la discusión en grupos pequeños y el desempeño de roles. Para el buen funcionamiento del curso, el número de participantes no debe superar los veinte ni ser inferior a ocho

**Descripción:** Talleres semanales de entrenamiento en estrategias terapéuticas que han mostrado ser eficaces cuando se aplican a personas diagnosticadas de esquizofrenia. Se desarrolla en dos fases: la primera consiste en un entrenamiento en las diferentes estrategias y en los protocolos de evaluación integrada, con una duración mínima de 40 horas. El entrenamiento en estrategias terapéuticas se realiza con exposiciones didácticas e interactivas, donde se introducen de forma sucesiva las diferentes estrategias, con apoyo de material audiovisual de entrevistas y sesiones reales procedentes de su aplicación en nuestro medio, completándose con el desempeño de roles. La última sesión de entrenamiento

se destina a la discusión en pequeños grupos, en torno a la viabilidad de su implantación en sus respectivos centros, siguiendo el modelo estructurado de resolución de problemas. Las estrategias incluyen entrenamiento para: 1. *Incrementar la adherencia* y prevenir y minimizar los efectos secundarios; 2. *Informar sobre la naturaleza de la enfermedad y su manejo*; 3. *Afrontar situaciones de estrés*; 4. *Desarrollar habilidades de la vida cotidiana*; 5. *Intervenir en crisis*; 6. *Desarrollar un soporte social adecuado* (alojamiento, aspectos económicos, seguridad y estado de salud general); 7. *Sesiones de refuerzo*

En la segunda fase, presentación de dos casos y supervisión trimestral, con una duración de dos horas a lo largo de dos años. Se llevan a cabo evaluaciones estandarizadas sobre la adherencia de los terapeutas al protocolo y la calidad de la aplicación de las diferentes estrategias en función de las necesidades individuales.

**Evaluación:** Este programa de entrenamiento está basado en la propuesta del grupo de colaboración internacional de investigación OTP (Optimal Treatment Project), liderado por el Prof. I. Falloon, adaptado por nosotros, y evaluado tras su aplicación en cursos previos de entrenamiento con grupos de profesionales españoles, así como a equipos completos de los Servicios de Salud Mental de la Región de Murcia (Proyecto IFEMUR). Este último está actualmente en fase de evaluación.

**Institución y centro responsables del programa:** Departamento de Medicina, Unidad Docente de Psiquiatría, Universidad de Valencia

**Contacto:** Isabel Montero (Isabel.Montero@uv.es).

## Ejemplos de buenas prácticas

### 4.2. Programa de entrenamiento en habilidades de entrevista para psicoterapeutas de las Áreas 3 y 5 de Madrid

#### Objetivos:

- Entrenar en destrezas de entrevista terapéutica como herramienta fundamental para todos los modelos psicoterapéuticos mediante un manual estructurado.
- Homogeneizar y mejorar las habilidades para desarrollar una entrevista terapéutica de los futuros terapeutas en diferentes lugares del Estado español.

**Población diana:** Psiquiatras y psicólogos de la red pública de salud y médicos y psicólogos durante el programa de residencia.

**Ámbito:** Centros asistenciales públicos, universidades o agencias de formación y acreditación autonómicas.

**Intervención:** Formación en habilidades de entrevista en torno a un material didáctico interactivo para trabajar en grupos de discusión con psiquiatras y psicólogos en formación psicoterapéutica.

Para asegurar la uniformidad de criterios se organizó un curso de «formación de formadores» al que asistieron los futuros coordinadores de los cursos pertenecientes a 24 unidades docentes repartidas por el territorio español.

**Evaluación:** Se ha evaluado el impacto que el programa de entrenamiento, basado en un manual estructurado, tiene sobre la mejoría de las habilidades generales y específicas de una muestra de residentes de psiquiatría y psicología, con un ensayo clínico controlado, aleatorizado y ciego en el que se incluyeron profesionales de 12 unidades docentes repartidas por todo el territorio español, frente a un grupo control de características. Se evaluaron cuestionarios y entrevistas grabadas en vídeo antes y después de la realización del programa de formación, con objeto de detectar cambios en la adquisición de competencias, demostrándose una mejoría significativa para todas las habilidades entrenadas, tanto en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de evaluación como en las habilidades demostradas durante las entrevistas grabadas en vídeo frente al grupo control.

**Institución y centro responsables del programa:** Escuela de Salud Mental de la AEN.

**Contacto:** <http://www.asoc-aen.es>; e-mail: [aen@asoc-aen.es](mailto:aen@asoc-aen.es)

**Referencias bibliográficas:**

- Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrenamiento para psicoterapeutas. 2.<sup>a</sup> ed. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001.
- Ortiz Sánchez D. Evaluación de un programa estructurado de formación en habilidades de entrevista para psicoterapeutas [tesis doctoral]. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares, 2004.

## 2.5. Investigación en salud mental

### 2.5.1. Justificación

La Estrategia contempla entre sus prioridades el fomento y ordenación de la investigación relacionada con los ámbitos del conocimiento útiles para evaluar la eficacia y generar nuevas evidencias para el desarrollo de un sistema moderno y permanentemente actualizado de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados en salud mental.

Corresponde esta línea con la duodécima acción del Plan de Acción de Helsinki, que expresa la necesidad de evaluar la eficacia y generar nuevas evidencias.

La investigación es el proceso sistemático que tiene por objeto generar nuevos conocimientos. «La investigación sanitaria es un elemento nece-

sario de cualquier estrategia que se proponga mejorar la salud de las ciudadanas y ciudadanos. La integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficaz de los pacientes».

La investigación en salud mental abarca un amplio espectro de áreas muy diferentes entre sí. Los conocimientos básicos en salud mental proceden de la investigación del cerebro, de la genética, de la psicología y la psicopatología experimentales, de la psicología transcultural y, en menor medida, de las ciencias sociales. La investigación clínica de los trastornos mentales se basa principalmente en la investigación de los fenotipos, de la etiopatogenia y el curso de los trastornos.

La investigación evaluativa focaliza su interés en tres aspectos: el diseño y evaluación de instrumentos fiables y válidos para la evaluación y el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento, la eficacia de las intervenciones y tratamientos terapéuticos, y la evaluación de los servicios. La epidemiología, por su parte, contribuye generando hipótesis de trabajo que afectan a todas las áreas, construyendo modelos probabilísticos multifactoriales de utilidad clínica y heurística y cuantificando la extensión de los problemas.

A esta amplia variedad de áreas se añade un hecho de vital importancia para la investigación en todos los campos de la salud y la enfermedad, pero especialmente en la salud mental, y es que en ellas y entre ellas operan procesos interactivos a múltiples niveles.

Promocionar el uso de estrategias que permitan plantear en un mismo proyecto la interacción de variables biológicas, psicológicas y sociales necesita la colaboración entre centros especializados en disciplinas muy diversas. La identificación y reconocimiento de centros de excelencia y el apoyo necesario para que establezcan alianzas y redes de colaboración deben ser un empeño prioritario en las políticas de investigación.

Existe una gran dificultad para trasladar los conocimientos proporcionados por la investigación básica, incluso por la investigación aplicada, a la clínica y de la clínica a la investigación básica. Los resultados de la investigación tampoco son reconocidos e implementados por las Administraciones sanitarias con la agilidad que sería deseable.

La promoción de la salud mental es una de las áreas de investigación emergentes en esta última década. Se entiende por salud mental un estado en el cual el individuo desarrolla plenamente sus capacidades, encara con éxito las adversidades normales de la vida, trabaja productivamente y contribuye a la comunidad<sup>185</sup>. Dada la complejidad y la multitud de factores que la determinan, se puede utilizar la investigación cualitativa como alter-

nativa válida y complementaria a la investigación cuantitativa en investigación sobre la salud mental.

En resumen, la investigación básica, clínica, evaluativa y traslacional, con un enfoque biopsicosocial y prioritariamente integrador, constituyen el ámbito y la orientación principales de la investigación en salud mental.

Situación actual

### **Estudios bibliométricos**

La mayoría de la producción científica en España se publica en revistas internacionales. Según el Journal Citation Reports, en España y en 2005, de las 18 revistas de biomedicina con impacto, sólo una de ellas está relacionada con la psiquiatría: Actas Españolas de Psiquiatría. En cuanto a Psicología Clínica, son dos las publicaciones incluidas en el Social Science Citation Reports: la Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud y Psicothema.

La publicación de trabajos de investigación en salud mental realizados en nuestro país en revistas internacionales ha aumentado notablemente en los últimos años<sup>186</sup>.

Los datos de información específica sobre la investigación en salud mental disponibles en España proceden del Mapa Bibliométrico de España 1994-2002, en el marco general de la investigación biomédica que incluye la mayoría, pero no todas, de las publicaciones sobre Psicología Clínica.

La salud mental abarca probablemente menos del 5% de todos los documentos de biomedicina, correspondiendo la mayor parte a psiquiatría y psicología. La psiquiatría clínica abarca el 2,8% de las 38 disciplinas clínicas, ocupando el lugar 18. Las áreas con mejor índice de impacto en las disciplinas que abarcan la salud mental son drogodependencias, ciencias del comportamiento y las ramas experimentales de la psicología.

Otro indicador de interés se refiere a la proporción de artículos firmados en colaboración con autores de diferentes Comunidades Autónomas o de otros países. En cuanto a la colaboración interautonómica destacan la psiquiatría y la psicología clínicas, que se colocan por encima de la media en biomedicina, pero en colaboración internacional sobresalen de nuevo las disciplinas más experimentales.

En España, la investigación en la Atención Primaria era prácticamente inexistente hasta la década de los ochenta. La creación de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria incentiva la investigación y, en la década de los noventa, se alcanza un 4% del total de la investigación en España, porcentaje que se mantiene estable desde entonces.

Del total de trabajos de investigación realizados en los últimos veinte

años, la salud mental ocupa la cuarta posición de los temas investigados, con un 8,7% del total de la producción. Si consideramos los trabajos publicados según patologías, la suma de las investigaciones en atención primaria en adicciones (alcohol, tabaco y otras) y ansiedad y depresión representa un 9,6%. En este caso, la investigación en salud mental ocupa el primer lugar, por encima de la hipertensión (7,0%) o la diabetes (6,3%)<sup>187</sup>.

Otro análisis de interés corresponde a la evolución temporal de estos datos. Comparando los bienios 1994-1995 y 2001-2002, la producción investigadora se ha duplicado. Tal como están recogidos los datos en el Mapa Bibliométrico, no es posible analizar la evolución de los indicadores de calidad.

En cuanto a los sectores institucionales en los que se realiza la investigación, la producción mayor en todas las disciplinas, excepto el psicoanálisis, se da en las universidades, casi la mitad del total, seguidas de los centros sanitarios. El psicoanálisis predomina en otras instituciones y sociedades científicas. Menor producción se da en los organismos públicos de investigación (CSIC, ISCIII) y en las empresas farmacéuticas, pero son estas últimas las que presentan mejores índices en número de citas por artículo, número de documentos con citas y colaboración internacional.

El análisis de la producción de documentos según la Comunidad Autónoma de origen revela que entre Madrid, Cataluña, Andalucía y la Comunidad Valenciana abarcan casi el 80% del total. Madrid, Navarra, Cataluña y Cantabria presentan las tasas de producción más altas por habitante. De todas formas, hay que señalar la existencia de una importante variabilidad entre las Comunidades en producción bruta de documentos (oscila entre 23.995 y 139), en tasas poblacionales (4,0-0,5), en número de citas por documento (8,9-4,4), en número de documentos citados (73%-63%) y en porcentaje de colaboración internacional (7-27%)<sup>188</sup> (tabla 16).

**Tabla 16. Información sobre la investigación española en disciplinas relacionadas con la salud mental, 1994-2002**

	Docs.	Citas	CD	% NC	Share Esp.	Share Int.	% Col. Reg.	% Col. Int.
Psiquiatría clínica	1.169	6.596	5,64	41	1,03	0,75	13	28
Drogodependencias	295	1.477	5,01	27	0,96	0,47	8	20
<b>Total clínicas</b>	<b>36.250</b>	<b>238.762</b>	<b>6,35</b>	<b>35</b>	<b>0,97</b>	<b>0,76</b>	<b>11</b>	<b>18</b>
Neurociencias	7.420	54.663	7,33	34	0,99	0,92	9	26
C. comportamiento	497	3.492	7,03	23	1,23	0,94	9	37
<b>Total C. de la vida</b>	<b>45.625</b>	<b>400.217</b>	<b>8,77</b>	<b>25</b>	<b>1,04</b>	<b>0,86</b>	<b>19</b>	<b>30</b>
Psicología clínica	261	743	2,85	56	0,8	0,44	15	20
P. experimental	406	2.077	5,12	33	1,25	0,87	7	38
P. biológica	235	1.330	5,66	25	1,02	0,79	8	37
P. social	152	570	3,75	30	1,08	0,97	11	33
P. desarrollo	55	198	3,6	25	0,99	0,65	9	40
Psicoanálisis	23	14	0,61	65	1	0,45	0	0
<b>Total C. sociales</b>	<b>2.803</b>	<b>8.176</b>	<b>2,92</b>	<b>48</b>	<b>0,86</b>	<b>0,58</b>	<b>10</b>	<b>21</b>
<b>TOTAL BIOMED.</b>	<b>77.263</b>	<b>586.999</b>	<b>7,6</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>0,81</b>	<b>10</b>	<b>25</b>

Fuente: Instituto de Salud Carlos III.

### La investigación en salud mental en el Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007<sup>189</sup>

En el Programa Nacional de Biomedicina se establecen diez líneas prioritarias, una de las cuales incluye las enfermedades mentales y del sistema nervioso.

En lo referente a estas últimas, y en cuanto a investigación básica, se citan las bases genéticas, celulares, moleculares y farmacológicas de los trastornos mentales y de la personalidad, los modelos animales y celulares para el estudio de enfermedades y la aplicación de técnicas de neuroimagen.

En investigación clínica se incluyen la epidemiología, diagnóstico, psicopatología y tratamiento de los trastornos mentales, conductuales, emocionales y de la personalidad, y en «Investigación farmacéutica en descubrimiento, desarrollo y evaluación de medicamentos», la farmacogenómica, farmacogenética y el desarrollo de nuevos fármacos en neurofarmacología y psicofarmacología e investigación psicoterapéutica.

Si bien es positivo que las enfermedades mentales sean tenidas en cuenta dentro de una línea prioritaria de investigación, el Plan debería ir más allá de una orientación exclusivamente biológica con un concepto integrador de «salud mental» en este contexto. La importancia de factores sociales y psicológicos se debe tener en cuenta como variables fundamentales en la etiología, la patogenia, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales.

### **La investigación en salud mental promovida por el Instituto de Salud Carlos III**

Las enfermedades mentales constituyen una de las prioridades específicas de las convocatorias de proyectos del Programa de Fomento de la Investigación del Instituto de Salud Carlos III (ver convocatorias de los años 2004, 2005 y 2006). Además, las enfermedades mentales son objetivo general del Programa de Biomedicina dentro del Plan Nacional de I+D+i 2004-2007, incluyendo sus aspectos básicos (biología, bioquímica, fisiología y genética), clínicos (diagnóstico, pronóstico y terapéutica), epidemiológicos (frecuencia, factores de riesgo, prevención, evaluación de servicios sanitarios) y de salud pública.

En particular, se señalan como objetivos específicos en los diferentes Subprogramas del Programa de Biomedicina en relación con las enfermedades mentales los siguientes:

- Trastornos psicóticos: bases genéticas, celulares y moleculares.
- Trastornos del espectro ansioso: bases moleculares, genéticas y farmacológicas.
- Bases genéticas y moleculares de las conductas adictivas y trastornos alimentarios.
- Trastornos afectivos: bases moleculares, genéticas y farmacológicas.
- Bases moleculares de los componentes dimensionales de la personalidad.
- Modelos animales y celulares para el estudio de enfermedades psiquiátricas.
- Aplicación de las técnicas de neuroimagen en investigación básica en enfermedades psiquiátricas.

- Aspectos clínico-epidemiológicos del retraso mental y de los trastornos del aprendizaje y la comunicación en el niño.
- Epidemiología y diagnóstico de los trastornos psicóticos. Psicopatología. Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico.
- Trastornos del espectro ansioso: diagnóstico, epidemiología y tratamiento.
- Aspectos clínico-epidemiológicos de las conductas adictivas.
- Trastornos afectivos: epidemiología, diagnóstico y tratamiento.
- Aspectos clínico-epidemiológicos de los trastornos de la personalidad.
- Epidemiología y clínica de los trastornos conductuales y emocionales.
- Investigación farmacológica y terapéutica en psiquiatría.
- Farmacogenómica y farmacogenética en el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas.
- Desarrollo de nuevos fármacos en neurofarmacología y psicofarmacología.
- Barrera hematoencefálica y vehiculización.
- Investigación psicoterapéutica.
- Neuroimagen y evaluación de respuesta terapéutica.

Por otra parte, la investigación en servicios de salud (que es extensible a la salud mental) es una prioridad específica del Programa de Biomedicina.

La principal justificación de la investigación en servicios de salud es ayudar a tomar mejores decisiones sobre los cuidados sanitarios, que se concretarían en mejorar la práctica clínica; mejorar el sistema sanitario para permitir un mejor acceso y proporcionar unos cuidados sanitarios de alta calidad; y proporcionar a las personas implicadas en la toma de decisiones políticas los medios para valorar el impacto que los cambios en el sistema sanitario producen en los resultados, calidad, acceso, coste y uso de los servicios sanitarios.

En los últimos cinco años se han financiado, a través de las convocatorias de proyectos del Fondo de Investigación Sanitaria, 516 proyectos de investigación en enfermedades mentales, lo que representa un importe de 30.277.364 euros. La influencia de la priorización en la financiación de proyectos es muy marcada, ya que hemos pasado de 44 proyectos financiados en 2001 a 337 en 2005, y de 2.080.000 euros en 2001 a 12.247.242 en 2005 (tablas 17 y 18).

En el año 2002 se realizó la primera convocatoria de Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS), resultando seleccionadas 69 redes, 13 de las cuales estaban encuadradas dentro de Redes de Centros con temática de amplio alcance y 56 eran Redes de Grupos con temáti-

**Tabla 17. Proyectos solicitados/denegados/financiados en investigación en enfermedades mentales en España desde 2001-2005**

Año	Solicitados	Denegados	Financiados	% financiados/ solicitados
2001	129	85	44	34,11
2002	171	105	66	38,60
2003	202	147	55	27,23
2004	460	346	114	24,78
2005	546	309	237	43,41
<b>Totales</b>	<b>1.508</b>	<b>992</b>	<b>516</b>	<b>34,22</b>

Fuente: Fondo de Investigaciones Sanitarias.

**Tabla 18. Importes de los proyectos financiados en investigación sobre enfermedad mental en España durante el periodo 2001-2005**

Año	Financiados	Importes
2001	44	2.080.094
2002	66	4.218.775
2003	55	3.835.986
2004	114	7.895.268
2005	237	12.247.242
<b>Totales</b>	<b>516</b>	<b>30.277.365</b>

Fuente: Fondo de Investigaciones Sanitarias.

cas de alcance más concreto. De las 53 Redes de Grupos, sólo cuatro de ellas estaban dentro del ámbito de la Psiquiatría: genética psiquiátrica, primeros episodios psicóticos, trastornos adictivos y comorbilidad depresiva en pacientes geriátricos, pero ninguna de las Redes de Centros. Estas cuatro redes han sido financiadas por un importe total de 7.171.963,68 euros, en el periodo 2003-2005.

En la reciente Orden del Ministerio de Sanidad por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión de ayudas destinadas a financiar estructuras estables de investigación cooperativa (*BOE* n.º 68, págs. 11108-11111) se establecen las nuevas bases para promover a través del Instituto de Salud Carlos III la asociación estable de grupos de investigación. Se reconocen dos sistemas: los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER) y las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa (RETICS).

### **La investigación en los Planes de Salud Mental autonómicos**

En todos los Planes de Salud Mental autonómicos la investigación es un tema prioritario. No obstante, se considera habitualmente en las últimas líneas de actuación en los Planes de Salud, junto con la formación. Únicamente en dos Planes de Salud de las Comunidades Autónomas de España se hacen propuestas de priorización de la investigación en salud mental, reconociendo su importancia capital.

En la mayoría de los Planes se presentan como elementos de mejora de la calidad asistencial la información, docencia, formación continuada y la investigación.

En algunos Planes se propone situar la investigación en salud mental en el marco general de la salud y se especifica la existencia de Unidades de Investigación en Salud Mental.

### **Redes de investigación en atención primaria**

Con el objetivo de promover una cultura de investigación, aumentar la capacidad investigadora y consolidar una base de evidencia en atención primaria se aprobó una red de investigación denominada «Innovación e Integración de la Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria» (RedIAPP). Esta red está formada por 15 grupos de investigación de 12 comunidades Autónomas. La creación de esta red se ha conseguido por el esfuerzo conjunto de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca, la Fundación Jordi Gol i Gurina, la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Esta última ha contribuido desde su Sección de Investigación y desde su Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS).

La red IAPP se organiza en una estructura matricial basada en nodos por Comunidades Autónomas y áreas temáticas. Funcionalmente, la red se organiza en siete áreas temáticas. Una de las áreas temáticas se corresponde con salud mental y enfermedades neurodegenerativas<sup>190</sup>.

## Puntos críticos

- Los recursos se consideran insuficientes, ya que la investigación en salud mental recibe menos financiación en los planes y programas nacionales de investigación que lo que representa la carga de enfermedad en la población española. Aunque las neurociencias y las enfermedades neurodegenerativas han sido consideradas, en ocasiones, temas prioritarios de las agencias oficiales que canalizan la investigación en nuestro país, la salud mental no siempre aparece como tema específico.
- Actual déficit de investigadores, con baja posibilidad de reclutamiento entre los profesionales más jóvenes y prometedores (incluso de aquellos que tienen una productividad inicial importante), debido fundamentalmente a lo incierto y difícil del desarrollo actual de un futuro profesional de la investigación en el campo de la salud mental.
- Ausencia de redes temáticas específicas en el campo de la salud mental y de los trastornos psiquiátricos. Las redes temáticas actuales acogen a investigadores de este campo de forma marginal (por ejemplo, red de genética o red CIEN).
- La orientación de la investigación suele ser predominantemente biologicista, aunque en las prioridades del Plan Nacional se incluyen sus aspectos básicos, clínicos, epidemiológicos y de servicios de salud. Si el Estado no apuesta decididamente por apoyar los proyectos que incluyen aspectos psicosociales de la salud, la investigación en salud mental, financiada casi exclusivamente por la industria privada, acabará convirtiéndose en investigación del cerebro.
- Separación entre investigación básica y clínica sobre áreas de salud mental, con escasa repercusión en la clínica y en las decisiones políticas.
- Práctica ausencia de investigación clínica y evaluativa independiente. La parte más importante de la investigación sobre eficacia de los psicofármacos la financia la industria farmacéutica, mientras que la evaluación de intervenciones psicológicas y sociales y la evaluación de servicios son escasas y de impacto internacional casi inexistente.
- Ausencia de un censo temático de grupos e investigadores que permita planificar sobre bases reales los necesarios programas de desarrollo de la actividad investigadora y sus posibilidades de financiación pública.
- Escasa información sobre la contribución de las Comunidades Autónomas a la investigación en salud mental. Sospecha de que esta contribución es escasa, insuficientemente coordinada y sin líneas prioritarias.

- Ausencia de plataformas y entornos virtuales donde los científicos puedan compartir y consolidar, de forma segura y eficiente, datos y conocimientos. Ausencia de herramientas de colaboración que permitan integrar y procesar datos, gestionando de forma efectiva la propiedad intelectual sin menoscabar la colaboración.
- Insuficiente formación de los profesionales en metodología de la investigación e inglés, idioma en el que se publica la mayor parte de la información científica relevante. Falta de apoyo institucional para que los clínicos se impliquen en tareas de investigación.

## 2.5.2. Objetivos y recomendaciones

### Objetivo general 9

- Potenciar la investigación en salud mental.

### Objetivos específicos

- **9.1.** El Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental.
- **9.2.** Las Comunidades Autónomas y el Ministerio de Sanidad y Consumo, pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.

### Recomendaciones

- Las Comunidades Autónomas priorizarán, en su ámbito territorial, las líneas de investigación en salud mental en función de las necesidades de la población. Se fomentará la inclusión de la perspectiva de género en todas las líneas de investigación.
- Se deben impulsar y apoyar proyectos de investigación-acción que impliquen multidisciplinariedad y coordinación entre varias áreas sanitarias de una misma Comunidad Autónoma.
- Mejorar la formación de investigadores en técnicas básicas y aplicadas de investigación en salud mental.

- Establecer un marco laboral estable para los investigadores en salud mental.
- Las Comunidades Autónomas priorizarán en sus convocatorias el área temática sobre salud mental y género.

### 2.5.3. Evaluación

Objetivo general 9 (ver ficha técnica detallada en el título 2.6.3)

#### Indicadores

- Número de proyectos de investigación.
- Red de investigación en salud mental (existencia de la misma).

#### Ejemplos de buenas prácticas

##### 5.1. Unidad de investigación en psiquiatría

###### Objetivos:

- Ejecutar proyectos de investigación, promover programas de formación, y desarrollar y adaptar para su uso en nuestro medio instrumentos de investigación y docencia en el campo de la Psiquiatría Clínica, Social y Comunitaria, así como en el de la Epidemiología Psiquiátrica y la Evaluación de Servicios y Programas Sanitarios.
- Colaborar con los diferentes servicios sanitarios y sociales existentes en la propia Comunidad Autónoma y establecer lazos con otras instituciones nacionales e internacionales, preferentemente en los países de habla hispana.

**Ámbito:** Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC), Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla».

**Descripción:** La UIPC estableció desde sus inicios una serie de principios que deberían regir la selección de las líneas de investigación. Éstos son:

- Su relevancia para la salud pública, permitiendo dar respuesta a problemas esenciales para la salud de la población y la provisión de servicios sanitarios.
- Relevancia científica en función del estado actual del conocimiento y su viabilidad metodológica desde las perspectivas de las ciencias básicas y clínicas.
- Satisfacer los principios de traslacionalidad, por lo que se primarían las líneas de investigación con repercusión clínica o sobre el desarrollo y optimización de los recursos sanitarios para la salud mental.

- Planteamiento de objetivos e hipótesis que requieran colaboración entre equipos básicos y clínicos, involucrando las diferentes disciplinas implicadas (genética, neuroimagen, neurofisiología, epidemiología, psicopatología, etc.).
- Platicidad para acomodarse a la evolución del estado actual del conocimiento y a las prioridades sanitarias.

Desde 1991, la Unidad es Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Docencia en Salud Mental. La financiación es doble, de la propia institución y externa. El Servicio Cántabro de Salud financia la infraestructura de la UIPC, el personal a tiempo completo (secretaria, enfermero y dos médicos) y autoriza la dedicación a tiempo parcial de los profesionales del Servicio de Psiquiatría incorporados a la labor investigadora, liberándoles de parte de su carga asistencial. Los proyectos de investigación se financian mediante la participación en programas nacionales o internacionales de becas y ayudas a la investigación.

**Institución y centro responsables del programa:** Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC), Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla». Avda. Valdecilla, s/n. 39008 Santander, Cantabria.

**Contacto:** Prof. José Luis Vázquez-Barquero. E-mail: vazquezb@humv.es  
Web: <http://sun6.humv.es/funciones/servicios/medicas/PSIQ/index.html>

## 2.6. Sistemas de información y evaluación

### 2.6.1. Justificación

El desarrollo de un sistema de indicadores para estructurar la medición en los diferentes ámbitos de actuación es, sin duda, necesario para asegurar la calidad de la información empleada, sea cual sea el alcance de la misma<sup>191</sup>. Esto nos va a permitir, en el caso de la Estrategia en Salud Mental, llevar a cabo mediciones periódicas tanto de los enfoques aplicados como del despliegue de la propia Estrategia, con el fin de disponer de datos objetivos que sustenten el avance hacia unos buenos resultados en relación con sus grupos de interés.

Aunque el desarrollo de la reforma psiquiátrica en España ha supuesto uno de los cambios más importantes que han acaecido en el sistema sanitario español, sobre todo por la repercusión social y el impacto económico de las diferentes actuaciones puestas en marcha, puede sorprender la falta de una evaluación sistemática de los resultados de este proceso tanto para los y las pacientes y sus familias como para los y las profesionales y

para el conjunto del sistema sanitario. En el ámbito de la evaluación, una de las grandes insuficiencias ha sido la ausencia de información fiable desde sus inicios en todo el territorio del Estado para realizar un correcto seguimiento del proceso de cambio en la psiquiatría en el Sistema Nacional de Salud.

Análisis de la situación actual

### **Antecedentes**

Tradicionalmente, los sistemas de información en el ámbito de la salud mental se han denominado Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos o, simplemente, Registros de Casos Psiquiátricos. Sus características básicas se resumen en: a) estar centrados en los pacientes; b) ser longitudinales; c) recoger los contactos de los pacientes con un conjunto de servicios de un área geográfica delimitada.

En España, a partir de la reforma psiquiátrica, en algunas Comunidades Autónomas se planteó la necesidad de contar con instrumentos que permitieran la evaluación de los objetivos de la reforma, tratando de superar los sistemas de información de carácter puramente administrativo. Un grupo de expertos de salud mental, tras varias reuniones de trabajo entre 1985-1988, llegó a la conclusión de que un registro acumulativo de casos psiquiátricos sería el método más idóneo para recoger la información necesaria sobre el funcionamiento de los sistemas de salud mental en nuestro país<sup>192</sup>. Por tanto, en España, en la década de los ochenta surge una corriente de creación de Registros Acumulativos de Casos Psiquiátricos (RCPs). Entre ellos se encuentran el del País Vasco, que se creó en 1983, y el de Asturias, que funciona desde 1986, y se pueden considerar como una herramienta para evaluar la calidad de la atención y planificación de servicios<sup>193</sup>. Aunque con una vida más efímera, existió un RCP en Valencia durante el año 1986. A partir de dicho proyecto se realizó una publicación en la que se presentaba «la experiencia adquirida y los resultados de la explotación del Registro durante los escasos meses de funcionamiento... para orientar a otros equipos de investigación que se ocupen de proyectos similares»<sup>194</sup>. También se creó un Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos en la Comunidad de Madrid en 1987<sup>195</sup>, y en la Comunidad Autónoma de La Rioja en 1990.

### **Descripción de los sistemas de información en salud mental**

La información existente actualmente sobre salud mental está centrada, fundamentalmente, con diversos datos, estudios y análisis en torno a:

- Estimaciones sobre incidencia y prevalencia de diversos problemas de salud mental basadas en estudios específicos.
- Mortalidad causada por algunas patologías incluidas en el concepto de salud mental.
- Recursos asistenciales y actividad.
- Información anual sobre los recursos hospitalarios existentes en España y por CC.AA., y la actividad global en ellos desarrollada, que constan en el Catálogo Nacional de Hospitales (CNH) y en la Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI).
- Estudios comparativos específicos llevados a cabo por iniciativa de algunas Comunidades Autónomas y/o de asociaciones científicas.
- Morbilidad atendida mediante ingreso hospitalario, obtenida a través del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria.
- Información descriptiva acerca de la organización funcional de los servicios de salud mental a nivel autonómico.

## Puntos críticos

### A nivel nacional

- No existe un sistema de información en salud mental que recoja la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma y esté agregado a nivel nacional. Solamente se centraliza información sobre el proceso de hospitalización en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria.
- El CMBD del paciente asistido mediante ingreso en un centro hospitalario consiste en un conjunto de variables codificadas en el momento del alta, que proporcionan datos demográficos sobre el paciente, la institución y servicio que lo atienden y su proceso asistencial (enfermedades y procedimientos). El CMBD al alta hospitalaria es actualmente el principal sistema de recopilación de información sobre actividad y morbilidad atendida existente en España.
- La amplia implantación del CMBD con criterios compartidos posibilita la comparación de datos en el ámbito autonómico, nacional e internacional, si bien como Conjunto Mínimo Básico de Datos puede, lógicamente, ser ampliado en función de las necesidades locales de información.

## A nivel de Comunidades Autónomas

De la información obtenida<sup>196</sup> se aprecia la existencia de diferencias entre las Comunidades Autónomas, reflejadas en la tabla 1, pudiéndose agrupar las CC.AA. en cuatro grandes grupos:

**Grupo 1.** Disponen de un registro de casos psiquiátricos convencional que cubre toda la Comunidad Autónoma.

**Grupo 2.** Disponen de un registro de casos psiquiátricos extrahospitalarios que cubre toda la CA.

**Grupo 3.** Las Comunidades Autónomas de este grupo están empezando a implantar registros de casos psiquiátricos extrahospitalarios.

**Grupo 4.** En estas Comunidades Autónomas se recoge la actividad extrahospitalaria de forma agregada.

**Grupo 1:** Registros de casos psiquiátricos. En Asturias, La Rioja y el País Vasco se dispone de un registro de casos psiquiátricos con datos clínicos, sociodemográficos, de actividad asistencial e itinerario de los usuarios que cubre toda la Comunidad Autónoma.

En estas Comunidades Autónomas existe un sistema de información único que integra todos los dispositivos asistenciales de la red pública de salud mental, incluida información que proviene de las unidades de agudos de los hospitales generales (que se recogen en los CMBD). Estos sistemas generan información rutinaria a nivel de indicadores de gestión e indicadores epidemiológicos, centrados en cada paciente.

**Grupo 2:** Registros de casos psiquiátricos extrahospitalarios. En las siguientes Comunidades Autónomas funcionan registros de casos psiquiátricos extrahospitalarios para toda la región: Andalucía, Cataluña, Madrid, Murcia y Navarra.

El registro de casos psiquiátricos extrahospitalario se centra en los pacientes que acuden a los equipos de salud mental comunitarios y, dependiendo de cada Comunidad Autónoma, pueden también incluirse las unidades de salud mental infanto-juveni (tabla 19).

**Tabla 19. Descripción de los sistemas de información en salud mental en España**

Comunidad Autónoma	Fuente de información (salud mental)					Identificación del caso en el SISM		Clasificación diagnóstica en el SISM
	Área cubierta	Equipos comunitarios	Unidades infantiles	Hospitales de día/ U. Rehabilitación	U. media y larga estancia	U. de agudos en H.G.		
Andalucía	Sistema de Información en Salud Mental de Andalucía (SISMA)					CMBD		
	Toda la CA	SÍ	SÍ	En desarrollo	En desarrollo	N.º H.ª Clínica		CIE-10
Aragón	En desarrollo SISM. Actualmente indicadores asistenciales por servicios					CMBD N.º H.ª Clínica		CIE-10
Asturias	Registro acumulativo de casos psiquiátricos del Principado de Asturias					CMBD		
	Toda CA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	CCP	CIE-10
Baleares	Sólo algunas áreas	En desarrollo	En desarrollo	No	No	CMBD	TIS	CIE-10
Canarias	Registro de casos psiquiátricos en fase piloto							
	Sólo algunas áreas (piloto)	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	CMBD	N.º H.ª Clínica	CIE-10
Cantabria	Indicadores asistenciales por servicios					CMBD		
Castilla-La Mancha	En desarrollo SISM							
	Toda CA	En desarrollo	RACP	En desarrollo	En desarrollo	CMBD	TIS	CIE-10
Castilla y León	Indicadores Asistenciales por Servicios					CMBD		N.º H.ª Clínica CIE-10
Cataluña	Conjunto Mínimo Básico de Datos de los Centros Ambulatorios							
	Toda CA	SÍ	SÍ	SÍ	NO	CMBD	TIS	CIE-10
Extremadura	Indicadores Asistenciales por Servicios					CMBD		CIE-10
Galicia	Sistema de Gestión Ambulatoria							
	Parcialmente implantado	SÍ	SÍ	NO	NO	CMBD	CCP	CIE-10
Madrid	Sistema de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid					CMBD		
	Toda CA	SÍ	SÍ	En algunas áreas	En algunas áreas	N.º H.ª Clínica		CIE-10
Murcia	Registro acumulativo de casos psiquiátricos de la Región de Murcia							
	Toda CA	SÍ	SÍ	En desarrollo		CMBD	TIS	CIE-10
Navarra	Registros de casos de salud mental de Navarra							
	Toda CA	SÍ	SÍ	SÍ	NO	CMBD	TIS	CIE-10
País Vasco	Registro de pacientes psiquiátricos del País Vasco							
	Toda CA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	CMBD	CCP	CIE-10
La Rioja	Registro acumulativo de casos de La Rioja							
	Toda CA	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	CMBD	CCP	CIE-10
Valencia	Indicadores Asistenciales por Servicios					CMBD		CIE-10

Fuente: Documento técnico para la elaboración de una propuesta de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Elaborado por la Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica.

## 2.6.2. Objetivos y recomendaciones

### Objetivo general 10

- Mejorar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada por el Sistema Nacional de Salud.

### Objetivos específicos

- **10.1.** Obtener información acerca del nivel de salud mental general de la población.
- **10.2.** Disponer, a nivel del Sistema Nacional de Salud, de información sobre las principales causas de morbilidad atendida.
- **10.3.** Disponer, a nivel del Sistema Nacional de Salud, de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos específicos dedicados a la atención de la salud mental.

### Recomendaciones

- Introducir en la Encuesta Nacional de Salud un nuevo módulo específico que permita obtener un índice de salud mental general de la población, mediante sistemas validados.
- Recomendar que aquellas Comunidades Autónomas que en sus encuestas de salud utilicen cuestionarios validados más amplios o específicos para el conocimiento de los niveles de salud mental, los pongan en común y difundan al conjunto del Sistema Nacional de Salud el resultado de sus experiencias.
- El sistema de información de las Comunidades Autónomas deberá garantizar la homogeneidad y la comparabilidad con indicadores robustos y consistentes y valorar la estandarización de la nomenclatura de los servicios y dispositivos de salud mental según los modelos existentes.
- Acordar e implantar sistemas de explotación de información clínica de pacientes atendidos de manera ambulatoria por los servicios especializados en salud mental compatibles a nivel del SNS.
- Promover que a la hora de desarrollar sistemas de registro y explotación de datos a nivel local y/o autonómico se tenga en cuenta la compatibilidad, tanto de criterios técnicos como tecnológicos, en los procesos de informatización clínica de los diversos ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada comunitaria y hospitalaria).

- Sería recomendable revisar las variables existentes e identificar nuevas variables que recojan las desigualdades de género en salud mental.
- Incluir en el «Registro Nacional de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios» (RECESS) los dispositivos relacionados con la atención a la salud mental, autorizados para este fin por las Comunidades Autónomas. Elaborar con dicha información un «directorio» y un «mapa de recursos de salud mental del SNS».
- Recopilar e informar para todo el SNS de las diferentes iniciativas organizativas y de coordinación que las Comunidades Autónomas ponen en marcha para la atención a la salud mental con otras instituciones, especialmente con los Servicios Sociales.
- La Subcomisión de Sistemas de Información del SNS, como órgano designado por el Consejo Interterritorial del SNS para la coordinación en materia de Sistema de Información Sanitaria, deberá liderar y validar todo lo concerniente a la información necesaria sobre salud mental.
- Las Comunidades Autónomas, a través de la citada Subcomisión, acordarán las formas de recogida y puesta en común de la información que haya sido priorizada, así como el acceso y la difusión de información dirigida a la población, los profesionales y las Administraciones sanitarias.
- Incorporar de manera progresiva a los diferentes sistemas de información de cada Comunidad Autónoma, la información específica sobre salud mental.

### 2.6.3. Evaluación

La evaluación de la Estrategia constará de una serie de Indicadores, que se enumeran a continuación, y de un Informe que resuma las principales acciones llevadas a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas para lograr los objetivos de la Estrategia.

#### Informe cualitativo

Los contenidos y estructura de este Informe se acordarán entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y las Comunidades Autónomas en la Comisión de Seguimiento de la Estrategia.

## Indicadores

Objetivos generales 1, 2, 3: Salud Mental General de la Población

### • **Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número total de personas encuestadas que obtienen una puntuación en los cuestionarios específicos sobre salud mental que supera el dintel por encima del cual se considera que se está en riesgo de mala salud mental.
- b) Número total de personas encuestadas.

Definiciones/Aclaraciones:

Para el caso de los niños de entre 4 y 15 años se utilizará el cuestionario SDQ, y para el caso de los adultos, el cuestionario GHQ-12.

Niveles de desagregación:

Por CC.AA., grupos de edad y sexo.

Fuentes de información:

Encuesta Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad y Consumo.

Periodicidad:

Bienal.

### • **Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número de personas encuestadas que declaran haber padecido de depresión, ansiedad u otro trastorno mental.
- b) Número de personas encuestadas.

Definiciones/Aclaraciones:  
Población mayor de 16 años.

Niveles de desagregación:  
Por CC.AA., sexo y grupos de edad.

Fuente de información:  
Encuesta Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad y Consumo.

Periodicidad:  
Bienal.

• **Porcentaje de personas que declaran consumir drogas**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número total de personas encuestadas que declaran consumir algún tipo de sustancia psicoactiva.
- b) Número total de personas encuestadas.

Definiciones/Aclaraciones:  
Se incluyen como sustancias psicoactivas: alucinógenos, anfetaminas, cannabis, cocaína, éxtasis, heroína, hiposedantes e inhaladores volátiles.

Niveles de desagregación:  
Por CC.AA., grupos de edad y sexo.

Fuentes de información:  
Componentes:

- a) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas. Observatorio Español sobre Drogas - «Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España» (EDADES).
- b) Proyecciones de población. INE.

Periodicidad:  
Bienal.

• **Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número total de personas encuestadas, entre 14 y 18 años, que declaran consumir cualquier sustancia psicoactiva.
- b) Número total de personas encuestadas de esa edad.

Definiciones/Aclaraciones:

Las encuestas se dirigen a estudiantes de 14-18 años que cursan enseñanzas secundarias: ESO, Bachillerato y Ciclos formativos de grado medio o equivalentes (Formación Profesional II).

Niveles de desagregación:

Por tipo de sustancia, CC.AA., edad y sexo.

Fuentes de información:

Componentes:

- a) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas - «Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias» (ESTUDES).
- b) Proyecciones de población. INE.

Periodicidad:

Bienal.

• **Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número total de personas encuestadas que declaran consumir alcohol en cantidades consideradas de riesgo o excesivas.
- b) Número total de personas encuestadas.

Definiciones/Aclaraciones:

El consumo de alcohol se cuantifica en función de la frecuencia y cantidad de consumo, de tal forma que se considera bebedor de riesgo a aquella persona que consume el equivalente a más de 40 g/día, para el caso del hombre, y de 20 g/día, para el caso de la mujer. Se refiere a personas de 16 o más años.

Niveles de desagregación:

Por CC.AA., grupos de edad y sexo.

Fuentes de información:

Componentes:

- a) Encuesta Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad y Consumo.
- b) Proyecciones de población. INE.

Periodicidad:

Bienal.

• **Tasa de alta por autolesiones**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100.000 / b)$$

En donde:

- a) Número total de altas por lesiones autoinfligidas en un año.
- b) Población en ese año.

Definiciones/Aclaraciones:

Se incluirán todas aquellas altas en las que figuren los códigos E950-E959 de la clasificación CIE en su versión 9-MC, tanto en diagnóstico principal como en secundario. Se excluirán aquellas altas por defunción dentro de estos códigos.

Niveles de desagregación:

Por CC.AA., grupos de edad y sexo.

Fuentes de información:

Componentes:

- a) Registro de altas de hospitalización (CMBD) - MSC.
- b) Proyecciones de población. INE.

Periodicidad:  
Anual.

• **Tasa de mortalidad por suicidio**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100.000 / b)$$

En donde:

- a) Número total de personas que fallecen por suicidio en un año.
- b) Población en ese año.

Niveles de desagregación:  
Por CC.AA., grupos de edad y sexo.

Fuentes de información:  
Componentes:

- a) Estadísticas de defunción. INE.
- b) Proyecciones de población. INE.

Periodicidad:  
Anual.

• **Ratio de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales, por población**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100.000 / b)$$

En donde:

- a) Número de camas en funcionamiento en el área asistencial de psiquiatría de agudos en hospitales generales.
- b) Población.

Definiciones:  
Las incluidas en la Estadística de Establecimientos con Régimen de Internamiento (ESCRI) - MSC.

Fuentes:

Componentes:

- a) Estadística de Establecimientos con Régimen de Internamiento (ESCRI) - MSC.
- b) Proyecciones de población. INE.

Desagregación:

Por CC.AA., por dependencia pública (o privados con mayoría de actividad para el SNS: Red de utilización pública u hospitales con concierto sustitutorio) o dependencia privada del centro.

Periodicidad:

Anual.

• **Ratio de camas en hospitales monográficos, por población**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100.000 / b)$$

En donde:

- a) Número de camas en funcionamiento en hospitales monográficos psiquiátricos.
- b) Población.

Definiciones:

Las incluidas en la Estadística de Establecimientos con Régimen de Internamiento (ESCRI) - MSC.

Fuentes:

Componentes:

- a) Estadística de Establecimientos con Régimen de Internamiento (ESCRI) - MSC.
- b) Proyecciones de población. INE.

Desagregación:

Por CC.AA., por camas de agudos y de larga estancia y por dependencia pública (o privados con mayoría de actividad para el SNS: Red de utilización pública u hospitales con concierto sustitutorio) o dependencia privada del centro.

Periodicidad:  
Anual.

• **Apoyo social y familiar**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número total de personas encuestadas que obtienen una puntuación en el índice sobre apoyo personal y afectivo percibido que supera el dintel por encima del cual se considera que se está en riesgo de mala salud mental.
- b) Número total de personas encuestadas.

Definiciones/Aclaraciones:  
(Pendiente de establecer dintel).

Niveles de desagregación:  
Por CC.AA., grupos de edad y sexo.

Fuentes de información:  
Encuesta Nacional de Salud - MSC.

Periodicidad:  
Bienal.

• **Discapacidad atribuida a trastorno mental**

Fórmula:

$$ID = a) \times 1.000 / b)$$

En donde:

- a) Número de personas que declaran padecer una discapacidad debida a trastorno mental.
- b) Población.

**Definiciones:**

Se siguen los criterios de la OMS en cuanto a la utilización de clasificaciones internacionales sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías.

**Fuentes:**

**Componentes:**

- a) Encuesta de discapacidades, deficiencias y estado de salud. INE.
- b) Proyecciones de población. INE.

**Desagregación:**

Por CC.AA., grupos de edad, sexo y grado de discapacidad.

**Periodicidad:**

Aproximadamente, cada 10 años.

**Observaciones:**

Estas encuesta se realizan a una muestra de aproximadamente 220.000 personas. Las últimas realizadas corresponden a los años 1986 y 1999.

Se propone excluir al grupo de edad menor de 6 años, ya que si bien también se analizan de manera específica estos niños, los análisis corresponden más a otro tipo de problemas de salud como causantes de las minusvalías.

**Objetivos generales 4 y 5**

- **Guías integradas de práctica clínica con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS**

**Fórmula:**

$$ID = a) \times 100 / b)$$

**En donde:**

- a) Número total de guías de práctica clínica que cumplen criterios de calidad establecidos para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (proyecto Guíasalud).
- b) Número total de guías de práctica clínica que han sido evaluadas.

**Niveles de desagregación:**

Ninguno, el conjunto del SNS.

Fuente de información:  
Ministerio de Sanidad y Consumo.

Periodicidad:  
Anual.

• **Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos**

Fórmula:

$$ID = a) / 365 \times b)$$

En donde:

- a) Número total de dosis diarias definidas (DDD) de antidepresivos dispensadas en un año.
- b) Población en ese año, multiplicada por 365 días.

Definiciones/Aclaraciones:

Se utilizará la clasificación ATC y, transitoriamente, población ajustada por activos y pensionistas. No obstante, en la medida en que los sistemas de información lo permitan, se realizará el ajuste por diferentes grupos de edad y por sexo.

Niveles de desagregación:

Por CC.AA., por activos y pensionistas. En el futuro, por grupos de edad y por sexo.

Fuente de información:

Componentes:

- a) Sistema de información de consumo farmacéutico del SNS.
- b) Proyecciones de población. INE.
- c) Datos de TSI del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Periodicidad:

Anual.

Observaciones:

La fuente de TSI se considera provisional. En la medida en la que se complete la base de datos de población protegida del SNS, ésta deberá ser la fuente idónea de datos, siempre y cuando se acuerde su explotación para este fin.

• **Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos**

Fórmula:

$$ID = a) / 365 \times b)$$

En donde:

- a) Número total de dosis diarias definidas (DDD) de antipsicóticos dispensadas en un año.
- b) Población en ese año, multiplicada por 365 días.

Definiciones/Aclaraciones:

Se utilizará la clasificación ATC y, transitoriamente, población ajustada por activos y pensionistas. No obstante, en la medida en que los sistemas de información lo permitan, se realizará el ajuste por grupos de edad y por sexo.

Niveles de desagregación:

Por CC.AA., por activos y pensionistas. En el futuro, por grupos de edad y por sexo.

Fuente de información:

Componentes:

- a) Sistema de información de consumo farmacéutico del SNS.
- b) Proyecciones de población. INE.
- c) Datos de TSI del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Periodicidad:

Anual.

Observaciones:

La fuente de TSI se considera provisional. En la medida en la que se complete la base de datos de población protegida del SNS, ésta deberá ser la fuente idónea de datos, siempre y cuando se acuerde su explotación para este fin.

- **Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas**

Fórmula:

$$ID = a) / 365 \times b)$$

En donde:

- a) Número total de dosis diarias definidas (DDD) de hipnóticos y sedantes, y/o de ansiolíticos, dispensadas en un año.
- b) Población en ese año, multiplicada por 365 días.

Definiciones/Aclaraciones:

Se utilizará la clasificación ATC y, transitoriamente, población ajustada por activos y pensionistas. No obstante, en la medida en que los sistemas de información lo permitan, se realizará el ajuste por grupos de edad.

Niveles de desagregación:

Por CC.AA., por activos y pensionistas. En el futuro, por grupos de edad y por sexo.

Fuente de información:

Componentes:

- a) Sistema de información de consumo farmacéutico del SNS.
- b) Proyecciones de población. INE.
- c) Datos de TSI del Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

Periodicidad:

Anual.

Observaciones:

La fuente de TSI se considera provisional. En la medida en la que se complete la base de datos de población protegida del SNS, ésta deberá ser la fuente idónea de datos, siempre y cuando se acuerde su explotación para este fin.

- **Porcentaje de reingresos**

Fórmula:

$$ID = a-b) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número de pacientes que causan alta hospitalaria por trastorno mental, en un año.
- b) Número total de altas por trastorno mental en ese mismo año.

Definiciones/Aclaraciones:

Se incluirán todas las altas habidas clasificadas en el capítulo 5 de la CIE (Códigos 290 a 319 de la versión 9-MC).

Niveles de desagregación:

Por CC.AA.

Fuente de información:

Registro de altas de hospitalización (CMBD) - MSC.

Periodicidad:

Anual.

Aclaraciones:

Se contabilizarán las altas de hospitales generales. El numerador tiene el sesgo de no poder, en el momento actual, identificar pacientes que hayan ingresado en hospitales diferentes hasta que no esté generalizada la integración de todas las bases de datos de TSI de las Comunidades Autónomas en la base de datos del Sistema Nacional de Salud.

- **Morbilidad atendida**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número de personas diagnosticadas de cada una de las siguientes patologías: anorexia, trastorno bipolar, esquizofrenia, depresión mayor.
- b) Población total.

Definiciones/Aclaraciones:

Se requiere del previo acuerdo por parte de las CC.AA. en los criterios de registro y codificación de casos atendidos de manera ambulatoria por los servicios especializados en salud mental.

Niveles de desagregación:

Por tipo de patología seleccionada, CC.AA., edad y sexo.

Fuente de información:

Servicios de Salud Mental de las CC.AA.

Periodicidad:

Bienal.

Observaciones:

Actualmente no existen datos a nivel de todo el SNS. Requiere el previo acuerdo en los criterios normalizados de registro y posterior puesta en común de la información a través del MSC.

• **Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios en hospitales no penitenciarios**

Fórmula:

$$ID = a) \times 100 / b)$$

En donde:

- a) Número de personas internas en Instituciones Penitenciarias derivadas e ingresadas por causa psiquiátrica en hospitales no monográficos penitenciarios en un año.
- b) Número total de ingresos psiquiátricos de estos internos en ese año.

Desagregación:

Por CC.AA. y tipo de hospital.

Fuente:

Instituciones Penitenciarias.

## Objetivos generales 6 y 7

### • **Mapa de dispositivos de salud mental**

#### Fórmula:

En este caso, el cumplimiento del indicador es la existencia, propiamente dicha, de la relación de todos aquellos dispositivos existentes para prestar atención, en sus diversas modalidades, a los problemas de salud mental.

#### Definiciones/Aclaraciones:

Se confeccionará posteriormente, con la información disponible, un mapa con los diferentes tipos de dispositivos existentes.

#### Niveles de desagregación:

Por CC.AA. y tipos de dispositivos.

#### Fuente de información:

Registro de centros, establecimientos y servicios sanitarios - MSC.

#### Periodicidad:

Anual a partir de su implantación y consolidación.

### • **Ratio de psiquiatras por población**

#### Fórmula:

$$ID = a) \times 100.000 / b)$$

#### En donde:

- a) Número total de psiquiatras en un año.
- b) Población en ese año.

#### Definiciones:

Se incluyen todos aquellos y aquellas psiquiatras que prestan servicio (dependientes del establecimiento de que se trate) a 31 de diciembre de cada año. No se contabilizan médicos internos y residentes, ni becarios o asistentes voluntarios.

Fuentes:

Componentes:

- a) Estadística de Establecimientos con Régimen de Internamiento (ESCRI).
- b) Proyecciones de población del INE o, si se prefiere, total de población de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI).

Desagregación:

Por CC.AA. y por dependencia pública (o privados con mayoría de actividad para el SNS: Red de utilización pública u hospitales con concierto sustitutorio) o dependencia privada del centro.

Periodicidad:

Anual.

Observaciones:

La fuente de TSI se considera provisional. En la medida en la que se complete la base de datos de población protegida del SNS, ésta deberá ser la fuente idónea de datos, siempre y cuando se acuerde su explotación para este fin.

Objetivo general 8

La evaluación de este Objetivo se realizará dentro del Informe mencionado en el inicio de este título 2.6.3.

Objetivo general 9

• **Número de proyectos de investigación**

Fórmula:

Número de proyectos de investigación financiados públicamente, bien a través del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Sanidad y Consumo), bien a través de financiación directa autonómica, relacionados con salud mental.

Desagregación:

SNS.

Periodicidad:

Anual.

Fuentes de información:  
Instituto de Salud Carlos III (MSC).  
Comunidades Autónomas.

- **Red de investigación en salud mental** (Existencia de la misma)



# Anexos

## I. Revisores externos

- Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- Colegio Oficial de Psicólogos.
- Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Sociedad Española de Medicina General.
- Sociedad para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud Siglo XXI.



## II. Glosario de abreviaturas

<b>ATC</b>	Anatomical Therapeutic Chemical Clasification.
<b>CC.AA.</b>	Comunidades Autónomas.
<b>CIBER</b>	Centro de Investigación Biomédica en Red.
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades.
<b>CIE</b>	Consejo Internacional de Enfermería.
<b>CMBD</b>	Conjunto Mínimo Básico de Datos.
<b>CNH</b>	Catálogo Nacional de Hospitales.
<b>CSIC</b>	Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
<b>DDD</b>	Dosis Diaria Definida.
<b>DHD</b>	Dosis Habitante Día.
<b>DIS</b>	Diagnostic Interview Schedule.
<b>DSM</b>	Manual diagnóstico de trastornos mentales (American Psychiatric Association).
<b>ENS</b>	Encuesta Nacional de Salud.
<b>ESCRI</b>	Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado.
<b>ESEMED</b>	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders.
<b>FEAFES</b>	Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales.
<b>FAISEM</b>	Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.
<b>GAF</b>	Global Assessment of Functioning.
<b>GPC</b>	Guías de práctica clínica.
<b>IMSERSO</b>	Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estadística.
<b>ISCIII</b>	Instituto de Salud Carlos III.
<b>LGS</b>	Ley General de Sanidad.
<b>MIR</b>	Médico Interno Residente.
<b>MSC</b>	Ministerio de Sanidad y Consumo.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>ONG</b>	Organización no Gubernamental.
<b>OR</b>	Odds Ratio.
<b>PIR</b>	Psicólogo Interno Residente.
<b>PNB</b>	Producto Nacional Bruto.
<b>RCP</b>	Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos.
<b>RECESS</b>	Registro Español de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.
<b>RETICS</b>	Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud.
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud.

<b>TDAH</b>	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
<b>TMC</b>	Trastornos Mentales Comunes.
<b>TMG</b>	Trastornos Mentales Graves.
<b>UE</b>	Unión Europea.

### III. Bibliografía

1. Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. *Eur J Neurol* 2005; 12: 74-77.
2. Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. *Eur J Neurol* 2003; 10 (5): 471-477.
3. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (12): 442-451.
4. El coste social de los trastornos de salud en España. Libro Blanco Estudio Socioeconómico. Madrid: Smithkline Beecham Pharmaceuticals, 1998.
5. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, Vázquez-Barquero JL. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* 2004; 18 (supl. 1): 175-181.
6. Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
7. Üstun TB, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Care*. Chichester: John Wiley & Sons, 1995.
8. Saarento O, Räsänen S, Nieminen P, Hakko H, Isohanni M. Sex differences in the contact rates and utilization of psychiatric services. A three-year follow-up study in Northern Finland. *Eur Psychiatry* 2000; 15: 205-212.
9. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53.
10. Magliano L, Fadden G, Madianos M, et al. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 405-412.
11. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18 (6): 684-691.
12. Moral MS, Ortega J, López Matoses MJ, Pellicer P. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Primaria* 2003; 32 (2): 77-84.
13. Argimon JM, Limón E, Abós T. Sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales de pacientes discapacitados. *Aten Primaria* 2003; 32 (2): 84.
14. Muñoz M, Vázquez C, Bermejo M, Vázquez JJ, Sanz J. Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI (Composite International Diagnostic Interview). *Arch Neurobiol* 1996; 59: 270-282.
15. Rodríguez A (Coord). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide, 1997.
16. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, González J, Mayoral F, Moro J, Pérez F, Rodríguez A, Uriarte JJ. *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones Intervención Social*. Madrid: INSERSO. Ministerio de Asuntos Sociales, 1991. Colección Servicios Sociales n.º 9.

17. Rodríguez A. Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario del Enfermo Mental Crónico. III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Madrid: INSERSO, 1993. Colección Servicios Sociales del Ministerio de Asuntos Sociales n.º 9.
18. Christl P, Stone DH, Corcovan P, Williamson E, Petridou E. EUROSOLVE Working Group. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health* 2003; 13: 108-114.
19. Tasas de suicidio en España. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.ine.es/inebase>
20. Sowers W. Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Ment Health J* 2005; 41 (6): 757-774.
21. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001089.
22. Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD002831.
23. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61(12): 1208-1216.
24. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69: 875-899.
25. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev* 2006; 26 (1): 17-31.
26. Leichsenring F, Leibing E. The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160(7): 1223-1232.
27. Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2005; 89: 67-79.
28. McLennan JD, Wathen CN, MacMillan HL, Lavis JN. Research-practice gaps in child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2006; 45 (6): 658-665.
29. Hernández LJ. Evaluation of results and impact of the first phase of a Community Based Mental Health Model in localities in Bogotá. D.C. *Rev Salud pública (Bogotá)* 2003; 5 (3): 272-283.
30. Thornicroft G, Szmuckler G (Eds). *Textbook of community psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
31. *Modern Standards and Service Models*. Department of Health National Service Framework for Mental Health. London, 1996.
32. House of Lords and House of Commons Joint Committee on the draft mental health bill. *Draft Mental Health Bill: Session 200405, Vol. 1*. London: The Stationery Office, 2005.
33. *Scottish Executive Mental Health Act 2003*. Edinburgh: Scottish Executive, 2003.
34. United Nations. *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care*. New York: United Nations, 1991.
35. World Health Organization. *Country Reports from the WHO European Network on Mental Health*. Copenhagen: World Health Organization, 2001.

36. World Psychiatric Association. Declaration of Madrid. Geneva: World Psychiatric Association, 1996.
37. Sowers W. Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Ment Health J* 2005; 41 (6): 757-774.
38. World Health Organization. Quality improvement for mental health Mental health politics and service guidance package. Copenhagen: World Health Organization, 2003.
39. Espino Granados JA. Presente y futuro de la Atención Psiquiátrica en España: veinte años después del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. En: Espino Granado JA (Coord). *La Atención a la salud mental en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p. 26-52.
40. García J, Espino A, Lara L (Eds). *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Ed. Díaz de Santos, 1998.
41. Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, Secretaría General Técnica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
42. Mateo Martín I, Iruela Cuadrado LM, Hernández Monsalve M. *Guía de Salud mental en Atención Primaria de Salud*. Dirección General de Planificación Sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.ª ed., 1985.
43. *Psiquiatría*. En: *Guía de Formación de Médicos Especialistas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986, p. 145-149.
44. Ley General de Sanidad. Ley 14/1986 de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado* n.º 102 (29-04-1986).
45. Montejo J, Espino A. Sobre los resultados de la reforma psiquiátrica y de la salud mental en España. En: García J, Espino A, Lara L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 363-387.
46. Ministerio de Sanidad y Consumo. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Informe y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991.
47. Saldivia S. Estimación del coste de la esquizofrenia asociado al uso de servicios [Tesis doctoral]. Granada: Universidad, 2000.
48. Durán Heras MA. Los costes invisibles de la enfermedad. Madrid: Fundación BBVA, 2002.
49. Salvador Sánchez I (Coord). *El observatorio de salud mental: análisis de los recursos de salud mental en España*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005.
50. Espino A. La salud mental en los noventa: guía para la discusión. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1995; 25 (55): 735-745.
51. Dougoud L. Asociaciones de familiares de enfermos mentales. En: García J, Espino A, Lara L. *La psiquiatría en la España de fin de siglo*. Madrid: Díaz de Santos, 1998, p. 279-284.
52. Giner Ubago J, López Ibor JJ. La especialización en psiquiatría (Editorial conjunto de la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica). *Noticias Médicas*, 1995.

53. García González J. Medios para avanzar en la organización y desarrollo de los Servicios de Salud Mental. En: Espino Granado JA (Coord). La atención a la salud mental en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p. 96-113.
54. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001.
55. Espino A. Análisis del estado actual de la reforma psiquiátrica: debilidades y fortalezas. Amenazas y oportunidades. Rev Asoc Esp Neurops 2002; 22 (81): 39-61.
56. Ballesteros S. Las unidades de salud mental (Insalud) y el proyecto hacia una salud mental comunitaria. Rev Asoc Esp Neuropsiq 1991 (38): 203-217.
57. Espino A, Olabarría B (Coords). La formación de los profesionales de la salud mental en España. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003. Estudios 29.
58. Menéndez F. Veinte años de la reforma psiquiátrica. Panorama del estado de la psiquiatría en España de los años 1970 a los 2000. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 2005; 25 (95): 69-81.
59. VV.AA. Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica. La salud mental en España: Centenaria en el país de las maravillas. En: Cabases JM, Villalbí JR, Aibar C. Informe SESPAS 2002: Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Valencia: Consellería de Sanitat, 2002, p. 301-326.
60. Fernández Liria A. Claves para la elaboración de una estrategia de salud mental en España. En: Espino Granado J (Coord). La Atención a la salud mental en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006, p. 80-94.
61. The European Opinion Research Group (2002). The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. Disponible en [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_eurobaro.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf)
62. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center, 1993.
63. Ware JE Jr, Gandek B, y el IQOLA Projejt Group. The SF- 36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA Projejt. Int J Ment Health 1994; 23: 49-73.
64. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc) 1995; 104: 771-776.
65. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vázquez-Barquero JL, Oviedo A, Díez-Manrique JF. Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. Acta Psychiatr Scand 1999; 99: 26-32.
66. Dalgard OS, Sorensen T, Sandanger I, Brevik JI. Psychiatric interventions for prevention of mental disorders. A psychosocial perspective. Int J Technol Assess Health Care 1996; 12 (4): 604-617.
67. Kessler RC, Üstun TB. The World Health Organization, World. Mental Health 2000 Initiative. Hospital Management International, 2000, p 195-196.
68. ESEMeD / MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psych Scand 2004; 109 Suppl 420: 1-64.

69. Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 523-530.
70. Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR, et al. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. *Neurology* 1999; 53: 1992-1997.
71. Prince MJ, Beekman AT, Deeg DJ, Fuhrer R, Kivela SL, Lawlor BA, et al. Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 339-345.
72. Roca-Bennasar M, Gili-Planas M, Ferrer-Pérez V, Bernardo-Arroyo M. Mental disorders and medical conditions. A community study in a small island in Spain. *J Psychosom Res* 2001; 50: 39-44.
73. Mateos R, Páramo M, Carrera I, Rodríguez-López A. Alcohol consumption in a southern European region (Galicia, Spain). *Subst Use Misuse* 2002; 37: 1957-1976.
74. Mateos R, González F, Páramo M, García MC, Carollo MC, Rodríguez-López A. The Galicia Study of Mental Health of the Elderly I: general description of methodology. *Int J Methods Psychiatr Res* 2000; 9: 165-173.
75. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 1069-1077.
76. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78: 413-423.
77. Alonso J, Angermeyer MC, Bernet S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; Suppl 420: 8-20.
78. Instituto Nacional de Estadística (INE). Datos demográficos de la población española. Disponible en [http://www.ine.es/inebase/menu2\\_dem.htm](http://www.ine.es/inebase/menu2_dem.htm)
79. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 486-492.
80. Kahn RS, Wise PH, Kennedy BP, Karachi I. State income inequality household income, and maternal mental and physical health: Cross-sectional national survey. *BMJ* 2000; 321: 1311-1315.
81. Murray JL, López AD. *The Global Burden of Disease*. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
82. World Health Organization: *The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope*. Geneva: WHO, 2001.
83. Haro JM, Palacín C, Vilagut GM, Romera B, Codony M, Autonell J, y cols. La Epidemiología de los trastornos mentales en España: métodos y participación del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2003; 31: 182-191.
84. Slade M, Powell R, Strathdee G. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1997 May; 32 (4): 177-184.

85. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78: 413-414.
86. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P, y cols. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain—initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997; 27 (4): 775-789.
87. National Advisory Mental Health Council. Health Care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council, 1993. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (10): 1447-1465.
88. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 250: 274-285.
89. Vázquez-Barquero JL, Cuesta Núñez MJ, de la Varga M, Herrera Castanedo S, Gaité L. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psych Scand* 1995; 91 (3): 156-162.
90. Sartorius N, Jablenski A, Korten, et al. Early manifestation and first contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986; 16: 909-928.
91. Aleman A, Kahn RS, Selten J-P. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 565.
92. Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riecher-Rössler A. The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 80-86.
93. Byrke JD, Regier DA. Epidemiología de los trastornos mentales. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA (Eds). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ancora, 1996.
94. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, y cols. Schizophrenia: Manifestation, incidence and course in different cultures: A World Health Organization ten country study. *Psychol Med* 1992; Suppl 20.
95. Torrey EF. Prevalence studies in Schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 598-608.
96. Häfner H, der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 139-151.
97. Bijl RV, Ravelli A, van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 587-595.
98. Lehtinen V, Joukamaa M, Lahtela K, Raitasalo R, Jyrkinen E, Maatela J, Aromaa A. Prevalence of mental among adults in Finland: basic results from the Mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 418-425.
99. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes JM, Abelson JM, Zhao S. The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol Medicine* 1997; 27: 1079-1089.
100. McNiel DE, Rosales IB, Binder RL. Family attitudes that predict home placement of hospitalized psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43 (10): 1035-1037.
101. Desviat M. Objetivo 12. Reducir las enfermedades mentales y suicidios. En: Álvarez-Dardet y Salvador Peiró (Coords). *Informe SESPAS 2000: La salud pública ante los desafíos del nuevo siglo*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2000, p. 175-186.

102. Orihuela T. Población con enfermedad mental grave y prolongada. Madrid: IMSERSO, Fundacion INTRAS, 2003.
103. Rosales C, Torres F, Luna del Castillo J, Baca E, Martínez G. Evaluación de necesidades de personas con enfermedad esquizofrénica (CAN). *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30: 182-188.
104. Informe especial sobre «La Atención a la Salud Mental en Navarra», elaborado por la Oficina de la Defensora del Pueblo de Navarra. *Boletín Oficial del Parlamento de Navarra*, 14 junio 2003, vols. 57-1 y 57-2.
105. Salvador-Carulla L, Romero C, Martínez A, Haro JM, Bustillo G, Ferreira A, Gaité L, Johnson S; PSICOST Group. Assessment instruments: standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2000; 405: 24-32.
106. Roses M. Desigualdades ocultas: género y reforma del sector salud. *Le Monde Diplomatique*, n.º 43, 2003 (consultado el 27 de marzo de 2006). Disponible en [http://www.eldiplo.org/resumen.php3?numero=43&resumen=43/R\\_13\\_29](http://www.eldiplo.org/resumen.php3?numero=43&resumen=43/R_13_29)
107. Montero I, Masanet MJ, Lacruz M, Bellver F, Asencio A, García E. Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers. *Actas Esp Psiquiatr* 2006 May-Jun; 34 (3): 169-174.
108. Imsero 2000. Base de datos estatal de personas con discapacidad. IMSERSO 2000. Disponible en <http://sid.usal.es/estadisticas.asp>
109. Gómez Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, et al. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 352-357.
110. Andrés MA, Catalá MA, Gómez-Beneyto M. Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999, 34: 175-179.
111. Lahortiga-Ramos F, De Irala-Estévez J, Cano-Prous A, Gual-García P, et al. Incidence of eating disorders in Navarra (Spain). *Eur J Psychiatry* 2005; 20: 179-185.
112. Teresa Rodríguez-Cano T, Beato-Fernández L, Belmonte-Llario A. New contributions to the prevalence of eating disorders in Spanish adolescents: detection of false negatives. *Eur J Psychiatry* 2005; 20: 173-178.
113. Morande G, Celada J, Casas J. Prevalence of Eating Disorders in a Spanish School-Age Population. *J Adolesc Health* 1999; 24: 212-219.
114. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C. The Prevalence of Dementia and Depression in the Elderly Community in a Southern European Population. The Zaragoza Study. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 497-506.
115. Lobo A, Saz P, De la Cámara C, Carreras S, García-Campayo J. Informe a la Diputación General de Aragón sobre los estudios de morbilidad psíquica y salud mental en la población geriátrica aragonesa. Zaragoza: Universidad de Zaragoza, 1994.
116. Mateos R, Droux A, Páramo M, González F, et al. The Galicia Study of Mental Health of the Elderly II: The use of the Galician DIS. *Int J Methods Psychiatr Res* 2000; 9: 174-182.
117. Pelkonen M, Marttunen M. Child and Adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003; 5 (4): 243-265.

118. Christl P, Stone DH, Corcovan P, Williamson E, Petridou E. EUROSAVE Working Group. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health* 2003; 13: 108-111.
119. World Health Organization. European Alcohol Action 2000-5. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2000.
120. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Abuse (EMMCDDA). Annual Report 2003: The state of the drugs problem in the European Union and Norway. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2003.
121. Murray CJL, López AD. Mortality by cause for eight reasons of the world. Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349: 1269-1276.
122. De Gaminde I. Formulación de políticas sociosanitarias: Dificultades y perspectivas. *Gac Sanit* 2006; 20: 257-259.
123. Ley de Integración Social de los Minusválidos. Ley 13/1982, de 7 de abril. Boletín Oficial del Estado n.º 103 (30/04/1982).
124. Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. Ley 51/2003, de 2 de diciembre. Boletín Oficial del Estado n.º 289 (3/12/2005).
125. Morgan A, Swann C. Social capital for health: issues in definitions, measurement and links to health. London: Health Development Agency, 2004.
126. The evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action. *Promotion and Education* 2005; Suppl 2.
127. World Health Organization (WHO). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO, 2004.
128. World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: WHO, 2004.
129. Mauthner N, Platt S. Selective literature review of measures of mental health and emotional well-being. London: Health Development Agency, 1998.
130. Chanan G. Measures of Community. London: Community Development Foundation, 2004.
131. Mental health improvement: what work? Edinburgh: Scottish Executive, 2003. Disponible en <http://www.hebs.com/topics/mentalhealth>
132. Mental Health Improvement: Evidence and Practice NHS Health. Scotland: NHS Health Scotland, 2005.
133. Chanan G, Humm J. Community Involvement Indicators: Testing guide. London: Community Development Foundation, 2003.
134. The conference established a Mental Health Declaration for Europe and a Mental Health Action Plan for Europe, both for the WHO European Region. Disponible en <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>
135. World Health Organization. Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005.
136. Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. Brussels: European Communities, Health and Consumer Protection Directorate-General, 2005.

137. Jané-Llopis E, Anderson P. Mental Health promotion and mental disorder prevention across European member states: a collection of country stories. Luxembourg: European Communities, 2006.
138. The state of the Mental Health in the Europe. Commission of the European Communities. European Communities, 2004.
139. Téllez Lapeira MJ, Cerededo Pérez MJ, Pascual Pascual P, Buitrago Ramírez. La salud mental en el umbral del siglo XXI. Protagonismo de la atención primaria. ¿Un reto a nuestro alcance? *Aten Primaria* 2005; 35: 61-63.
140. Vázquez-Barquero JL, García J, Artal Simón J, Iglesias C, Montejo J, Herran A, et al. Mental health in primary care: an epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatr* 1997; 170: 529-535.
141. Grupo de Trabajo de Salud Mental del PAPPs. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2001; 28: 106-145.
142. Bravo Ortiz MF (Coord). *Hacia una Atención Comunitaria de la Salud Mental de Calidad. Informe de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría*. Madrid: AEN, 2000. Cuaderno Técnico n.º 4.
143. World Health Organization and World Psychiatric Association. *Psychiatry of the elderly: a consensus statement*. Geneva: WHO, 1996; WHO/MNH/MND/96.7: 1-11.
144. World Health Organization and World Psychiatric Association. *Organization of care in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement*. Geneva: WHO, 1997; WHO/MSA/MNH/MND/97.3: 1-15.
145. World Health Organization and World Psychiatric Association. *Education in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement*. Geneva: WHO, 1998; WHO/MSA/MNH/MND/98.4: 1-9.
146. World Health Organization and World Psychiatric Association. *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders*. Geneva: WHO, 2002; WHO/MSD/MBD/02.3: 1-26.
147. Draper B, Low L. *What is the effectiveness of old-age mental health services?* Copenhagen: WHO, 2004.
148. Goldberg D. *Psychiatry and primary care*. *World Psychiatry* 2003; 3: 153-157.
149. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe de la situación de la salud mental del Observatorio del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Servicio de Publicaciones, 2002.
150. Hoult J. *Community care of the acutely mentally disorders*. *Br J Psychiatr* 1986; 149: 137-144.
151. García-Campayo J, Claraco LM, Orozco F, et al. *Programa de formación en salud mental para residentes de medicina de familia y comunitaria. El modelo Zaragoza*. *Aten Primaria* 2001; 27: 667-672.
152. Goldberg D, Jackson G, Gater R, Campbell M, Jennet N. *The treatment of common mental disorders by a community team based in primary care. A cost-effectiveness study*. *Psychol Med* 1996; 26: 487-492.
153. Palao Vidal J. *Alcance y límites en la actuación del médico de atención primaria en los trastornos psiquiátricos*. *Psiquiatría y Atención Primaria* 2003; 4: 4-12.

154. El Observatorio de Salud Mental: Análisis de los recursos de salud mental en España. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003. Cuadernos Técnicos n.º 5.
155. Ortiz Lobo A, Lozano Serrano C. El incremento de la prescripción de antidepresivos. *Aten Primaria* 2005; 35 (3): 152-155.
156. Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer. <http://www.ceafa.org/>
157. Orden de 31 de gener de 1996, per la qual es crea el Consell Assessor en Psicogeriatria. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* n.º 2170 (19 de febrero de 1996).
158. Decreto 389/1994, do 15 de decembro, polo que se regula a saúde mental en Galicia. *Diario Oficial de Galicia* n.º 1 (2 de enero de 1995).
159. Comisión Asesora en materia de Psicoxeriatría [Psychogeriatrics Advisory Committee]. Plan Galego de atención ó enfermo de Alzheimer e outras demencias, 1.ª ed. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, 1999.
160. Black W, Almeida OP. A systematic review of the association between the behavioral and Psychological Symptoms of Dementia and burden of care. *Nt Psychogeriatr* 2004 Sep; 16 (3): 295-315.
161. Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psicogeriatria. Consenso Español sobre Demencias (2.ª ed.). Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psicogeriatria. Barcelona: SANED, 2005.
162. Mateos R, Fernández Salido C, Taboada O, Rojo A, Santos B, Casal C, Portela B. L'assistance aux patients schizophrènes âgés en institution de long séjour de Galice (Espagne). *Année Gerontológico* 2003; 17: 61-74.
163. Dowsey MM, Kilgour ML, Santamaría NM, Choong PF. Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. *Med J Aust* 1999 Jan 18; 170 (2): 59-62.
164. Roberts HC, Pickering RM, Onslow E, Clancy M, Powell J, Roberts A, Hughes K, Coulson D, Bray J. The effectiveness of implementing a care pathway for femoral neck fracture in older people: a prospective controlled before and after study. *Age Ageing* 2004; 33 (2): 178-184.
165. Kingdon D, Amanullah S. Care programme approach: relapsing or recovering? *Advances in Psychiatric Treatment* 2005; 11: 325-329.
166. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N. Integrated care pathways. *BMJ* 1998; 316: 133-137.
167. Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, et al. Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care* 1995; 4: 55-64.
168. Gibson PG, Wilson AJ. The use of continuous quality improvement methods to implement practice guidelines in asthma. *J Qual Clin Practice* 1996; 16: 87-102.
169. Bohmer R. Critical pathways at Massachusetts General Hospital. *J Vasc Surg* 1998; 28: 373-377.
170. Azocar F, Cuffel B, Goldman W, McCarter L. The impact of evidence-based guideline dissemination for the assessment and treatment of major depression in a managed behavioral health care organization. *J Behav Health Serv Res* 2003; 30 (1): 109-118.
171. Dickey B, Normand SL, Hermann RC, Eisen SV, Cortes DE, Cleary PD, Ware N. Guideline recommendations for treatment of schizophrenia: the impact of managed care. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60 (4): 340-348.

172. Encuesta proyecto guía salud. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. <http://www.guiasalud.es/home.asp>
173. Andrés MJ, Donaire L, Juárez C, Hernández M, de Miguel JL, Guisado J. Internamientos no voluntarios en el hospital general. Disponible en <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/79/8319/?++interactivo>
174. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Equipos comunitarios de salud mental para personas con enfermedades mentales graves y trastornos de la personalidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
175. Goldberg D, Jackson G, Gater R, Campbell M, Jennett N. The treatment of common mental disorders by a community team based in primary care: a cost-effectiveness study. *Psychological Medicine* 1996; 26 (3): 487-492.
176. Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. La gestión de los casos en personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
177. Kylie Nowak, Lynn Nagle and Anthony Bernardo. Review: case management programmes improve patient outcomes. *Evid Based Nurs* 1998; 1: 128.
178. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services* 2000; 51 (11): 1410-1421.
179. Weisbrod BA, Test MA, Stein MI. Alternative to mental hospital treatment. *Arch Gen Psychiatr* 1980; 37: 400-405.
180. Marshall M, Lockwood A. Tratamiento asertivo en la comunidad para las personas con desórdenes mentales severos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
181. Joy CB, Adams CE, Rice K. Intervención para las crisis en personas con enfermedades mentales graves (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005. Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005. Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
182. Leal J, Escudero A. La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.
183. Gómez-Beneyto M, Asencio A, Belenguer MJ, et al. Desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos sin recursos comunitarios: un análisis de la experiencia del hospital psiquiátrico «Padre Jofré» de Bétera, Valencia (1974-1986). En: Espinosa J (Coord). *Cronicidad en Psiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1986.
184. Gamindez I. Formulation of social and health policies: difficulties and perspectives. *Gac Sanit* 2006; 20: 257-259.
185. JJ Mira, Pérez-Jover V, Lorenzo S, Aranz J, Vitaller J. La investigación cualitativa: Una alternativa también válida. *Atención Primaria* 2004; 34 (4): 161-169.

186. Blanco OR, Iglesias SS. Estudio bibliométrico comparativo de las publicaciones en psiquiatría españolas y otras publicaciones europeas. *Actas Esp Psiquiatr* 2005; 33 (39): 154-159.
187. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Medina Chozas ME, Rubio Hidalgo E, Alejandro Lázaro G. Investigación en atención primaria 1994-2003. *Aten Primaria* 2005; 36 (8): 415-423.
188. Camí J, Suñén-Piñol E, Méndez-Vásquez R. Mapa bibliométrico de España 1994-2002: Biomedicina y Ciencias de la Salud. *Med Clin (Barc)* 2005; 124: 93-101.
189. Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología. Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2004-2007. Áreas prioritarias. Madrid: Ministerio de Ciencia y Tecnología, 2004.
190. Fernández Fernández I, Bolívar B, Grandes G, Lloberas J, Fernández C, Martín Zurro A. Redes Temáticas de Investigación Cooperativa. *Aten Primaria* 2003; 32 (9): 505-508.
191. Norma UNE66175: 2003. Guía para la implantación de Sistemas de Indicadores. AENOR Ediciones.
192. Pons I, Antón I, y cols. Los registros acumulativos de casos psiquiátricos como sistema de información y evaluación dentro del marco de la reforma psiquiátrica. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1992; 12: 115-124.
193. Pedreira Massa JL, Eguiagaray García M. Evaluación de un Servicio de Psiquiatría Infantil a través de un registro acumulativo de casos psiquiátricos. *Rev Psiquiatr Infant Juv* 1996; 4: 263-273.
194. Gómez Beneyto M, Salazar Fraile J, Peris Bonet R, Cebrián Luján A, Belenguer Marqués MJ. El Registro de Casos Psiquiátricos de Valencia. Valencia: Diputación Provincial de Valencia, 1989.
195. Fernández Liria A, Vicente Muelas N, García Álvarez JC. La implantación del registro de casos psiquiátricos de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1994; 51: 569-58.
196. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Directorio de Registros Sanitarios españoles de utilidad en Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Madrid: AETS-Instituto de Salud Carlos III, 2000.

ISBN: 978-8495-1765-54



9 788495 176554



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO