

*Presente y futuro de la
salud mental en España*

Presente *y* futuro *de la* salud mental *en* España



Coordinado por José Martínez Olmos
y Celso Arango López



Diseño e ilustraciones

Sara Clemm

Edita

BioInnova Consulting

Impresión

Graficas Santher, S.L

ISBN: 978-84-09-33718-7

A efectos de transparencia, le informamos que Angelini Pharma ha colaborado en la financiación de la presente publicación. Su contenido refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con los de Angelini Pharma. Angelini Pharma recomienda siempre la utilización de sus productos de acuerdo con la ficha técnica aprobada por las autoridades sanitarias.

Índice

Relación de autores	7
Prólogo	12
Diagnóstico de situación	17
Diagnóstico de situación por parte del paciente	18
Diagnóstico de situación por parte del clínico	54
Diagnóstico de situación por parte del investigador	68
Diagnóstico de situación desde la perspectiva del farmacéutico	82
Diagnóstico de situación de la innovación terapéutica	92
Diagnóstico de situación por parte del gestor	120
Diagnóstico de situación y retos por el impacto de la COVID-19	136
Diagnóstico de situación por parte de los medios de comunicación	152
Propuesta de recomendaciones para mejorar la salud mental	179
La voz de las personas con problemas de Salud Mental	180
Mujeres y Salud Mental: propuestas de mejora desde la experiencia propia	186
Empoderamiento del paciente	200
Futuro de la atención clínica	212
Avances en la investigación	228
Promoción de la Atención Farmacéutica en Salud Mental	236
Humanización en la gestión de la Salud Mental	258
Contribución de la innovación farmacéutica a la mejora de la atención del paciente	268

Legislar para avanzar	290
Incorporación de la telemedicina	320
Comunicar para resolver	340
Hoja de ruta española en Salud Mental	349
Algunas reflexiones sobre la necesaria hoja de ruta española en salud mental	350

Relación de autores

Eduardo Jesús Aguilar García-Iturrospe: Responsable de la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Albert Algarrada Ramos: Psicólogo de la Asociación de Familiares y personas con Trastorno Mental Severo (Afammca-Acfames).

Celso Arango López: Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y Jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Catedrático de Psiquiatría UCM, CIBERSAM.

Iñigo Alli Martínez: Exvicepresidente ejecutivo del Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia, CEDDD. Exconsejero de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. Director General de la Consultora en Políticas Públicas UP!

Ana Cabrera Cifuentes: Directora Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia (AMAFE).

M.^a Auxiliadora Celdrán Hernández: Titular del Servicio de Farmacia del Hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante.

Aroa Cremades Becerril: Técnica en Intervención Familiar en Salud Mental Sevilla (ASAENES).

Benedicto Crespo-Facorro: Jefe de Servicio de Psiquiatría del Hospital Virgen del Rocío. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla.

Isabel Baena Parejo: Exviceconsejera de Salud de la Junta de Andalucía.

María Batalla Monedero: Médico especialista en Psiquiatría en variedad de recursos tales como Centro de Salud Mental, Unidad de Salud Mental Infantil, Psiquiatría de enlace y Unidad de Hospitalización Breve.

Itziar Ceballos Villahoz: Gerente de Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Avifes).

José Manuel Dolader: Director de la radio social labarandilla.org y de la Asociación La Barandilla.

Eduardo Echarri Arrieta: Farmacéutico Hospitalario en el Hospital Psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela.

Cándido Manuel García Sánchez: Psiquiatra. UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Gabriel González Ortiz: Periodista especializado en información judicial y de sucesos en Diario de Navarra. Autor del libro 'Hablemos del Suicidio'.

Ruth Goñi Sarries: Senadora por Navarra en la XIII y XIV legislatura.

Gorry: Socio fundador, tesorero y coordinador de proyectos de la Asociación Tú Decides.

Esther Jiménez Martínez: Adjunta a la Dirección Científica del CIBERSAM e investigadora postdoctoral de la Unidad de Trastornos Bipolares y Depresivos del Hospital Clínico de Barcelona.

Juan Manuel Jiménez Figueroa: Técnico en Comunicación en Salud Mental Sevilla (ASAENES).

Luis León Allué: Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área Mancha Centro.

Antonio López Andrés: Subdirector de Farmacia y Prestaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Javier-David López-Moríñigo. Médico-Psiquiatra en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Marta López Unyó: Psicóloga de la Asociación de Familiares y personas con Trastorno Mental Severo (Afammca-Acfames).

María Teresa Marcos Sierra: Coordinadora Técnica de Proyectos y Estudios de Salud Mental Sevilla (ASAENES).

Eva Martínez de León García: Pedagoga responsable de Dinamización Asociativa en Salud Mental Sevilla (ASAENES).

José Martínez Olmos: Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Ex Secretario General de Sanidad. Exportavoz de Sanidad del Grupo Socialista en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados y del Senado.

Ana Martínez Pereira: Psicóloga de Fundación LAR.

José Manuel Martínez Sesmero: Director de Innovación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; Jefe del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Clínico San Carlos.

Miguel Ángel Miguélez Silva: Psiquiatra de Fundación LAR y de EOXI Vigo (SERGAS).

Sara Miño Amillategui: Alumna de Psicología de la Universidad de Sevilla en prácticas en Salud Mental Sevilla (ASAENES).

Victor Pérez Sola: Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica; Director del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Hospital del Mar (Barcelona).

Emilio Pol Yanguas: Jefe de Unidad de Farmacia en Centro Dr. Esquerdo para Enfermos Mentales.

Ana Prieto Nieto: Diputada por Lugo en el Congreso de los Diputados. Portavoz del Grupo Parlamentario Socialista en la Comisión de Sanidad y Consumo.

Jaume Raventós Monjo: CEO del Grupo ITA Salud Mental; vicepresidente de la Asociación de Salud Digital.

Jose Luis Rico Prieto: Subdirector Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia (AMAFE).

Rocío Ruiz Martín de la Torre: Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria; asesora de control farmacéutico en el ámbito hospitalario en el Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

Miguel Ruiz-Veguilla: Psiquiatra. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Universidad de Sevilla. UGC de Salud Mental Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

Julio Sanjuan Arias: Coordinador Unidad de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Clínico de Valencia.

Glòria Sebastian Blanch: Psicóloga y Musicoterapeuta de la Asociación de Familiares y personas con Trastorno Mental Severo (Afammca-Acfames).

María Tajés Alonso: Jefa de Servicio de Salud Mental, Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud.

Juan Carlos Valenzuela Gámez: Coordinador Regional de Farmacia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

Martín Valdez Mena: Psicólogo de la Asociación de Familiares y personas con Trastorno Mental Severo (Afammca-Acfames).

Amelia Varela Artusio: Psicóloga clínica, Directora de la Fundación LAR Pro Salud Mental.

Elvira Velasco Morillo: Diputada por Zamora en el Congreso de los Diputados. Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en la Comisión de Sanidad y Consumo.

Eduard Vieta Pascual: Catedrático de Psiquiatría del departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona. Director Científico de CIBERSAM.

Julio Zarco Rodríguez: Subdirector Gerente del Hospital Clínico San Carlos. Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad Complutense de Madrid.

Prólogo



DR. CELSO ARANGO

Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y Jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Catedrático de Psiquiatría UCM, CIBERSAM

Dice el sabio refranero español que sólo nos acordamos de Santa Bárbara cuando truena. En esta ocasión, ha tenido que venir en forma de pandemia para darnos cuenta de lo importante de la salud mental y de lo mal preparado que estaba nuestro sistema sanitario para afrontar una crisis así. Hace muchos años mi padre me contó una anécdota que viene ahora al caso. En los años 50, cuando todavía había muy pocos coches por las carreteras de nuestro país, mi padre que había estado viviendo en Alemania se trajo un Volkswagen escarabajo. Invitó al cura del pueblo de Vivero, provincia de Lugo, a montar con él y en una larga cuesta abajo le preguntó al cura si se daba cuenta de lo mucho que corría el coche. El cura de manera displicente se limitó a contestar “cuesta abajo hasta la mierda corre”. Pues eso, la fortaleza de los sistemas, países, familias, compañías, etc., no se mide en tiempo de bonanza sino cuando las cosas van mal. Son las crisis las que permiten evaluar la verdadera salud de, por ejemplo, sus sistemas sanitarios. Llevábamos diciendo que teníamos el mejor sistema sanitario del mundo pero esta crisis en forma de pandemia nos ha desnudado un sistema sanitario con muchas carencias, en especial en lo que a la atención de la salud mental se refiere. Como en el cuento de Hans Christian Andersen “El traje nuevo del Emperador”, nos hemos paseado desnudos presumiendo de nuestra indumentaria durante demasiado tiempo.

En un país que invierte un 5% del gasto sanitario en salud mental frente al 7% de media de la Unión Europea, en un país que lleva ocho años sin Estrategia de Salud Mental y nunca ha tenido una Estrategia nacional de prevención del suicidio, en un país que es el único de la Unión Europea (UE) que no tiene la especialidad de psiquiatría de la infancia y la adolescencia, en un país que tiene una media de psiquiatras por habitante un 40% inferior a la media de la UE o una tasa de psicólogos clínicos un 50% inferior a la media de la UE, ¿qué esperábamos? Es evidente que la salud mental no ha recibido, a pesar de las repetidas recomendaciones de la OMS y Naciones Unidas, la priorización que le corresponde en el mapa sanitario español, con además importantes diferencias entre CCAA. El tabú, estigma, miedo y desconfianza que genera la enfermedad mental ha paralizado a unos políticos que no encuentran en la salud mental algo que vender para las próximas elecciones. Y es cierto, el rendimiento en la inversión en psiquiatría y salud mental no es cortoplacista como lo puede ser en otras áreas de la medicina. La inversión en salud mental no es cuestión de las próximas elecciones y menos ahora que se celebran cada vez de forma más frecuente en nuestro país... Peor aún es la politización de algo que no debe dejar de ser una ciencia médica. Hemos asistido a la utilización de la psiquiatría como si fuera una ideología, como si hubiera una

psiquiatría de derechas y una psiquiatría de izquierdas cuando lo único que hay es una buena psiquiatría y una mala psiquiatría, como pasa en cualquier otra disciplina médica.

Lo que es sin duda cierto es que la psiquiatría y la salud mental tienen una complejidad mayor que otras disciplinas médicas, lo cual la hace aún más apasionante. Esa perspectiva biopsicosocial enriquecedora y necesaria hace que los agentes implicados en una buena política sanitaria en materia de salud mental sean muchos. Este libro recoge la perspectiva integradora y complementaria de muchos de esos agentes, empezando por los pacientes en primera persona y sus familias, el cuarto sector, clínicos, investigadores, farmacéuticos, gestores, medios de comunicación, etc. Todos ellos contribuyen a realizar en este libro blanco un minucioso análisis de situación absolutamente necesario a partir del cual poder hacer propuestas de recomendación para la mejora de Salud Mental en nuestro país. Como decía previamente, la precaria situación de los recursos en psiquiatría y salud mental en nuestro país hacen que según el símil utilizado en investigación de “efecto suelo” o regresión a la media, lo esperable es que todo mejore a partir de

ahora que no sólo le hemos visto las orejas al lobo sino que hemos sufrido el dolor de su mordisco.

Al igual que en la sección de diagnóstico de situación, en la de recomendaciones para la mejora de la salud mental en nuestro país se ha contado con excelentes expertos en cada una de las materias. Personas que llevan mucho tiempo experimentando, sufriendo o trabajando en aquello de lo que han escrito. Gracias a ello se han podido diseccionar las líneas fundamentales de acción que permitan mejorar la salud mental de la población española, respetar la diversidad, integrar la diferencia, prevenir la discapacidad y el sufrimiento, humanizar el trato y educar en el daño que produce la segregación, lo que permitirá todo ello construir una sociedad futura mejor y más justa.

Este libro no se puede quedar en eso, en un libro. Debe ser el acicate para una profunda reflexión que germine en movimientos a muy distintos niveles que hagan que no volvamos a tropezar en la piedra de la falta de inversión en salud mental, ni que tampoco intentemos no verla o taparla fingiendo que no está. Porque está y es cada vez mayor.

1.

Diagnóstico de situación

1.

Diagnóstico de situación por parte del paciente

FUNDACIÓN LAR PRO
SALUD MENTAL (GALICIA)



Miguel Ángel Miguélez Silva

Psiquiatra de Fundación LAR y de EOXI Vigo (SERGAS), desde el año 2011.



Amelia Varela Artusio

Psicóloga clínica, Directora de Fundación LAR, desde el año 1990.



Ana Martínez Pereira

Psicóloga de Fundación LAR, desde el 2014.

“Vivimos en una sociedad cada día más hipócrita, insostenible emocionalmente, insensible e inhóspita, y mis enfermedades mentales han hecho que, aparte de darme cuenta de este hecho, vea que los demás están a años luz de ser conscientes de ello también (...). Aunque suene extraño y alguien me tilde de raro, intentaré explicar con palabras, sentimientos anidados y confusos que, sin años de exploración no hubiera sido posible explicar.”

(Estigma. Historias de vida contra el estigma en salud mental.
Colección VIDA. Editorial: FRAGILE. Barcelona, 2018)

El proceso de reforma psiquiátrica se basó en un concepto novedoso que abandonaba un modelo de hospitalización crónica para el paciente psiquiátrico, hasta entonces sin aspiración rehabilitadora; dando paso a un nuevo modelo comunitario planteado como un plan de rehabilitación psicosocial individualizado centrado en las aspiraciones y recursos personales de cada paciente.

LAR Pro Salud Mental es un dispositivo comunitario creado en el año 1990 en Vilagarcía de Arousa (Pontevedra), como respuesta al proceso de desinstitucionalización psiquiátrica iniciado durante el período de la reforma. El fin del proceso de rehabilitación psicosociolaboral es la inclusión del paciente en la comunidad, a través de diversos dispositivos y recursos. Este reto supuso la creación y desarrollo en LAR de:

- Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- Programa Residencial: Mini Residencia y Pisos Protegidos.

- Centro Terapéutico de Menores (Chavea).

- Programa de Orientación Laboral: Centro Especial de Empleo y acceso al empleo ordinario.

Todos estos programas terapéuticos rehabilitadores están adaptados a las necesidades individuales de cada persona con enfermedad mental usuaria de LAR, sus familias, su entorno y comunidad.

Ante el reto de presentar un diagnóstico de la situación actual de la enfermedad mental desde la perspectiva del paciente, en LAR planteamos que resulta imperioso contar con la voz de nuestros/as usuarios/as, atendiendo al Modelo de Calidad de Vida que fundamenta nuestra actuación.

Son los protagonistas.

Para ello, elaboramos un cuestionario con una serie de preguntas dirigidas a recoger información relacionada con la opinión de nuestros/as pacientes sobre el estado

actual de la enfermedad mental con el fin de cuantificar su opinión.

El cuestionario fue cubierto de forma anónima y autoaplicada. Contestaron 74 usuarios, pertenecientes a tres recursos de LAR (Centro de Rehabilitación Psicosocial, Mini Residencia y Pisos Protegidos), con las siguientes características:

Sexos: 53 hombres y 21 mujeres.

Edad media: 52,5 años.

Cuadros clínicos: mayoritariamente compatibles con esquizofrenia de larga evolución.

A continuación, presentamos el cuestionario con los resultados obtenidos:

1. “¿Qué opinión crees que tiene la sociedad sobre las personas con enfermedad mental?”

Buena: 23%
Regular: 52,6%
Mala: 23%
No contesta: 1,4%

Para completar la opinión de los usuarios que respondían “regular” o “mala”, se les instaba a explicar “¿Por qué crees eso?”. Destacaríamos las siguientes respuestas:

“Nos tienen por peligrosos”.
“Por el estigma”.
“Mucha gente no entiende lo que es una enfermedad mental. Deberían tener más información”.
“No nos quieren”.
“Porque te miran con mala cara”.

“La gente no cree en nosotros”.
“Porque no nos conocen bien”.
“Porque hay mucha ignorancia”.
“Las personas pueden tener desconfianzas (...) con las enfermedades mentales”.
“Porque el resto de la gente cree que somos distintos a ellos”.

2. “¿Crees que los medios de comunicación pueden ayudar a mejorar la opinión sobre las enfermedades mentales?”

NO: 10,8%
SI: 86,5%
No contesta: 2,7%

“¿Por qué?”. Destacaríamos las siguientes respuestas:

NO:

“Cuando uno que tiene enfermedad mental hace algo malo, siempre lo primero que sale es que tiene enfermedad mental”.
“Porque los medios de comunicación son sensacionalistas y quieren vender y no reparan en el daño que hacen. Por ejemplo, crean personajes (...)”.
“Porque muchas veces lo politizan”.
“La están empeorando”.

SÍ:

“Evitar publicar noticias sensacionalistas”.
“Porque pueden ayudar con sus comentarios a ser más veraces con nosotros”.
“A saber más sobre la enfermedad mental, no todas son iguales”.
“Porque los medios de comunicación le

pueden dar un nuevo enfoque de cómo somos”.

“La televisión, la radio..., hacen lo que pueden para ayudarnos, mentalizan a la gente”.

3. “¿Consideras que tener una enfermedad mental te cierra puertas...

... en el mercado laboral?”

SÍ: 63,5%

NO: 35,1%

No contesta: 1,4%

... en las relaciones con amigos/as?”

SÍ: 52,7%

NO: 44,6%

No contesta: 2,7%

... con tu vecindario?”

SÍ: 39,2%

NO: 58,1%

No contesta: 2,7%

...en las relaciones con familiares?”

SÍ: 37,8%

NO: 62,2%

No contesta: 0%

...en la formación académica?”

SÍ: 50%

NO: 48,6%

No contesta: 1,4%

4. “¿Crees que el sistema sanitario te da la atención que necesitas?”

SÍ: 73%

NO: 24,3%

No contesta: 2,7%

“¿Por qué? Destacaríamos las siguientes respuestas:

SÍ:

“Los médicos creen en nosotros”.

“La medicación es muy buena, antes sufrías más, ahora en los tiempos en que vivimos no tanto, el sufrimiento es menor”.

“Porque hay muy buenos psiquiatras”.

“Sé que nunca me olvidarán”.

NO:

“Parece que sólo dan pastillas y no intervienen el caso familiar y la psique del paciente individualizado”.

“Sobre todo cuando es algo urgente, debido a un brote o ataque de ansiedad”.

“Porque podían hacer más”.

“Hacen falta más psiquiatras y psicólogos (...)”.

5. “¿Crees que los recursos que se ofrecen son suficientes?”

RECURSOS	SÍ	NO	NC
Centro de Rehabilitación Psicosocial	77%	18,9%	4,1%
Centro Ocupacional	68,9%	24,3%	6,8%
Centro Especial de Empleo	48,6%	39,2%	12,2%
Residencias	62,2%	35,1%	2,7%
Pisos Protegidos	56,8%	37,8%	5,4%

“¿Qué recurso añadirías?”. Destacaríamos las siguientes respuestas:

“Más empleo y no ser rechazados. Humanidad y que podamos relacionarnos con las personas normales”.

“Un recurso que nos “Enseñe a vivir””.

Más recursos laborales y formativos: “Trabajar (...), tener una nómina”. “Cursos formativos (...)”.

“Más puestos de empleo protegido”.

“Que hubiera más servicios sociales”.

“Ocio y tiempo libre, donde hacer lo que más te guste”.

6. “¿Crees que te beneficias de los programas en los que participas en LAR?”

SÍ: 90,5%

NO: 8,1%

No contesta: 1,4%

“¿Por qué?”. Destacaríamos las siguientes respuestas:

SÍ:

“Porque es mi casa”.

“Porque me ofrecen ayuda a las cosas que necesito”.

“Porque al estar ocupado, no pienso en otras cosas”.

“Si no (se hace alusión a la posibilidad de acudir al Centro de Rehabilitación Psicosociolaboral) estaríamos encerrados”.

“Porque te sirve para aprender cosas y salir mejor preparado”.

“Porque nos ayudan a mejorar”.

“Porque los monitores están muy bien preparados”.

“Porque salgo de casa, como mejor (se hace referencia al Programa de Hábitos Saludables donde está incluida la alimentación) y aprendo nuevas cosas”.

“Porque te ayudan en lo que no sabes”.

“Te ayudan a mejorar la autoestima”.

NO:

“Que hubiera más monitores”.

“Porque son pocas las actividades a las que voy”.

Breve análisis de las respuestas obtenidas

Un 75,6% de nuestros/as usuarios/as consideran que la sociedad tiene una opinión mala o regular sobre las personas con enfermedad mental. Los/as propios/as pacientes refieren el estigma como uno de los frenos para un completo desarrollo personal en la sociedad.

Un 86,5% de los/as usuarios/as son conscientes del papel que los medios de comunicación pueden jugar a la hora de mejorar la opinión sobre las enfermedades mentales.

En relación a la integración sociolaboral, cabe destacar que los resultados no son todo lo contundentes que se esperaban. Consideramos que el sesgo del autoestigma y/o la protección que ofrece el propio plan de rehabilitación individual pueden influir en dicha percepción.

Un 73% de los/as usuarios/as tienen una percepción positiva del sistema sanitario y la medicación actual.

En relación a la necesidad de ampliar recursos, los/as usuarios/as se muestran más satisfechos/as con el número de plazas del Centro de Rehabilitación Psicosocial y Centro Ocupacional. Sin embargo, demandan más soluciones para la inclusión en el mercado laboral y programas residenciales.

Por último, un 90,5% de los/as usuarios/as sienten que se benefician de los programas de rehabilitación psicosocial.

Conclusiones

El estigma es un fenómeno muy extendido en todos los ámbitos de la sociedad. Engloba a la prensa, a los servicios sanitarios, a los servicios de salud mental, entre otros muchos estamentos. El estigma afecta negativamente al proceso de recuperación de las personas con enfermedad mental y tiene consecuencias directas en su vida. Es el paso indispensable que nos aboca a la discriminación. Es injusto y cruel.

Existen programas contrastados en la literatura especializada para la lucha contra el estigma, tratando de alcanzar interacciones normalizadas en la vida de nuestros/as pacientes. Con estos programas, desde los diferentes dispositivos de rehabilitación psicosociolaboral, se puede llegar a conseguir reducir los efectos del propio

autoestigma. En definitiva, que ellos/as crean en sí mismos/as.

Para eliminar los mitos y tabúes que siguen existiendo en la enfermedad mental, es fundamental la formación. Los programas de divulgación y sensibilización relacionados con la salud mental en los contextos educativos desde edades escolares tempranas, son esenciales en esta batalla.

Noticias publicadas en los medios perpetúan estereotipos, prejuicios y conductas discriminatorias, como consecuencia de la representación negativa e imprecisa que se hace de los trastornos mentales. Hace falta consolidar el cambio de paradigma en la forma de tratar la enfermedad mental en los medios.

Si el conjunto de la sociedad no supera el estigma, es imposible construir un camino de rehabilitación psicosociolaboral efectivo.

La escasez de recursos existentes es una realidad que limita los resultados en el campo de la rehabilitación psicosociolaboral. En la actualidad, y en la mayoría de las Comunidades Autónomas, los recursos existentes en esta materia dependen de Asociaciones y Fundaciones, creadas por familiares, amigos de pacientes con trastorno mental grave y/o personas sensibilizadas con esta temática. Las plazas ofertadas no resultan suficientes para dar cobertura a la demanda actual.

La inversión para aumentar el número de plazas de rehabilitación es imprescindible.

La literatura especializada demuestra que estos recursos mejoran la calidad de vida y funcionamiento psicosocial. También existen estudios que corroboran el coste-efectividad de la rehabilitación psicosociolaboral.

Para optimizar los recursos de rehabilitación psicosociolaboral, es necesario implantar modelos que enfatizan el proceso de empoderamiento y participación del/a paciente en todas las fases de su plan de rehabilitación, entre ellos el Modelo de Calidad de Vida, con el fin de alcanzar su recuperación.

Autores como Edwards y McGorry resaltan la importancia de actuar en las fases iniciales de los procesos psicóticos para conseguir alcanzar resultados más ambiciosos, como por ejemplo la inclusión plena en la sociedad. Cabe destacar, para el desarrollo de las distintas redes de atención a los/as pacientes de salud mental, el claro incremento actual de la demanda de asistencia a la población infanto-juvenil. El aumento de plazas para esta población en diferentes recursos (centros terapéuticos de menores, unidades de hospitalización, hospitales de día infanto-juvenil, entre otros), permite evitar la cronificación y la psiquiatrización de la vida cotidiana.

No podemos olvidar que existen pacientes

que, a pesar de su participación en planes de tratamiento integral durante las distintas fases de la enfermedad, van a ser refractarios/as manteniendo psicopatología activa constante, con importante merma de funcionalidad asociadas.

Tenemos el deber de asumir y tratar con la máxima dignidad a este grupo de pacientes.

Y para finalizar este breve diagnóstico, nos gustaría que el lector reflexionase sobre estas preguntas, tal y como hicieron nuestros/as pacientes:

¿Contrataría para su empresa una persona con trastorno mental grave?

¿Contrataría el servicio de limpieza para su hogar con una persona con trastorno mental grave?

Ante la posibilidad de acudir a distintos bares, ¿cabría la posibilidad de elegir un bar atendido por pacientes con trastorno mental grave?

¿Colaboraría e integraría en su vecindario un Centro de Rehabilitación Psicosocial cercano a su domicilio?

Imagine que a su amigo/a le acaban de diagnosticar un trastorno mental grave, ¿cómo actuaría?

¿Recuerda alguna noticia positiva de personas con trastorno mental o trastorno mental grave?

Muchas gracias por sus respuestas.

CREA EN ELLOS/AS.

2. Diagnóstico de situación por parte del paciente

ACFAMES



Glòria Sebastian Blanch

Psicóloga y Musicoterapeuta de Afammca-Acfames, Asociación de Familiares y personas con Trastorno Mental Severo, desde 2013. En su trayectoria en la Asociación ha realizado funciones que van desde la acogida a las familias, responsable de grupos de rehabilitación psicosocial para personas con TMS, conducción de grupos psicoeducativos para familiares, acompañamiento psicoterapéutico y redacción y gestión de proyectos, entre otras.

Albert Algarrada Ramos

Psicólogo de la Asociación Afammca-Acfames desde 2017. Encargado de la atención a las familias y en la atención psicosocial de manera individual. Formación en psicología sistémica y constructivista.

Marta López Unyó

Psicóloga de la Asociación Afammca-Acfames, desde el año 2020. Sus funciones en la asociación han sido como responsable de algunos grupos de rehabilitación psicosocial, preparación de fichas cognitivas, planificación y ejecución de itinerarios ocupacionales para personas con TMS, entre otras.

Martín Valdez Mena

Psicólogo Ecuatoriano graduado de carrera de la Universidad de las Américas en Quito, Ecuador. Tiene experiencia en psicoterapia y tiene un Máster en Terapia Cognitivo Social por la Universidad de Barcelona (UB). Ha participado en varias investigaciones de salud mental e intervenciones psicosociales en Ecuador. Actualmente se encuentra trabajando en AFAMMCA-ACFAMES como terapeuta con pacientes de salud mental y sus familiares.

ACFAMES (Associació Catalana de Familiars i Malalts d'Esquizofrènia) es una entidad sin ánimo de lucro de utilidad pública que tiene como objetivo luchar para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el Trastorno Mental de Esquizofrenia y de las personas que tienen cuidado de ellas. La entidad nació en 1999 a raíz de la unión de familiares de pacientes que conviven con esta enfermedad.

En estas páginas nos han brindado la oportunidad de hablar sobre el diagnóstico de la situación por parte del paciente por lo que nosotros, como profesionales, hemos querido dar voz a los pacientes afectados por una problemática de salud mental. Para lograrlo, hemos optado por tomar información de tres fuentes: nuestra experiencia profesional con personas que han necesitado algún tipo de tratamiento en salud mental, las experiencias en primera persona de los socios/as de nuestra asociación y sus familiares y, finalmente, la población general que, en algún momento, ha necesitado atención en salud mental.

Actualmente, la atención en Salud Mental en España suele ser buscada, principalmente, a través de dos vías; el Sistema de Salud Público, o bien por el Sistema de Salud Privado. A su vez, existen entidades del Tercer Sector, en el que se encuentran asociaciones sin ánimo de lucro que trabajan alrededor de la salud mental, como es nuestro caso.

Durante nuestra trayectoria en la asociación, hemos ido escuchando quejas

y experiencias por parte de los pacientes y/o sus familiares sobre las dificultades que tienen para acceder a los recursos de salud mental en España. A raíz de esas quejas, decidimos realizar una encuesta para obtener más datos objetivos, actuales y fiables sobre las situaciones en las que se encuentran estos pacientes en la red de Salud Mental y, así, plasmar la realidad en la que se ven inmersos hoy en día la mayoría de los mismos.

Primeramente, queremos aclarar que hemos intentado ser lo más neutrales posibles, sin responsabilizar a nadie de las dificultades encontradas. Sin embargo, nos parece de gran importancia plasmar las distintas experiencias para que haya consciencia de la situación, con el fin de que ayude a mejorar la asistencia en un futuro.

El primer dato que captó nuestra atención fue que el 48,8% de los pacientes, casi la mitad de los encuestados, son atendidos por ambos sistemas simultáneamente. El 25,6% son atendidos sólo por el sistema de salud público y el otro 25,6% son atendidos exclusivamente por el sistema de salud

privada. Por lo tanto, más del 70% de los encuestados han tenido que recurrir en alguna ocasión a un/a profesional privado/a. Viendo estos resultados, vamos a analizar cada uno de los sistemas por separado para mostrar con qué situación se encuentran los pacientes en cada uno.

Actualmente, en el sistema de salud mental público, solo hay 6 psicólogos/as por cada 100.000 habitantes, un número muy inferior a la media europea, que es de 18. Como demuestran estos datos, hay una baja cantidad de profesionales de la psicología en España, cuya consecuencia la observaremos a lo largo de este capítulo.

Sistema de Salud Mental Público

Los profesionales que forman parte de la atención en salud mental son principalmente: psicólogos/as, psiquiatras, trabajadores/as sociales, educadores/as sociales y enfermeros/as. Según los resultados, los servicios más utilizados para el tratamiento y recuperación de las personas que acuden al sistema público son psiquiatría (74,3%) y psicología (60%).

Como se puede observar en la Figura 1, vemos qué puntuación dan los participantes a cada uno de los profesionales por los que han sido atendidos.

Como se puede observar, la media de valoración, en una escala del 1 al 5 donde 1

es muy insatisfactoria y 5 muy satisfactoria, es de 2,79 en el caso de los/las psiquiatras y 2,57 en los/las psicólogos/as, por lo que las valoraciones tienden a ser más bien negativas.

Ahora veremos qué características y/o cualidades personales buscan los pacientes en los profesionales de la salud mental. Según las respuestas de la encuesta, la mayoría expresan que éstos deberían tener: empatía, disponibilidad y tiempo para atender a los/las pacientes, profesionalidad y cualificación, responsabilidad y escucha activa.

Según la RAE (2019), la empatía es el sentimiento de identificación con alguien o la capacidad de identificarse con una persona y compartir sus sentimientos. Además, es uno de los requisitos de la inteligencia emocional y está relacionada con la comprensión, el apoyo y la escucha activa. Las personas empáticas saben escuchar, son sensibles, tolerantes, etc. Creemos que esta cualidad es de vital importancia cuando hablamos de profesionales que atienden a personas y, en especial, en el campo de la atención en salud mental, puesto que el o la paciente revela experiencias, emociones, sentimientos, situaciones difíciles y conflictos que, seguramente, no le son fáciles de compartir. Es normal, entonces, que espere que él o la profesional que le acompaña le escuche, no le juzgue e intente

entender su situación y sentimientos más allá de su opinión o experiencia.

Gran parte de estas características reflejan la importancia que los pacientes dan a los elementos que caracterizan la alianza terapéutica dentro de los procesos de recuperación en salud mental. La alianza terapéutica, de trabajo o de ayuda según otros autores, es una de las variables más estudiadas en relación con el éxito terapéutico. Un estudio meta-analítico revisando más de 295 estudios realizados desde 1978 hasta 2017, con un alcance de más de 30.000 pacientes entrevistados¹, demuestra la alta correlación existente entre una positiva alianza terapéutica y un exitoso proceso terapéutico en psicoterapia.

Por otra parte, una de nuestras intenciones con esta encuesta es reflejar si los pacientes se encuentran con dificultades para acceder al sistema de salud mental público. Esta intención fue motivada tanto por nuestra propia experiencia con pacientes, así como por la gran cantidad de personas que nos trasladan dicha dificultad cuando vienen a la asociación por algún tipo de asesoría.

De las personas encuestadas que son atendidas por el sistema de salud público, un 60% han explicitado haber tenido dificultades para recibir la atención necesaria. Citamos algunas situaciones en primera persona para mostrar y reflexionar

sobre esta cuestión:

“No recibir la información ni los medios solicitados”

“Lista de espera larga”

“Mala atención y poca implicación”

“Con el servicio de psiquiatría no tuve ningún problema, pero con el de psicología sí, no me daban cita hasta pasado mucho tiempo. Opté por acudir a una psicóloga privada”

“Solo me derivaban a psiquiatría, no a psicología”

Se puede observar que las dificultades expresadas se refieren tanto a la disponibilidad y acceso a los servicios, como a la falta de información y/o mala atención recibida por parte del personal implicado. Muchas de las respuestas muestran una tendencia a tratar los problemas de salud mental a nivel farmacológico, dejando atrás, incluso negando, la atención psicoterapéutica. Así, la encuesta parece indicar que, actualmente, aún se tiende a la sobre medicación de los pacientes.

A continuación, analizamos más detenidamente otros aspectos que hemos considerado importantes en relación a la atención en salud mental. Hemos preguntado sobre la duración de las

visitas, su periodicidad, la valoración del/la profesional y cuestiones de tipo organizativo. De las respuestas y su análisis, hemos podido valorar qué dificultades encuentran las personas atendidas por el sistema público de salud y cómo éste podría mejorar e invertir más recursos.

Queremos resaltar que, probablemente, la raíz de los problemas reside en el propio sistema, ya sea en la falta de recursos, o en la organización de la red, no tanto en los profesionales en sí. No obstante, estas problemáticas del sistema acaban repercutiendo en la atención que pueden ofrecer estos últimos a los pacientes a causa de la alta presión que sufren para poder atender todas las demandas.

En este sentido, el primer dato que nos llama la atención es que el 62,9% de los encuestados expresan haber tenido dificultades para continuar su tratamiento y, por lo tanto, su proceso de recuperación una vez ya iniciado.

Como ya hemos comentado anteriormente, una de las grandes quejas expresadas por los pacientes es la de la poca frecuencia de visitas y su corta duración. Los resultados de la encuesta, teniendo en cuenta los dos servicios más ofrecidos en salud mental (psiquiatría y psicología), se pueden observar en la Figura 2.

Por lo que respecta a la frecuencia de

las visitas, según las respuestas de los encuestados, casi el 70% de las personas se visita cada 3 meses o más con el/la psiquiatra. En el caso de la atención psicológica, la frecuencia de las visitas es de manera mensual en un 87,5% de las personas.

Los datos no mejoran cuando vemos la duración de las mismas. El 48,3% de las personas son atendidas, aproximadamente, durante 15 minutos en las visitas de psiquiatría, el 41,4% 30 minutos y solamente un 10,1% de las personas cuentan con una hora de visita con su psiquiatra. Los resultados son un poco mejores en cuanto a la duración de las sesiones psicológicas. El 56,5% de los pacientes son atendidos aproximadamente una hora por su psicólogo/a, el 40% media hora y solamente el 0,5% es atendido en 15 minutos.

Una dificultad detectada de forma recurrente es el cambio de profesional durante el tratamiento. Aparte de las personas con las que hemos tenido contacto con este problema en nuestra asociación, un 65,7% de los participantes de la encuesta respondieron haber experimentado esta situación.

Creemos que la falta de continuidad con el mismo profesional puede causar un impacto perjudicial en la relación profesional-paciente, posiblemente

teniendo repercusiones sobre el tratamiento y el proceso de recuperación de la persona, además de generar una desconfianza en el sistema y modelo de atención.

Sistema de Salud Mental Privado

A continuación, veremos qué es lo que ocurre en el sistema de salud mental privado. Con el alto porcentaje obtenido de personas que son atendidas por ambos sistemas, hemos querido indagar el por qué han optado por ser atendidos por el sistema privado. A diferencia del sistema público, el 81,4% de las personas que recurren en cierta medida al sistema de salud privado son atendidas por psicólogos/gas. A continuación, presentamos algunos de los motivos que han dado los encuestados por la elección de este sistema:

“Mayor atención y continuidad en las sesiones. Una terapia adecuada sin abuso de medicación”

“Que en la Sanidad Pública aún estoy esperando que llegue la cita de primera visita (en dos meses, hace 1 que la solicité)”

“Por la disponibilidad y el seguimiento semanal/quincenal del tratamiento frente al trimestral e incluso anual de la pública”

“El tiempo de espera para el tratamiento

psicológico (en el sistema público)”

“No me derivaban a ningún psicólogo público”

Por lo general, las personas que están siendo atendidas por el sistema privado están satisfechas con él. Los motivos principales son la disponibilidad, flexibilidad, tiempo de visitas y evitar las largas listas de espera. Por el contrario, hay quejas del precio elevado de algunos tratamientos y de que no todo el mundo se lo puede permitir. Por lo tanto, consideramos que todo el mundo debería tener la opción de poder recibir un tratamiento tanto psiquiátrico como psicológico de calidad por la sanidad pública.

Otro de los problemas que relatan las personas que optan por el sistema privado es que, a veces, se encuentran con profesionales que dicen ser terapeutas, pero, en realidad, no tienen la acreditación clínica reglamentaria ni de psicología, ni de psiquiatría, ni son profesionales especializados en salud mental. Es decir, el problema del intrusismo profesional.

“(…) La única psicóloga con la que realmente me he sentido cómodo ha sido con la que empecé el tratamiento hace 3 años y a la que continúo yendo actualmente. Su enfoque es psicodinámico, el resto han sido 1 sistémica, 1 cognitivo-conductual, 1 gestalt y 1 “psicoterapeuta”

(no era psicóloga, pero no lo supe hasta pasado unos meses, por lo que dejé de ir)”

Conclusiones y reflexión final

La gran mayoría de personas que son atendidas por ambos sistemas son atendidas por psicólogos/as en el sistema privado. Los principales motivos son evitar las largas listas de espera para ser atendido por el servicio de psicología clínica pública, así como la baja frecuencia de las visitas, que son muy distantes.

La falta de conocimiento sobre el diagnóstico o el tratamiento es una preocupación que muchos familiares mencionan en el contexto en el que trabajamos. Creemos que este hecho es especialmente importante en casos en los que los pacientes conviven con sus familiares. La encuesta confirma la falta de atención a los familiares por parte del sistema de sanidad público. Un 60% de las personas afirma que sus familiares no fueron atendidos por sus profesionales de referencia.

Otra de las cuestiones que nos preocupan como profesionales que tienen una visión global de la recuperación de las personas con problemas de salud mental, donde el “tratamiento” debe incluir diversas disciplinas, profesionales y estrategias, es que aún hay una tendencia a la sobre medicación frente a un trabajo centrado en

la persona. El tratamiento debe promover la intervención terapéutica psicológica y psicosocial para que la persona sea partícipe de su recuperación y elabore estrategias para afrontar la situación de forma activa. Nos ha sorprendido seguir escuchando evidencias de personas que no se las ha derivado al servicio de psicología, aun siendo una petición explícita por parte del paciente.

“Igual que podemos ir al sistema público por una dolencia física y nos atienden, en general, sin problemas, deberíamos poder hacerlo cuando sentimos algún tipo de inestabilidad emocional o mental que perturba nuestro día a día y recibir desde ahí la atención necesaria”

Aunque el porcentaje no sea muy elevado, casi un 30% de las personas encuestadas considera que sus derechos como persona y como paciente han sido vulnerados. Veamos algunos de los motivos expuestos:

“Una psicóloga reveló información confidencial a mi madre sin ninguna finalidad terapéutica”

“Contenciones mecánicas 24h días continuados. Privación de salidas”

“Ridiculización, mal trato al paciente”

“No oportunidad a la atención psicológica y mala praxis”

“Porque nadie atendió mi depresión ni mi ansiedad. Se limitaron a inflarme a pastillas”

“Especialmente con un psiquiatra hombre, amenazas de incapacidad por mi trastorno (ansiedad, depresión y agorafobia) y malos modos”

Para concluir nuestra pequeña investigación, quisimos saber qué aspectos cambiarían las personas encuestadas del actual sistema de atención en salud mental público. Estas son algunas de sus peticiones:

“Más profesionales, especialmente psicólogos y educadores sociales”

“Toda la organización. Muchísimo más personal. Más centros neuropsiquiátricos”

“Un número mayor de psicólogos y más tiempo entre sesiones en la salud mental pública”

“La enfermedad mental no está bien atendida. Los enfermos padecemos todas las precariedades del sistema y no tenemos ni voz ni voto. Estamos en indefensión”

“Más tiempo por paciente, más interés por lo que le pasa al paciente y no sólo recetar medicación y fuera”

Por último, nos gustaría agradecer a todas las personas que han participado en la encuesta, las que nos han contado su experiencia en primera persona a través de sus cartas y escritos y a todos los socios/as que colaboran con nuestra asociación luchando por una mejor atención en salud mental.

Referencias

1. **Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath AO.** *The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis.* Psychotherapy (Chic). 2018 Dec;55(4):316-340. Doi: 10.1037/pst0000172. Epub 2018 May 24. PMID: 29792

¿Qué puntuación le darías a la atención con cada uno de los siguientes profesionales de la red de salud mental pública? (Siendo 1 muy insatisfactoria y 5 muy satisfactoria. Si NUNCA te ha atendido marca el NO)

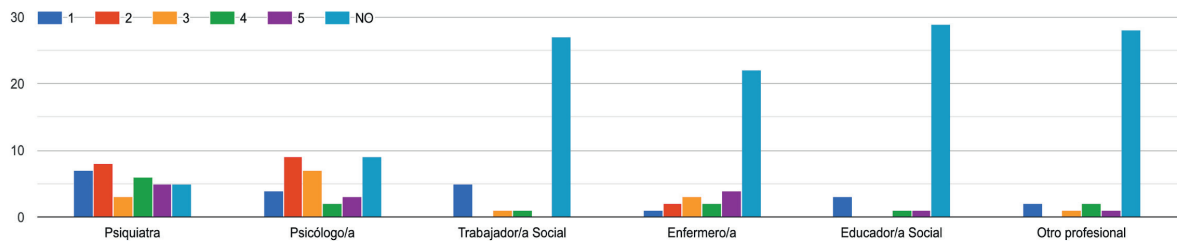


Figura 1. Valoración de la atención por los profesionales.

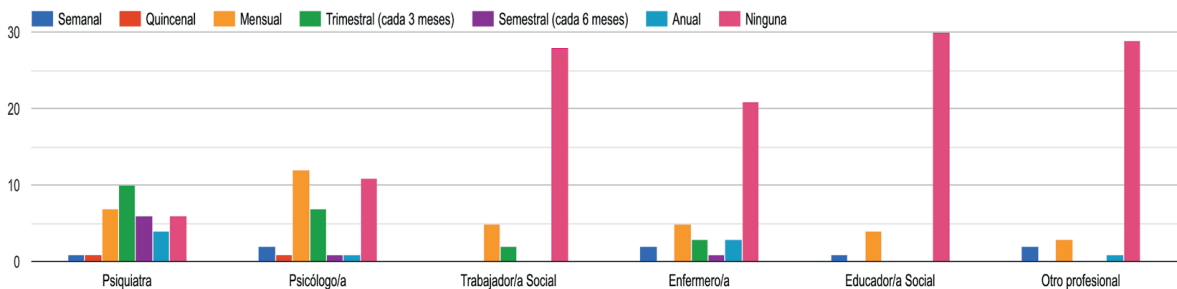


Figura 2. Frecuencia de las visitas con cada uno de los profesionales.

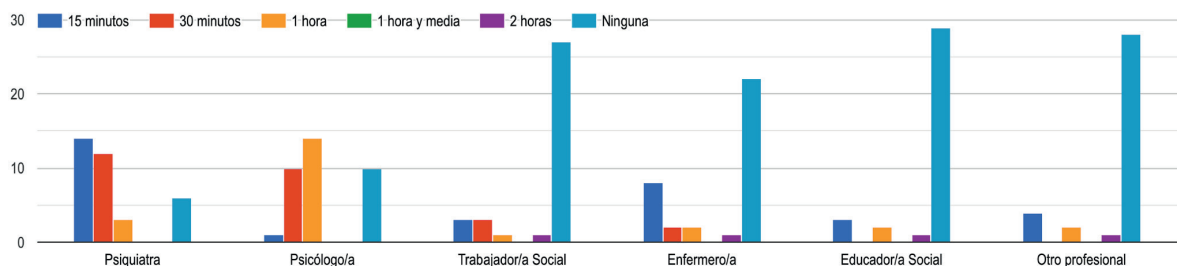


Figura 3. Duración de las visitas con cada uno de los profesionales

3. Diagnóstico de situación por parte del paciente

AVIFES



Itziar Ceballos Villahoz

Gerente de la Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (Avifes) es Licenciada en Derecho por la Universidad de Deusto y Máster en Gestión Avanzada y Asesoría Fiscal. Muy ligada desde su juventud con las organizaciones del Tercer Sector, inició su andadura profesional en el mundo de la abogacía y desde el año 2005 ocupa el puesto de Gerente en Avifes.

Consideraciones previas

En 1.946, en la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York, se adoptó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud¹ que, entre sus principios básicos, recogía de forma rotunda que la Salud Mental forma parte indivisible de la salud. Esto nos lleva a considerar que no hay salud sin salud mental, y que esto implica ir más allá de la presencia o no de trastornos mentales.

75 años después seguimos preguntándonos por qué las personas, las instituciones, los medios de comunicación o la sociedad en general siguen considerando la salud mental como un “asunto” que queda en la periferia, a la que se alude muchas veces de rondón, desconectada de la salud integral de las personas y rodeada de tabúes, desinformación, desconocimiento y rechazo cuando aparecen los problemas de salud mental.

¿Eso quiere decir que no hemos avanzado nada en estas décadas? En absoluto. Han sido muchos los avances conseguidos a todos los niveles pero, cuando se echa la vista atrás, da por pensar que ha habido muchas oportunidades perdidas, que el ritmo ha sido más lento de lo deseable y que aún hoy en día, adentrados de lleno en el siglo XXI, quedan muchas asignaturas pendientes. El recorrido de

desinstitucionalización transitado por este colectivo, no siempre se ha visto acompañado de los apoyos y recursos adecuados y suficientes a sus necesidades, desde una comprensión integral de que sus derechos y aspiraciones no difieren de los de la población en general (trabajar, formar una familia, disfrutar de su tiempo de ocio, estudiar, etc.) pero con la necesidad de contar con apoyos adecuados para ejercerlos.

Cuando la enfermedad mental irrumpe en la vida de una persona, más allá de que haya o no un diagnóstico definitivo o del grado de intensidad con el que se presente, impacta en todas y cada una de las dimensiones de su vida, su calidad de vida se ve trastocada y la familia entra en este tsunami, como un ecosistema que también sufre.

Por tanto, es necesario abordarla desde una visión integral y sistémica en la que todos los ámbitos de respuesta (educación, trabajo, vivienda, sanidad, servicios sociales, etc.), junto con la sociedad civil organizada a través del movimiento asociativo de las personas afectadas y sus familias, tomen conciencia de su papel relevante tanto en la prevención, como en la detección y abordaje. En este sentido, el Plan de Acción sobre Salud Mental (2013-2020) de la OMS² afirma que *los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen*

no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales tales como la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad, por lo que el abordaje integral es fundamental.

Desde nuestra entidad, AVIFES

AVIFES, integra y representa al colectivo de personas con problemas de salud mental en Bizkaia y sus familias, y despliega y gestiona una amplia red de servicios y apoyos especializados en salud mental. Desde esta doble perspectiva, su motor fundamental es la persona situada en el centro de todas nuestras actuaciones y propósitos desde su consideración de protagonista de su propio proyecto de vida en el que la Asociación toma el papel de facilitadora y compañera de viaje.

Por todo ello, cuando desde nuestra entidad realizamos la radiografía de la salud mental – tanto en Euskadi como en otras Comunidades Autónomas -, sentimos la necesidad de focalizar distintos ámbitos, dimensiones o aspectos dentro del amplio espacio que ocupa la salud mental, visibilizando las distintas necesidades de este “ecosistema” (persona, familia y

entorno social), para que se incorporen a la Agenda Pública como una prioridad. En este sentido, ponemos de relevancia en este artículo las necesidades y retos pendientes de abordar e impulsar adecuadamente.

Necesidades y retos en el ámbito de la salud mental

Apuntamos los siguientes elementos que caracterizan las necesidades y los retos a abordar:

1. La prevención y el diagnóstico precoz. Tal y como recoge la OMS, cualquier persona puede sufrir un problema de salud mental a lo largo de su vida. De esto se desprende la necesidad de disponer de programas de promoción y prevención de los problemas de salud mental, incidiendo en el conocimiento de los factores de riesgo y de protección, en la detección de las señales de alarma, y, especialmente, en la importancia del autocuidado (estilo de vida saludable, entrenamiento en gestión emocional, necesidad de apoyo terapéutico...).

Aún hoy en día, muchos trastornos mentales no se diagnostican de una manera adecuada o el diagnóstico llega de forma tardía, lo que impide a la persona recibir el tratamiento farmacológico adecuado y le limita el acceso a otros recursos sociales y/o económicos de los que pudiera disponer. Contar con un

diagnóstico precoz es fundamental. En este sentido, cobra especial relevancia el papel de la Atención Primaria, siendo éste el primer ámbito al que habitualmente accede una persona con algún problema de salud mental. Una adecuada atención y detección en este nivel debería agilizar el tránsito a un servicio especializado en el que se oriente el diagnóstico, tratamiento y derivación a los recursos oportunos. Articular adecuadamente la coordinación entre estos dos niveles (primaria y especializada) es especialmente relevante en esta fase.

2. La demanda de la población infantojuvenil se ha disparado en los últimos años, siendo preciso abordar respuestas específicas para acompañarlos en su itinerario de inclusión social y desarrollo personal. Existe un amplio consenso por parte de los y las profesionales de diferentes ámbitos (sanitario, social, educativo) en que, en los últimos años, se ha dado un importante incremento en los casos de menores y jóvenes que llegan a los servicios sanitarios y a las asociaciones de salud mental, siendo además las edades cada vez más tempranas. Así, la OMS también alerta de que el 50% de los problemas de salud mental en adultos comienzan antes de los 15 años, y el 75% antes de los 18. Se constata además que la gravedad de estos casos, así como de las situaciones personales y familiares, también ha ido en

aumento. Se trata de menores y jóvenes en muchos casos sin diagnósticos definitivos, en tratamiento desde edades tempranas, con dificultades de afrontamiento y, en muchos casos, con rechazo hacia el tratamiento farmacológico, en ocasiones con problemas de conducta y consumos asociados, etc.

Es evidente que las necesidades que presenta la población infanto-juvenil abarcan diferentes ámbitos, y que no se está respondiendo de un manera adecuada y efectiva, ni en recursos, ni en intensidad de la atención existente, ni en formación y especialización de los y las profesionales que les atienden. Desde el ámbito sanitario se debe mejorar y ampliar la respuesta, tanto en la atención ambulatoria como en los ingresos, contando con unidades específicas, y de media y larga estancia. Una reivindicación que lleva tiempo sobre la mesa es la de la especialidad en psiquiatría infantil que sigue sin concretarse. En el ámbito educativo, se necesita formación, información y apoyo, para poder atender a esta población, pero también para detectar posibles casos y sensibilizar a todo el alumnado.

Por último, las familias, que juegan un papel fundamental en todo este proceso, se encuentran desorientadas y sobrepasadas, con poca información, con serios problemas de afrontamiento de la enfermedad, con poco apoyo social

y familiar. Se encuentran viviendo dinámicas convivenciales complicadas, con sentimientos de culpabilidad, siendo imprescindible una adecuada atención y apoyo a nivel psicoeducativo y en algunos casos psicoterapéutico.

3. El reto del envejecimiento prematuro de la población con trastornos mentales graves. Como consecuencia, entre otros factores, de los años de evolución de la enfermedad, los efectos de la medicación, largos periodos de institucionalización, y la especial exposición a factores de riesgo vinculados a su sintomatología, en las personas con problemas de salud mental se aprecian síntomas de deterioro prematuro con distintas manifestaciones: deterioro físico, patologías asociadas, deterioro cognitivo asociado a la edad, entre otras. Asimismo, se incrementa el riesgo de aislamiento y vulnerabilidad ante el debilitamiento o desaparición de su red natural de apoyos (familiares, personas cuidadoras, red social...). Este deterioro implica la presencia de nuevas necesidades de apoyo social y sanitario con una mayor carga asistencial, siendo preciso adaptar los servicios y sus actividades, los perfiles y dedicaciones profesionales, y crear nuevos apoyos sobre todo en el entorno domiciliario. Por otro lado, es necesario desarrollar programas específicos multidisciplinarios e intersectoriales para la atención a los problemas de salud mental de personas con

edad avanzada. Actualmente, la respuesta es muy incipiente y precaria.

4. Incorporar la perspectiva de género en el abordaje de la salud mental, clave para reducir desigualdades. Las mujeres con enfermedad mental presentan un mayor riesgo de sufrir discriminación y estigma social que otras mujeres³. Los distintos factores de discriminación que en ellas concurren (como mínimo los de género, discapacidad y enfermedad mental) las sitúan como colectivo especialmente vulnerable, en particular riesgo de rechazo, aislamiento y exclusión social.

En su caso, a la estigmatización social propia de la enfermedad mental, se añade la desigualdad y discriminación por el hecho de ser mujeres, restándoles oportunidades y negándoles respuestas específicas desde los distintos sistemas de apoyo y protección social (educación, empleo, salud, servicios sociales, etc.). Se enfrentan a múltiples dificultades y barreras específicas, con características diferenciales con respecto a otras mujeres y a otros hombres con enfermedad mental. Se hace necesario incorporar la perspectiva de género desde el diseño, planificación y abordaje en la salud mental a fin de corregir estas situaciones de desigualdad.

5. En el ámbito residencial y vida independiente, las personas con enfermedad mental no tienen iguales

opciones y posibilidades para elegir cómo, dónde y con quién vivir. En su caso, factores como ingresos económicos de escasa cuantía, falta de confianza y autoconfianza en sus propias capacidades para vivir de manera independiente, así como la escasez de apoyos especializados en el propio hogar, dificultan aún más estas aspiraciones.

Para este colectivo esta es una cuestión que supera el ámbito privado y familiar y se convierte en una cuestión institucional en la que confluyen cuestiones como: déficits de plazas residenciales, largo tiempo en listas de espera, falta de planificación anticipada, un incremento del número de personas que viven solas y que demandan de servicios de apoyo a la vida autónoma, carencia en el desarrollo de servicios de respiro y estancias temporales, rigidez en los recursos que llevan itinerarios de tránsito confusos, déficit de información en recursos unido a otras barreras a las que se tienen que enfrentar la persona. Es fundamental aumentar el número de plazas en este ámbito y explorar y promover nuevas fórmulas y recursos para hacer realidad ese sueño de pensar en un “hogar” posible, de calidad, en el que se tengan en cuenta sus preferencias y donde puedan tener una vida digna⁴.

6. En el ámbito sociolaboral, las personas con enfermedad mental son el colectivo con mayores dificultades para

acceder o mantener el empleo. A nivel estatal, su tasa de actividad solo alcanza el 27,8% (frente al 34,0% en la población con discapacidad) y la de empleo el 16,9% (frente al 25,9% en la población con discapacidad)⁵. Esta exclusión del mercado laboral le aboca a una situación económica precaria, dependiente de prestaciones y pensiones públicas que les aleja de una vida independiente y les coloca en escenarios de especial vulnerabilidad y aislamiento social. Se hace imprescindible un desarrollo normativo e implicación de las instituciones públicas que promueva la inclusión laboral del colectivo tanto en empleo protegido como en empresa ordinaria, y en la función pública. Asimismo, promover entre las empresas una percepción más positiva y real sobre el desempeño laboral de estas personas.

Resulta fundamental implementar más opciones, oportunidades y respuestas para orientar, planificar y acompañar su desarrollo socio-laboral, muy especialmente entre la población más joven.

7. El drama del suicidio está estrechamente vinculado a trastornos mentales. Los datos irrumpen con fuerza para recordarnos que cada 40 segundos una persona en el mundo se quita la vida. Por cada adulto que se suicida hay otros 20 que lo intentaron. Cada suicidio es una tragedia que afecta a familias, comunidades y países, y tiene efectos duraderos para

las personas allegadas. La prevención del suicidio está en fase embrionaria aún y la atención a las personas supervivientes también. Es necesario reforzar un sistema de investigación, conocimiento y vigilancia epidemiológica para atajar esta problemática, intensificar la sensibilización a la ciudadanía y el apoyo a la persona en situación de riesgo, entre otras muchas iniciativas que empiezan a perfilarse en Estrategias de prevención del suicidio elaboradas en muchas Comunidades Autónomas.

8. Atención y apoyo a la familia.

La aparición de la enfermedad mental trunca el desarrollo del ciclo vital del sistema familiar, como ya hemos señalado anteriormente. Sus miembros necesitan readaptarse a esta nueva situación para conseguir un nuevo equilibrio y en muchas ocasiones asumen el rol de cuidador principal. Se sienten, por lo general, aislados, sobrepasados por la situación, desorientados y con mucho sufrimiento. Necesitan respuestas, información, formación y apoyo. Su papel como figura de referencia es clave.

Cada vez son más las investigaciones que nos hablan de la importancia que tiene la aceptación de la enfermedad por parte de la familia y la manera de dirigirse a la persona con trastorno mental en la propia evolución de la sintomatología. Desde este prisma, intervenir con la familia revierte

indiscutiblemente en el bienestar y en la calidad de vida de todos los componentes de la misma.

9. La coordinación interinstitucional e intrainstitucional y, en este marco, el papel imprescindible de las asociaciones de base y organizaciones de pacientes. Resulta básica una respuesta coordinada que involucre a todos los sistemas de respuesta en torno a la persona desde una perspectiva integral de su persona, familia y entorno dirigida a potenciar el máximo desarrollo de sus capacidades y potencialidades, y su participación e inclusión social.

La continuidad e integralidad de la atención desde todos estos ámbitos, requiere el mutuo conocimiento de los recursos disponibles para una adecuada orientación, derivación y coordinación en torno a cada persona.

Dentro de estos sistemas de respuesta es necesario considerar el papel de las asociaciones (movimiento asociativo en salud mental) que, como movimientos organizados de la sociedad civil, hemos venido innovando en respuestas a las personas y familias, y en la transformación del entorno en clave de inclusión, igualdad, no discriminación y justicia social.

Es necesaria una articulación más transversal y cooperativa de la red de salud

mental en todos estos ámbitos y niveles en torno a cada persona.

Además, queremos resaltar que la participación social de las personas con problemas de salud mental en la comunidad es imprescindible pero está particularmente mermada. El bajo ejercicio de su autodeterminación, la sintomatología negativa de la enfermedad, los recursos económicos limitados, el bajo desarrollo de habilidades personales y sociales, y de estrategias para establecer y mantener relaciones sociales, hace que las propias personas tiendan a su aislamiento. Asimismo, el peso del estigma social y del autoestigma también condicionan y limitan sus posibilidades, opciones y oportunidades de participación e inclusión en la comunidad.

Resulta fundamental desarrollar apoyos para que estas personas se empoderen, así como para facilitar el desarrollo de relaciones interpersonales en múltiples

espacios comunitarios (ocio, cultura, deporte, recursos de aprendizaje y formativos de la comunidad...), que les ayude a tejer una imprescindible red social de apoyo que evite su aislamiento, soledad no deseada y exclusión social. La inclusión social y participación activa en su comunidad no es sólo beneficiosa para su bienestar sino que es un derecho.

Por último, el colectivo de personas con enfermedad mental históricamente ha visto limitado el ejercicio de sus derechos. Cuestiones como la contención mecánica, ingresos involuntarios mal gestionados, la sustitución sistemática de la persona en relación a sus propias elecciones, esterilizaciones forzosas, desinformación y, en general, marginación, han sido y actualmente, en algunas ocasiones, siguen siendo, una vulneración de los derechos humanos fundamentales. Nos queda un largo camino aún por recorrer en el que todos y todas tenemos mucho que aportar. Pongámonos en marcha.

Referencias

1. **Organización Mundial de la Salud (OMS)**. <https://www.who.int/es>
2. **Plan de Acción sobre Salud Mental** (2013-2020) de la OMS. https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/
3. **AVIFES** (2018). *Investigación sobre la calidad de vida en las mujeres con enfermedad mental: #supportingwomen*.
4. **AVIFES** (2020). *Estudio sobre las necesidades de las personas con enfermedad mental de Bizkaia en el ámbito residencial y de vivienda*
5. **Instituto Nacional de Estadística**. *El empleo de las personas con discapacidad*. Datos 2019. Resultados estatales. Tasas de actividad y empleo según tipo de discapacidad.

4. Diagnóstico de situación por parte del paciente

AMAFE



Ana Cabrera Cifuentes

*Licenciada en Psicología. Directora
AMAFE.*



Jose Luis Rico Prieto

*Licenciado en Psicología. Subdirector
AMAFE.*

Epidemiología salud mental

Para acercar los datos de la situación general en salud mental, nos basamos en el Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid de 2016, siendo éste el más reciente. Así, destacamos los siguientes aspectos:

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España y, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en la mayoría de los países de alta esperanza de vida.

La intervención desde Atención Primaria resulta fundamental para la detección precoz de los problemas de salud mental. La patología mental representó un 4,3% de los episodios atendidos en Atención Primaria en 2015. Las tasas más elevadas se observaron en mujeres y en población nacida en España, y se apreció una tendencia creciente conforme aumenta la edad. Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con los trastornos de ansiedad, los depresivos y los relativos al sueño. En concreto, los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida son los depresivos (26%), seguidos por los de ansiedad (17%).

Aunque la incidencia de problemas de

salud mental es superior en mujeres, en lo referente a las hospitalizaciones, estas se producen con mayor frecuencia en hombres y en las edades más avanzadas de la vida.

Las mayores tasas de morbilidad hospitalaria las presenta el grupo de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguido por los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, mientras que en las mujeres predominaron los trastornos del estado de ánimo.

La prevalencia de los trastornos psicóticos se estima en, aproximadamente, el 3% de la población en algún momento de su vida. Concretamente, en el caso de la esquizofrenia, este porcentaje es alrededor del 1,02% de la población, lo que en la Comunidad de Madrid supone entre 39.000 y 65.000 personas. Podemos estimar que, el próximo año, unas 650 personas tendrán un primer episodio psicótico en la Comunidad de Madrid (6,5 millones de habitantes), de las que unas 250 serán menores de 18 años.

El suicidio, a pesar de no estar recogido en la tabla anterior, es un grave problema de Salud Pública, definido así por la OMS, y constituye la primera causa externa de muerte en Madrid, según los datos publicados por el INE, con 342 fallecimientos, 232 hombres y 110 mujeres en 2018.

Los problemas de salud mental aparecen prácticamente en la totalidad de los suicidios, multiplicando sus tasas de mortalidad. Las personas que padecen un trastorno esquizofrénico tienen un riesgo 9 veces mayor de suicidio que la población general. A su vez, en la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los trastornos de la alimentación, por 33 y, en las adicciones, por 86.

Impacto económico y consecuencias sociales

La afectación de la calidad de vida es muy alta en los trastornos mentales ya que, globalmente, estos constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer.

El impacto en la utilización de servicios y en el sistema familiar de apoyo es muy elevado en el ámbito de la salud mental. Así, estos trastornos generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Cuatro de cada diez familias dedican a su atención más de ocho horas al día. El 67% lo lleva haciendo, además, desde hace más de ocho años, con abandono de sus actividades laborales y pérdida de ocio.

Una estimación conservadora de su coste en los países europeos los sitúa entre el 3 y el 4 % del PIB, lo cual supera los 182.000

millones de euros anuales. El 46% de dicho gasto corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto, a gastos indirectos por pérdida de productividad, asociada fundamentalmente con la incapacidad laboral según el Atlas de la Salud Mental en el Mundo de la OMS de 2015 (OMS, 2015).

Por todo ello, desde una perspectiva amplia, los trastornos mentales y neurológicos deben ser considerados como el mayor reto en atención sanitaria del siglo XXI en nuestro entorno.

Pensamos que para abordar la sostenibilidad del sistema de atención en salud mental es necesario reorientar el modelo desde una racionalidad del gasto a una racionalidad de la inversión. En este sentido, una intervención proactiva en la comunidad, centrada en la prevención y no sólo en la demanda, es algo prioritario por una cuestión de justicia distributiva y, también, por una cuestión de eficiencia.

Además, es importante resaltar la dificultad a la hora de encontrar información actualizada sobre los costes de la intervención en salud mental, siendo datos generalmente macroeconómicos y desactualizados; ello explica que en esta sección los datos no puedan referirse exclusivamente a la Comunidad de Madrid.

Necesidades percibidas por el colectivo

Para describir las necesidades percibidas en el colectivo de primera mano, y siendo AMAFE una Asociación centrada en los trastornos de la esfera psicótica, nos basamos en los resultados obtenidos por el Proyecto Voz, investigación de 2015 en la que participaron más de 200 entidades a nivel nacional y que recogió la opinión de 5.205 personas con esquizofrenia y sus personas allegadas, de las cuales 1.131 fueron de Madrid y en quiénes nos centraremos para enumerar las conclusiones más relevantes.

En referencia a las necesidades afectivas: amistades, pareja y familia fueron identificadas como las más importantes por el 91,4% de las personas con esquizofrenia seguido de "Potenciar mi autonomía" con el 87,3%.

En el caso de las familias, la preocupación mayoritaria se centró en saber qué va a ser de su familiar en el futuro.

Cabe destacar, también, que las personas con esquizofrenia tienen una percepción de la salud subjetiva notablemente inferior que la población general: según el INE, la media de satisfacción sobre la salud en la población es del 3,97 sobre 5, mientras que las personas con esquizofrenia o psicosis

tenían una media 3,29; y sus familias de 3,3.

El estudio pone de manifiesto el efecto que tienen las actuaciones de cuidado sobre las personas allegadas, que presentan un estado de salud subjetivo similar a la de las personas con esquizofrenia.

Con respecto a la autonomía práctica de las personas encuestadas, cerca del 45% cree que no tiene libertad suficiente para tomar decisiones. Lo que nos acerca a la necesidad de una mayor formación a los profesionales en un modelo colaborativo, basado en la toma de decisiones compartida.

En cuanto al acceso al tratamiento, 1 de cada 3 personas con esquizofrenia consideró que llegó demasiado tarde.

En cuanto al estigma social y situaciones de discriminación percibidas, a nivel nacional, un 35% de las personas encuestadas indicó que no se sintieron aceptadas por su entorno desde que apareció el trastorno mental.

Sin embargo, cabe destacar que se detectaron diferencias en cuanto a la aceptación percibida por parte de su entorno. Así, las personas atendidas en Asociaciones y en Recursos públicos de rehabilitación psicosocial fueron las que más aceptadas y comprendidas se han sentido por su entorno (68%) desde que

apareció el trastorno mental, frente a aquellas atendidas en Hospitales o Centros de Salud Mental (50%).

Tanto las campañas de sensibilización; como una mayor inversión en esquizofrenia en los planes de salud; políticas contra la discriminación; información clara en los medios de comunicación; dar a conocer experiencias de personas afectadas; conocer experiencias de familias o integrar la psiquiatría en los centros de especialidades de salud fueron, todas ellas, consideradas muy adecuadas en la lucha por la erradicación del estigma social.

Grupo de discusión

Hemos realizado varios encuentros de reflexión con personas diagnosticadas de AMAFE y familiares en el seno del grupo "Portavoces" desde el que se destacan ciertas consideraciones cualitativas con respecto a la situación actual en salud mental.

Paradigma de asistencia, de síntomas a personas. Consideramos que es necesario realizar una transición en el modelo de asistencia, actualmente centrado en el abordaje de síntomas hacia una modalidad de atención centrada en los problemas de las personas y en un sentido global de la salud, que incluya el bienestar emocional,

la salud física o cuestiones más prácticas como el empleo o la vivienda.

Humanización de la atención en salud mental. Aún hoy, es frecuente, que las personas atendidas en salud mental sientan que se atiende más a su expediente que a su sufrimiento.

La escasez de recursos y la sobrecarga de los profesionales, derivan en una atención muchas veces demasiado breve, demasiado superficial y demasiado espaciada en el tiempo. Además, la atención psicológica en los servicios públicos de salud mental es tremendamente escasa para la demanda existente.

La consecuencia directa de esta situación es un trato, muchas veces deshumanizado, del que tanto profesionales, como personas usuarias y familiares resultan perjudicados.

Autonomía y coerción. Las experiencias de tratamiento involuntario o las contenciones mecánicas suponen, con mucha frecuencia, un evento traumático para la persona que, además de producir un grave sufrimiento, puede llegar a dificultar la confianza en los equipos profesionales y en el proceso de intervención. Es imperativo desarrollar alternativas a la coerción y dotar a los dispositivos de medios para implementarlas.

El papel de la persona en su propio

proceso. En los grupos de discusión se contemplan dos áreas en las que se debe desarrollar el papel de las personas con diagnóstico.

Por un lado, es fundamental promocionar la toma de decisiones sobre el propio tratamiento, lo que implica además, una correcta información sobre el propio diagnóstico y las diferentes alternativas terapéuticas.

Por otro, la promoción de espacios para la ayuda mutua, pues las vivencias de quiénes han atravesado diferentes dificultades, pueden ser extremadamente útiles para ayudar y apoyar a otras personas que experimentan las mismas situaciones.

Pensamos que crear grupos de ayuda mutua en el ámbito de las asociaciones debe contemplarse como un complemento del papel de los profesionales y estimular un cambio de valores en la asistencia.

La falta de esperanza. Las expectativas de personas con diagnóstico, familiares y profesionales influyen notablemente en el grado de recuperación que se puede alcanzar.

Por lo tanto, consideramos fundamental redoblar esfuerzos e interés para que la primera información que reciben quienes son diagnosticados de psicosis u otros trastornos mentales sea la adecuada y que

se produzca lo antes posible.

Por desgracia, es frecuente que esta información realista y esperanzadora no alcance a las personas o lo haga demasiado tarde. Esto produce que se asienten el estigma y la desesperanza, creando un territorio poco favorable para la evolución positiva de la persona.

Salud mental en tiempos del coronavirus

La pandemia de COVID-19 ha afectado a la salud de las personas, pero también a sus objetivos personales, su dinámica familiar, su rol laboral y su estabilidad económica. En este sentido, representa una crisis global sin precedentes, que ha ejercido un impacto sobre la salud mental a través de múltiples mecanismos de forma simultánea, lo que requiere una acción urgente¹.

Según un nuevo estudio de la Organización Mundial de la Salud en 2020, la pandemia de COVID-19 ha alterado o interrumpido servicios críticos de salud mental, al tiempo que la demanda de apoyo ha aumentado. Entre este grupo, ya vulnerable, estas alteraciones han provocado mayor ansiedad, incertidumbre y desesperanza. La situación también puede conllevar efectos negativos sobre la salud mental en los familiares de las personas con diagnóstico.

Tal y como señala el Estudio de necesidades post-COVID-19 de Grupo 5, durante este período, las personas con trastorno mental grave han reducido su acceso a los servicios de salud mental y el contacto directo con los profesionales. La atención ha consistido en telepsiquiatría, apoyo psicosocial a distancia y monitorización de síntomas del coronavirus.

La mayoría de los servicios de salud mental en la Comunidad de Madrid no estaban preparados para desarrollar servicios especializados a distancia, ni para pacientes en confinamiento comunitario.

Según este estudio, la respuesta de los mismos ha sido predominantemente farmacológica, con una renuncia implícita a los programas propios de la rehabilitación psicosocial.

La teleasistencia ha sido válida para acompañar y detectar pacientes en riesgo, pero no lo ha sido tanto para intervenir en otras necesidades de gran incidencia, como los síntomas negativos, la ansiedad, la gestión y autocontrol emocional, así como los problemas de estructuración del tiempo y del sueño.

Referencias

1. **Goldberg, X. et al.** *¿Es la salud mental la pandemia después de la covid-19?*
2. **Instituto de Salud Global de Barcelona**

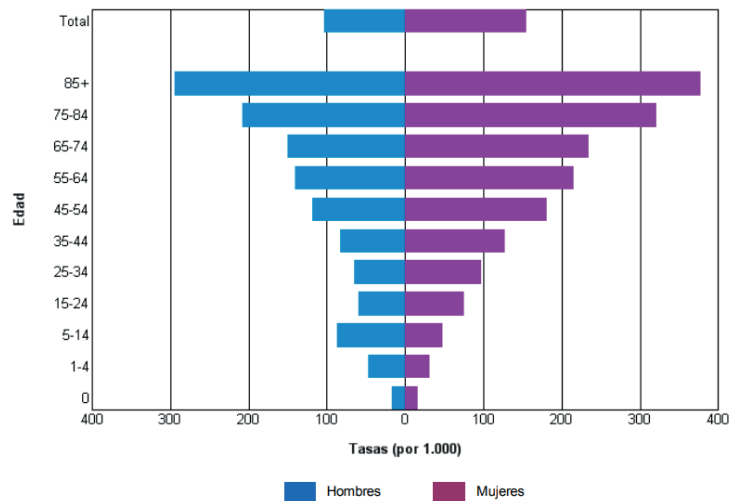


Figura 4. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Comunidad de Madrid, 2015.

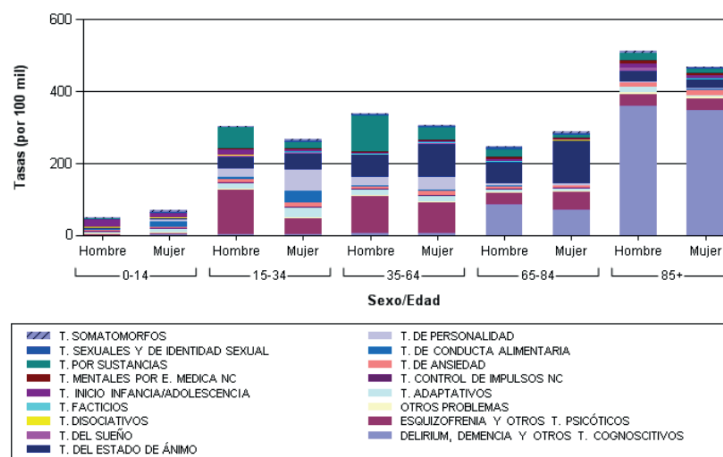


Figura 5. Morbilidad hospitalaria según edad y sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2015.

5. Diagnóstico de situación por parte del clínico



**Eduardo Jesús Aguilar
García-Iturrospe**

Actividad clínica desde su formación MIR a principios de los años 90, en diferentes recursos asistenciales, de distintas comunidades autónomas. En el 2004 fue el primer psiquiatra español en una Unidad de Hospitalización Domiciliaria. Responsable actual de la Unidad de Psiquiatría de Enlace del Hospital Clínico Universitario de Valencia.



María Batalla Monedero

Actividad clínica desde el inicio de la formación como Médico Residente en Psiquiatría, con formación continua y hasta la actualidad en seguimiento psicoterapéutico de casos. Trabajo asistencial desde la finalización de la formación en variedad de recursos tales como Centro de Salud Mental, Unidad de Salud Mental Infantil, Psiquiatría de enlace y Unidad de Hospitalización Breve.

Introducción

Entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas proyectado para el 2030 aparece la promoción, prevención y tratamiento de los trastornos mentales como pilar fundamental en el bienestar social. Estos ámbitos se desarrollan en un contexto institucional de recursos materiales, infraestructuras, organización y personal que ofrecen apoyo clínico a los usuarios. Conocer la oferta de dichos recursos y la práctica clínica de los profesionales, posibilita una contribución consciente a esta meta de bienestar.

El objetivo de este capítulo es abordar sintéticamente la situación de la atención en Salud Mental en España desde el punto de vista del clínico. Se analizan la situación epidemiológica, las principales demandas, los programas de atención de Salud Mental, el consumo de fármacos y los recursos que se ofrecen en las Comunidades Autónomas para ello. Se pretende aportar una mirada general al estado de la cuestión que ayude a avanzar hacia una atención en Salud Mental más desarrollada y ajustada a las necesidades de la población.

Estado de la cuestión: recursos asistenciales tras la reforma psiquiátrica

La reforma psiquiátrica se inicia en España en los años 80, con el referente oficial de la Ley General de Sanidad de 1986. Este nuevo marco supone el cambio de un paradigma hospitalocéntrico al desarrollo de la Psiquiatría Comunitaria. Esto se hace evidente a través del cierre de los hospitales psiquiátricos, la apertura de Unidades de Agudos en los hospitales generales y el desarrollo de Centros de Salud Mental (CSM) para la atención ambulatoria de los pacientes, tanto con trastorno mental grave (TMG) como con trastorno mental común (TMC). Sin embargo, el desarrollo de los recursos sanitarios y sociosanitarios que los pacientes necesitan ha sido muy heterogéneo a lo largo del territorio nacional y, en la inmensa mayoría de casos, claramente insuficiente (Gráfico 1).

En las últimas décadas se han incorporado elementos teóricos que han impactado en nuestros modelos asistenciales. Cabe destacar la atención centrada en la persona y el modelo de recuperación, con una participación cada vez mayor del movimiento asociacionista. Concretamente y, a pesar de que los planes y estrategias de Salud Mental elaborados en las diferentes comunidades autónomas fueron redactados en su mayoría hace más

de 5 años, el Documento de consenso sobre los principios fundamentales y elementos clave de la salud mental comunitaria, señala tres grandes líneas de actuación¹ :

- Abordar la Salud Mental desde una perspectiva social, defendiendo la protección de los derechos humanos de todas las personas, incluidas aquellas con algún trastorno mental.

- Establecer un modelo centrado en la persona, incluyendo criterios referidos al apoyo de los usuarios de los servicios de Salud Mental en el proceso de recuperación y contando con su experiencia de pares para el diseño de los servicios.

- Tener en cuenta la perspectiva profesional, en lo que respecta a sus intervenciones y a la atención comunitaria que se confiere.

La evolución de este modelo de Salud Mental fue analizada en el Informe SESPAS 2002 y en el panel de personas expertas en 2010. El primero planteó una serie de recomendaciones que permiten analizar la evolución del modelo de atención después de 2002. Estas fueron:

- Diseñar una comisión ministerial de técnicos independientes que registrase la situación actual y asesorase en el futuro: a este respecto constaba una mayor participación de los usuarios y sus familias

con desarrollo de planes de atención individualizada.

- Establecer un mapa nacional de servicios sociosanitarios en Salud Mental para conocer la disponibilidad de recursos asistenciales.

- Crear una agencia de coordinación y promoción de la Salud Mental, en tanto que el modelo español comunitario necesita una unidad y coordinación para el adecuado funcionamiento. De hecho, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 planteó la creación del Observatorio del Sistema Nacional de Salud a este respecto. Realizar análisis de financiación a la asignación de recursos y la investigación siguiendo el principio de discriminación positiva.

A pesar de lo conseguido en el primer punto de este apartado, persisten grandes carencias que merman nuestra eficiencia a nivel clínico, no habiéndose materializado las recomendaciones del informe SESPAS 2002. Algunos ejemplos de necesidad de mejorar han sido la falta de un plan de acción y un sistema estandarizado de recogida y monitorización de la provisión de servicios y del análisis comparativo de su financiación.²

Nos encontramos en España ante un mapa sanitario y sociosanitario inequitativo, con marcadas diferencias de accesibilidad

y de calidad asistencial, al margen de la cualificación de los profesionales. Las desigualdades entre comunidades autónomas con respecto a la Salud Mental han sido objetivo de diferentes estudios. Se ha evidenciado una mayor desigualdad de cuidados en aquellas comunidades con mayores desigualdades socioeconómicas dentro de la misma región, así como las que ofrecen una menor ratio de profesionales (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, etc....) por usuario³.

Algunos expertos han señalado la oportunidad que supone el desarrollo de nuevos modelos de evaluación y monitorización, en lo que podría ser un avance hacia una planificación informada por la evidencia.^{2,4}

Situación actual en España

Aspectos demográficos

Para abordar la situación de la Salud Mental en España desde el punto de vista del clínico, puede resultar interesante contemplar brevemente la situación epidemiológica de los problemas que conciernen a este ámbito.

En términos generales, uno de cada diez adultos tiene problemas de Salud Mental, teniendo las mujeres el doble de detección que los hombres. De los menores, uno de cada cien es sufriente, siendo más

frecuente en niños. Dado que el tema del menor se aborda en otro capítulo de este documento, no nos extenderemos más al respecto.

Las mujeres refieren algún problema de Salud Mental con mayor frecuencia que los hombres (14,1% frente a 7,2%). El 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica (9,1% de las mujeres y 4,3% de los hombres). La depresión se declara en la misma proporción que la ansiedad (6,7%), y es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%)⁵. Por comunidades autónomas, en el año 2017, las frecuencias más altas se encontraron en Murcia (global 30,8%), y las más bajas en Extremadura (global 8,6%)⁶.

Respecto a otros diagnósticos, y basándonos en las estadísticas que ofrecen individualmente los planes estratégicos de las comunidades autónomas (sin grandes diferencias en incidencia y prevalencia de enfermedad mental), se reconoce que el volumen mayor es para personas con trastorno neurótico (sobre el 30%). Los trastornos de humor abarcan un 20 % y el espectro de las esquizofrenias e ideas delirantes sobre un 10% de los atendidos. Los trastornos de la personalidad se detectan en torno al 4% de las consultas, aunque con elevada demanda y reincidencia. Las personas que más acuden a consulta (sobre todo en el medio hospitalario) son las pertenecientes

al grupo de trastornos psicóticos y las que tienen registrados varios diagnósticos de grupos distintos (9,5 consultas de media).

Por otro lado, tres de cada diez personas de 65 y más años (no institucionalizadas) refirieron algún grado de deterioro cognitivo (31,3%)⁵.

Aspectos socio-económicos

El ENSE (2017) resulta muy informativo en los siguientes aspectos:

- *Incapacidad y limitación funcional:*

El 3,8% de la población refiere tener dificultades para llevar a cabo actividades de la vida cotidiana por problemas de Salud Mental. Las diferencias por sexo en la discapacidad percibida son semejantes entre hombres y mujeres.

- *Consumo de psicofármacos:*

De forma global, el 10,7% de la población consume ansiolíticos o hipnóticos (13,9% en mujeres y 7,4% de los hombres), y el 5,6% de la población de 15 y más años consume antidepresivos o estimulantes (7,9% en mujeres y 3,2% en hombres).

Respecto a la prescripción de tranquilizantes, existe una variabilidad entre las comunidades autónomas, siendo

la frecuencia más alta Galicia (global 20,1%) y las más bajas Cantabria (global 10,2%) y Ceuta y Melilla (mujeres 13,3%)⁶.

En la prescripción de antidepresivos también se observaron diferencias entre las comunidades autónomas siendo las frecuencias más altas las asturianas (global 13,2 %) y gallegas (6,9%), y las más bajas en Ceuta y Melilla (1,7%)⁶.

- *Uso de recursos:*

Un 5,4% de la población refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses (6,1% de las mujeres y 4,6% de los hombres)⁵. La frecuencia con que se asiste a los servicios de Salud Mental es ligeramente mayor en mujeres, pero la misma para todas las clases sociales, lo que podría estar sugiriendo desigualdad de acceso ante las distintas necesidades. Esto parece confirmarse con las necesidades de atención médica no cubiertas, que de nuevo perfilan el gradiente social en el caso de la Salud Mental.

- *Posición socioeconómica:*

Se ha detectado morbilidad mayor en mujeres y de clases bajas. Esta misma población es más consumidora de psicofármacos, pero no realiza un mayor uso y acceso a los servicios de Salud Mental, comparativamente a otros grupos.

En adultos, el gradiente social se evidenció para la frecuencia de padecimiento de enfermedad mental (13,5% en la clase más desfavorecida vs. 5,9% en la clase más favorecida) y en la discapacidad (desde el 5,3% hasta el 1,9%). Se observa especial dificultad en las mujeres de nivel socio-económico bajo y con deterioro cognitivo.

Recursos asistenciales ofertados

Centrándonos en el aspecto clínico, España cuenta con un número de psiquiatras y, especialmente, psicólogos por debajo de los estándares internacionales⁷. Tal es así, que el Defensor del Pueblo reportó en el 2020 como urgente que el Gobierno y las Comunidades Autónomas debían incrementar la oferta de atención psicológica tras constatar que, salvo excepciones como Madrid, Canarias o Navarra, la proporción de psicólogos por habitante apenas ha variado en la última década. Todo ello, a pesar de las quejas reiteradas de los usuarios que, sin embargo, reconocen el esfuerzo de los profesionales⁸ (Defensor del Pueblo, 2020).

Esta necesidad aplica también a los recursos asistenciales (Gráfico 2), tanto para pacientes agudos (Hospitales Generales, Hospitales de Día y programas ambulatorios para pacientes agudos) como crónicos (programas de Gestión de Casos - GdC - y Tratamiento Asertivo Comunitario - TAC -), con diferencias importantes entre

las distintas comunidades autónomas, según se desprende del análisis de los Planes y Estrategias de Salud Mental de las mismas (disponibles en el repositorio del Máster en Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla)¹¹.

La pandemia por Covid-19 ha supuesto un reto para todos estos dispositivos y parece evidente que lo va a seguir siendo, desplazándose progresivamente la tensión desde las unidades asistenciales destinadas a la atención en crisis a los recursos comunitarios. Se hace todavía más imprescindible un planteamiento coherente por parte de los responsables sanitarios que pueda cubrir las necesidades de los usuarios y los profesionales.^{9,10}

Asistencia al paciente mental en crisis

Unidades de Hospitalización: Las unidades de ingreso son el recurso más seguro, utilizado en casos extremos y de una forma limitada en el tiempo. La involuntariedad de los ingresos, regulada por el artículo 763 de la Ley de enjuiciamiento civil, de 2000, y los procedimientos de sujeción mecánica son los aspectos que más debate suscitan. En algunos hospitales se dispone de unidades específicas para trastornos de la conducta alimentaria o patologías resistentes. Dentro del hospital se desarrollan las actividades clínicas de

atención en el servicio de urgencias y en la Psiquiatría de Enlace. Si bien se dispone de guías, algoritmos y libros publicados en ambos casos, existe una clara deficiencia de investigación clínica para delimitar los estándares a seguir. Un grupo de profesionales de las diferentes autonomías se están esforzando actualmente para superar estas limitaciones en el caso de la Psiquiatría de Enlace ¹².

Alternativas a la sala de agudos

Hospital de Día: Se trata de un recurso asistencial de tratamiento intensivo, por un tiempo limitado, centrado en potenciar la continuidad de cuidados y la autonomía personal. Se han conformado de forma interdisciplinar, aunque heterogénea, a lo largo del país, existiendo también programas parciales y todo tipo de modelos mixtos. Los hospitales de día se han centrado en los pacientes con TMG y trastornos de la personalidad y/o trastornos de la conducta alimentaria, pero también se han desarrollado de una forma absolutamente insuficiente.

Programas de tratamiento intensivo domiciliario: Hospitalización Domiciliaria

Los equipos de resolución en crisis del Reino Unido son el referente internacional de estos programas. Como ocurre en España, se trata de programas heterogéneos, con muchas dudas sobre

sus elementos esenciales, a pesar de la obligatoriedad para su creación¹³. Este modelo no se adoptó en España, sino que se desarrolló un modelo distinto, aunque con similitudes a nivel conceptual: las Unidades de Hospitalización Domiciliaria en Salud Mental (UHD-Salud Mental). Estos dispositivos se iniciaron en Valencia en el 2004¹⁴, momento en el que se empezaban a gestar dichos equipos en el Reino Unido. El modelo ha tenido una aceptación desigual en España, predominando su implantación en la Comunidad Valenciana y Cataluña, con un mayor nivel de recursos humanos en cada unidad, en esta última comunidad autónoma.

Asistencia al paciente mental crónico

- Centros de Salud Mental (CSM):

Son los ejes de la atención a los pacientes, tanto con TMG como con TMM. Suponen la estructura asistencial básica sobre la que se asienta la Psiquiatría comunitaria. Los CSM se distribuyen para atender de forma sectorizada a todos los pacientes derivados tanto desde Atención Primaria (AP) como del resto de recursos asistenciales. El trabajo de enlace entre AP y los CSM es una de las claves para el funcionamiento adecuado de estos recursos y así se recoge en los diferentes Planes y Estrategias de Salud Mental. Dentro de los programas desarrollados en estos centros, el Tratamiento Ambulatorio

Involuntario (TAI) es, sin duda, el aspecto más debatido, existiendo posiciones claramente encontradas, dentro y fuera del personal sanitario.

- Unidades de Media Estancia (UME): Las UME se han desarrollado progresivamente en todo el país para prestar asistencia clínica a personas con TMG que precisan hospitalización durante varios meses. Suelen coordinarse con hospitales de día para facilitar la transición hacia la comunidad.

- Equipos de Tratamiento Asertivo comunitario: Estos programas surgieron en Estados Unidos en el contexto de la desinstitutionalización y supusieron una alternativa al antiguo hospital psiquiátrico. Hoy en día siguen siendo un elemento básico de la Psiquiatría Comunitaria, aunque insuficientemente desarrollado en España. El “Modelo Avilés” es el referente en nuestro país, desde su puesta en marcha en 1999, y supone una adaptación del modelo norteamericano a la realidad asistencial española¹⁵.

- Programas de Gestión de Casos: También con un desarrollo heterogéneo e insuficiente¹⁶, estos programas son semejantes al anterior en cuanto al perfil de pacientes a tratar, pero se diferencian fundamentalmente en que mantienen la responsabilidad terapéutica en los CSM. Se asigna a cada paciente un gestor (que

puede ser de distintas profesiones) que ayuda al paciente con TMG a cubrir sus necesidades médicas y sociales. Con frecuencia se coordinan con recursos centrados en la rehabilitación como son los centros de rehabilitación psicosocial (CRIS).

- Centros Residenciales en Salud Mental: Suponen en cierta medida un fracaso de los dispositivos anteriores y una vuelta a un modelo conceptualmente similar al del antiguo hospital psiquiátrico. Los pacientes residen en centros tras ser tutelados, frecuentemente por las distintas Consejerías. Allí reciben el tratamiento psiquiátrico al margen de los recursos de Psiquiatría Comunitaria disponibles en su entorno. Lamentablemente, el número de pacientes psiquiátricos ingresados en estas residencias no ha dejado de crecer en los últimos años.

Situación en las diferentes comunidades autónomas

Todas las comunidades autónomas disponen de planes de Salud Mental (disponibles en el repositorio del Máster en Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla)¹¹. Dichos planes parten del análisis de la situación de la salud mental en sus respectivas comunidades autónomas. Cabe destacar que excepto Castilla y León y el País Vasco, todos se encuentran

actualmente vigentes. El País Vasco tiene sin embargo un plan específico para cada provincia de su territorio. También resulta remarcada la existencia de un Plan de Salud Mental en la ciudad de Barcelona (2016-2022) y un Plan de Salud Mental que destaca la influencia de la Covid-19 en Galicia (2020-2024).

En todos los planes existen elementos comunes a nivel estratégico que deben permitir mejorar la prestación clínica a los pacientes con TMG y TMC, como son:

- Promoción de la salud mental y las intervenciones tempranas.
- Potenciación de la autonomía de las personas con trastorno mental y sus familias.
- Mejora de las prácticas asistenciales garantizando la continuidad de cuidados, la equitatividad y accesibilidad.
- Erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.
- Instauración de modelos de recuperación personal y Psiquiatría centrada en la persona, con integración de la salud física y mental.
- Promoción de la competencia de los profesionales.

- Integración entre la asistencia prestada en los distintos dispositivos y de los sistemas de información.

- Promoción de la investigación traslacional en salud mental.

Resumen

Los puntos claves del presente capítulo son:

1. La disponibilidad de profesionales de la Salud Mental y el desarrollo de recursos sanitarios y socio-sanitarios ha sido muy heterogéneo a lo largo del territorio nacional.
2. El desarrollo de nuevos modelos de evaluación y monitorización supone una oportunidad para la implementación de mejoras, a partir de datos fidedignos.
3. Existe un gradiente social en la atención a las personas con Salud Mental, situándose en la posición más difícil las mujeres de nivel socio-económico bajo y con deterioro cognitivo.
4. Las comunidades autónomas han desarrollado planes de Salud Mental, con mayor o menor implantación en la práctica clínica real.
5. La psiquiatría comunitaria se fundamenta en recursos diseñados para

la atención integral al paciente en sus diferentes trayectorias clínicas y sociales.

6. La atención clínica al paciente mental en crisis se basa en las Unidades de Hospitalización y en las alternativas a estas salas de agudos; en particular, los Hospitales de Día y las Unidades de Hospitalización Domiciliaria.

7. La asistencia al paciente mental crónico tiene su eje en los Centros de Salud Mental y en la atención prestada en las Unidades de Media estancia, Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, Programas de Gestión de casos y Centros Residenciales.

Referencias

1. **Juliá-Sanchis R, Aguilera-Serrano C, Megías-Lizancos F, Martínez-Riera JR.** *Evolución y estado del modelo comunitario de atención a la salud mental.* Informe SESPAS 2020. Gac Sanit, 2020; Suppl. 1: 88-86. doi:10.1016/j.gaceta.2020.06.014
2. **Salvador-Carulla L, Almeda N, Álvarez-Gálvez J, García-Alonso C.** *En la montaña rusa: una historia resumida de la planificación de la salud mental en España.* In-forme SESPAS 2020. Gac Sanit, 2020; 34 Suppl 1: 3-10. doi: 10.1016 / j.gaceta.2020.06.009.
3. **Rocha KB, Perez K, Rodríguez-Sanz M, Muntaner C, Alonso J, Borrell C.** *Inequalities in Mental Health in the Spanish Autonomous Communities: A Multilevel Study.* Span J Psychol 2015; 18, e27, 1–8. doi: 10.1017/sip.2015.28
4. **Instituto de Salud Carlos III. Salud Mental y Salud Pública en España:** Vigilancia epidemiológica. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, 2017.
5. **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.** Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019.
6. **Henares-Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L.** *Salud Mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas.* Gac Sanit, 2020; 34 Suppl 2: 114-119. Doi: 10.1016/j.gaceta.2019.03.002.
7. **Eurostat.** Número de psiquiatras: ¿cómo se comparan los países?, 2018. <https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/ddn-20181205-1>.
8. **Defensor del Pueblo.** *Estudio de necesidades e incremento de la atención psicológica en el sistema nacional de salud,* 2020. <https://www.defensordelpueblo.es/resoluciones/estudio-de-necesidades-e-incremento-de-la-atencion-psicologica-en-el-sistema-nacional-de-salud/>.
9. **Carrasco JP, Herraiz B, Sanchez LO, Luengo A, Fusalba OR, Aguilar EJ.** *Influencia del bloqueo de COVID-19 en las emergencias psiquiátricas: reducción drástica y aumento de los trastornos mentales graves.* Rev Psiquiatr Salud Ment, 2020; S1888-9891(20)30126-9. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.11.003.

10. Vieta E, Pérez V, Arango C. *Psiquiatría después del COVID-19*. Rev Psiquiatr Salud Ment, 2020; 13(2): 105-110. doi: 10.1016 / j.rpsm.2020.04.004.

11. Repositorio del Máster en Gestión Clínica y Sanitaria en Salud Mental de la Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla. <https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/planes-de-sm-cc-aa/>.

12. Lobo A, Rabanaque I, Blanch J, Campos R, Ezquiaga E, Farré JM, et al. *El desarrollo de las unidades psicosomáticas y de psiquiatría de enlace en España: una investigación nacional*. J Psychosom Res, 2019; 125: 109784. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.109784.

13. Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L et al. *Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review*. BMC Psychiatry, 2015; 15: 74. doi: 10.1186/s12888-015-0441-x.

14. Megías F, Aguilar EJ, Silvestre F. *Hospitalización Domiciliaria. Salud Mental*. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES), 2004.

15. Martínez-Jambrina JJ. *El modelo Avilés para la implantación del tratamiento asertivo comunitario: un pacto con la realidad*. Cuad Psiquiatra Comunitaria, 2007; 7(2): 147-159.

16. Lukersmith S, Millington M, Salvador-Carulla L. *What is case management? A scoping and mapping review*. Int J Integr Care, 2016; 16(4): 2,1-13. doi: 10.5334/ijic.2477

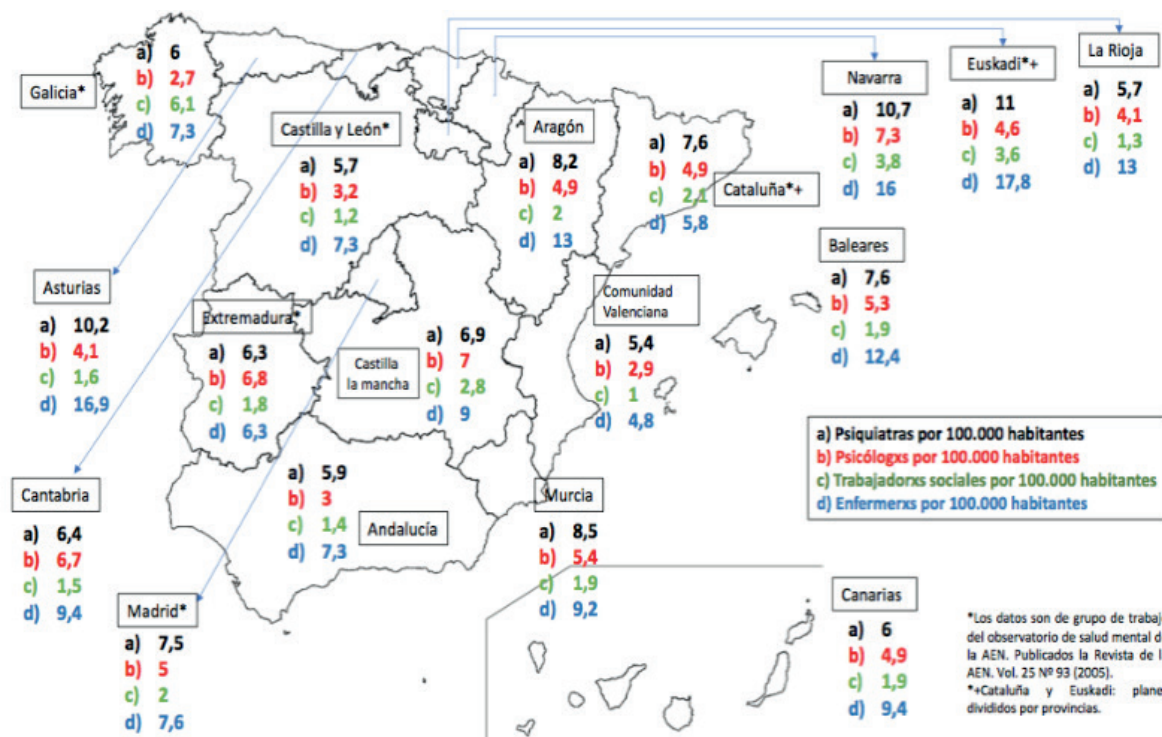


Figura 6. Recursos humanos por 100.000 habitantes en las comunidades autónomas. Elaboración a partir de los datos más actualizados disponibles para cada comunidad autónoma.



Figura 7. Recursos disponibles en salud mental.

6. Diagnóstico de situación por parte del investigador



Eduard Vieta Pascual

Catedrático de Psiquiatría del departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona, Jefe del servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona, Jefe de Grupo de Investigación del IDIBAPS, y director científico de CIBERSAM.

Ha sido profesor invitado en la Universidad de Harvard en Estados Unidos, asesor de la Presidencia Europea en Neurociencia, y es Doctor Honoris Causa por la Universidad de Valencia.



Esther Jiménez Martínez

Doctora por la Universidad de Barcelona, Licenciada en Psicología, Máster en Neurociencias y Posgrado en Psicología Clínica Infantojuvenil. Actualmente, ejerce como Adjunta a la Dirección Científica del CIBERSAM y como investigadora postdoctoral en la Unidad de Trastornos Bipolares y Depresivos del Hospital Clínic de Barcelona (IDIBAPS-CIBERSAM).

Introducción

La investigación biomédica es un instrumento de progreso de altísimo valor social, tanto por los potenciales beneficios para la salud de las personas, como por su eventual impacto económico. España es una potencia en investigación biomédica, a pesar de la escasez de recursos dedicados a la misma. Ello se debe, en parte, a la preselección universitaria de los alumnos de medicina, a un sistema de formación especializada altamente competitivo dentro de la medicina y a un sistema de salud de acceso universal de calidad. En el caso de la investigación en salud mental, el progreso ha sido fulgurante a lo largo de las 2 últimas décadas, pero sin una financiación adecuada, ni una carrera investigadora decente, será muy difícil mantener la línea ascendente. El sistema público de salud, además, puede facilitar la investigación dirigida al avance del conocimiento en salud, pero es ineficiente para promover la innovación y la conexión con la iniciativa privada.

Actividad investigadora en salud mental en España

En los últimos años, la investigación en Salud mental ha evolucionado positivamente, a pesar de que el nivel de inversión en I+D+i en España, de un 1.24% del PIB en el año 2018¹, no alcanza

el nivel de inversión marcado por la Unión Europea en el año 2020, según la cual debería invertirse el 3%. A pesar de la falta de inversión, un reflejo de esta mejora es el incremento de la productividad científica englobada en la categoría de Psiquiatría y Salud mental en España, que actualmente se sitúa en la novena posición en relación a los 230 países de los que se recogen datos en el portal SCImago Journal&Country Rank (SJR)².

Uno de los aspectos que ha favorecido la consolidación de la investigación en Salud mental en nuestro país derivó de la aprobación, en el año 2006, por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), de la Estrategia en Salud mental del SNS, en la que el fomento de la investigación en esta área paso a ser considerada como una de las líneas estratégicas³.

Dicha estrategia, bajo un enfoque integrador, tiene por objetivo, tanto la promoción de la salud mental y de los programas de prevención, como la optimización de los instrumentos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, así como la adopción de medidas dirigidas a fomentar la inserción laboral y social de las personas que padecen algún tipo de enfermedad mental³. De este modo, esta estrategia posiciona la investigación en salud mental y la creación de herramientas que permitan evaluar el

avance del conocimiento en esta área como objetivos prioritarios para conseguir que el sistema de salud disponga de los recursos necesarios para la mejora en salud y calidad de vida de la población general y, específicamente, de los pacientes con enfermedad mental.

La investigación en este documento es considerada, por tanto, como la herramienta esencial para el desarrollo de un sistema de atención a la salud mental de calidad. Para ello, se insiste en la necesidad de implementación de aquellos hallazgos y avances en el conocimiento científicos en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental, para ponerlos al servicio de la sociedad. Para ello, desde la estrategia se promociona la identificación y el reconocimiento de centros de excelencia, así como el apoyo necesario para el establecimiento de redes de colaboración que permitan establecer sinergias en el campo de la investigación y facilitar, de este modo, el traslado de los hallazgos provenientes de la investigación básica a la clínica y viceversa³.

No obstante, independientemente de la publicación de la Estrategia en Salud mental, hubo un hecho previo que supuso un punto de inflexión para el avance de la investigación en biomedicina, en general, y en Psiquiatría y Neurociencia, en particular: **la creación de las estructuras de investigación colaborativa**. Desde

el punto de vista de la gestión científica, hasta la creación de dichas entidades, la investigación en salud mental en España se nutría, básicamente, del desarrollo de proyectos de investigación individuales dirigidos por investigadores que contaban con un equipo de investigación propio. Este tipo de estructuras se gestaron con la idea de posibilitar que grupos de excelencia separados geográficamente, pero con líneas de investigación afines, colaborasen aunando recursos que permitieran el progreso del conocimiento, así como alcanzar objetivos más ambiciosos.

Las primeras estructuras de este tipo fueron las Redes Temáticas de Investigación Cooperativa en Salud (RETICS)⁴, actualmente denominadas Redes de Investigación Cooperativa Orientadas a Resultados en Salud (RICORS). Estas estructuras se crearon gracias a la asociación de diversos centros y grupos de investigación con el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), entidad que, a través del impulso de la investigación y la innovación en Ciencias de la Salud y Biomedicina y de la prestación de servicios científico-técnicos, pretende contribuir a la lucha contra las enfermedades y a la mejora la salud de la población.

Para el establecimiento de estas redes, financiadas a través del ISCIII, se convino que las estructuras debían integrar grupos multidisciplinares, dependientes de

administraciones de tipo público o privado, que pertenecieran, al menos, a cuatro Comunidades Autónomas diferentes. En el año 2002, tras un proceso de selección de carácter público y en concurrencia competitiva, se crearon múltiples redes. Tras unos años de actividad, 54 de las estructuras mencionadas fueron evaluadas muy positivamente por parte de un comité de evaluación internacional, hecho que vino a confirmar el éxito de la fórmula de investigación colaborativa planteada años atrás⁵.

Otra de las estructuras de investigación cooperativa que se ha consolidado en nuestro país es la de los Centros de Investigación Biomédica en Red (CIBER)⁶. Creados en el año 2006, estos organismos de investigación tienen como objetivo impulsar la investigación monográfica de excelencia sobre enfermedades concretas. Actualmente, el Consorcio CIBER está formado por 11 áreas temáticas con representación en, prácticamente, todas las comunidades autónomas, en las que los investigadores trabajan en red participando de diferentes programas de investigación para conseguir trasladar los resultados de la investigación a la sociedad, previéndose, en breve, la incorporación de nuevas áreas.

CIBERSAM

CIBERSAM es el área de CIBER dedicada a la Salud mental. Su creación se remonta al

año 2007, partiendo de la estructura previa de la RETICS de Enfermedades Mentales, Trastornos Afectivos y Psicóticos (REM-TAP)⁷.

En la actualidad, esta área temática de CIBER está formada por 23 grupos consolidados de investigación clínica, preclínica y traslacional, a los que se suman otros tres grupos clínicos vinculados que se distribuyen en 8 comunidades autónomas⁸.

La finalidad principal de CIBERSAM es la de promover una investigación colaborativa de excelencia que permita responder a las necesidades tanto de pacientes como de familiares, poniendo el foco en la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de las enfermedades mentales con el objetivo último de mejorar la salud mental, calidad de vida y nivel de funcionamiento de los pacientes. Todo ello sin olvidar la contribución a la reducción del impacto y el estigma que se asocian a la enfermedad mental en nuestra sociedad.

Todos estos objetivos se llevan a cabo mediante el impulso de una producción científica colaborativa de excelencia, así como de la divulgación y aplicación del conocimiento generado para que éste sea trasladado a la práctica clínica y a las políticas socio-sanitarias.

Además de fomentar la investigación

colaborativa, CIBERSAM apuesta fuertemente por la innovación, estimulando nuevas líneas de investigación orientadas a la generación de resultados dirigidos tanto a la implementación de innovaciones en el sistema sanitario (guías de práctica clínica, servicios de salud orientada a la mejora de procesos, entre otros), como de colaboración con el sector empresarial (patentes, I+D, etc...), impulsando, sobre todo, la participación en proyectos relacionados con la Medicina Personalizada y de Precisión. Otro de los objetivos clave respecto a la innovación es la investigación en tecnología para la salud, incluyendo avances en la telemedicina (eHealth), sistemas de información aplicables a nuestro Sistema Nacional de Salud y evaluación de servicios sanitarios.

Del mismo modo, CIBERSAM también estimula la creación o participación en grandes consorcios internacionales, así como el establecimiento de alianzas público-privadas, con el objetivo de incrementar el alcance de las investigaciones.

Por otro lado, desde CIBERSAM también se destina un esfuerzo relevante a la **difusión** de los hallazgos y reconocimientos obtenidos por parte de sus investigadores. En los últimos años, CIBERSAM se ha esforzado en potenciar su presencia en redes sociales y medios de comunicación con el objetivo de dar más visibilidad, a nivel nacional e internacional, a sus

investigadores y resultados conseguidos. Además, obedeciendo a su voluntad de orientación hacia la sociedad, esta área de CIBER organiza actividades divulgativas dirigidas también a pacientes y familiares, como el Encuentro entre investigadores en Salud mental, Pacientes y Familiares, en el que se pretende favorecer el debate y el intercambio de visiones sobre las necesidades y objetivos de la investigación en Salud mental en nuestro país. Del mismo modo, en otras actividades formativas más dirigidas a profesionales, como el Foro Internacional de Investigación en Psiquiatría (otrora Foro Internacional CIBERSAM de Esquizofrenia), siempre se da voz tanto a pacientes como a familiares haciendo que formen parte de alguna de las mesas de debate. Otros de los objetivos de la estrategia de difusión de CIBERSAM es trabajar en campañas divulgativas de alto impacto dirigidas no sólo a los pacientes y familiares, sino también al conjunto de la sociedad. Desde CIBERSAM se considera que trasladar a la sociedad un mayor conocimiento sobre la enfermedad mental no sólo repercute en incrementar el nivel de conocimiento de la población afectada sobre las enfermedades psiquiátricas, sino que también se contribuye a eliminar el estigma de las mismas en la sociedad.

Cabe destacar que las acciones de visibilidad también contemplan la difusión de catálogos de capacidades, promoviendo la visibilidad de las carteras

de servicios de algunos de los programas de investigación, facilitándose, de este modo, el establecimiento de sinergias entre la investigación y el sector privado y el establecimiento de consorcios para proyectos multicéntricos internacionales. Este es el caso de NewroPharma, catálogo de capacidades ofrecidos por los grupos que componen el Programa de Innovación Terapéutica en el que se recoge una lista completa de servicios que cubren los principales hitos en el desarrollo preclínico de fármacos dirigidos tanto a farmacéuticas y empresas de biotecnología como a organizaciones de investigación académica.

Por otro lado, y conscientes de la importancia de una utilización óptima de recursos e infraestructuras, CIBERSAM dispone de una serie de **plataformas científicas** que son clave para el desarrollo de la investigación colaborativa, así como para alcanzar objetivos científicos más ambiciosos⁹. En la actualidad esta área de CIBER dispone de cuatro plataformas operativas: la **Biblioteca de Instrumentos en Salud mental (BICIBERSAM)**, un repositorio de instrumentos psicométricos utilizados en salud mental; la **Colección de ADN**, plataforma cuyo objetivo es la gestión de muestras de ADN anonimizadas representativas del conjunto de población española con trastornos mentales y de individuos sanos para ser utilizadas en

investigación; la plataforma de **Muestras de Cerebros**, en la que se posibilita el acceso a muestras cerebrales *postmortem* de personas con enfermedades mentales y voluntarios sanos; y, por último, la plataforma de **Neuroimagen**, que permite el alojamiento y compartición de neuroimágenes y los metadatos asociados para facilitar investigación entre aquellos grupos interesados en el análisis y procesamiento de este tipo de dato.

Cabe destacar que uno de los objetivos en los que se está trabajando actualmente es en la posibilidad de integrar los datos de todas aquellas plataformas que dispongan de datos de pacientes o controles sanos para conseguir una información fenotípica más completa.

Programas de Investigación y Transversales

La investigación llevada a cabo por CIBERSAM se articula en torno a seis **Programas de Investigación**¹⁰.

Cuatro de ellos se centran en diferentes grupos de patologías psiquiátricas de alta prevalencia: Depresión y Prevención del Suicidio; Esquizofrenia; Trastorno Bipolar; y Trastornos Psicósomáticos, de Ansiedad y de Control de Impulsos.

También existe un programa específico dedicado a los Trastornos mentales del

Niño y el Adolescente, etapa especialmente vulnerable de la vida en la que la presencia de patología psiquiátrica tiene un impacto muy significativo en el funcionamiento y en la vida cotidiana de los niños y adolescentes.

Por último, destaca el Programa de Innovación Terapéutica, un programa transversal que integra un conjunto de grupos clínicos y básicos centrados en la identificación de dianas y estrategias terapéuticas innovadoras que permitan mejorar los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, existentes para el tratamiento de las enfermedades mentales

Aunque cada uno de los programas cuenta con planes científicos propios y persigue objetivos específicos, la actividad investigadora de los mismos busca alcanzar la consecución de fines comunes:

- Investigar sobre la etiopatogenia de las enfermedades mentales, incluyendo los factores biológicos y los ambientales.
- Identificación y evaluación del impacto de factores de riesgos de tipo biológico, psicológico y social en la aparición y en el curso de los trastornos psiquiátricos.
- Desarrollo de estrategias, programas preventivos y herramientas

diagnósticas y terapéuticas innovadoras que faciliten la detección precoz de las enfermedades.

- Investigación de mecanismos de acción de psicofármacos e identificación de nuevas dianas terapéuticas.

- Estudio de las bases neurobiológicas implicadas en fenotipos de resistencia a tratamientos.

- Diseño y evaluación de la eficacia de tratamientos farmacológicos o intervenciones psicológicas innovadoras, no sólo dirigidas a disminuir la presencia de síntomas, sino también a la recuperación de la autonomía, nivel de funcionamiento psicosocial y de la calidad de vida de los pacientes.

- Generación de recursos de investigación como, por ejemplo, bases de datos amplias que aúnen variables de tipo clínico, genético, de muestras biológicas y de neuroimagen que faciliten la identificación de posibles marcadores neurobiológicos para las diferentes patologías psiquiátricas.

- Diseño y evaluación de instrumentos psicométricos válidos y fiables para la evaluación y diagnóstico de las enfermedades mentales.

Además de los Programas de Investigación,

CIBERSAM cuenta con cuatro programas transversales¹¹, dirigidos a incentivar la consecución de diferentes objetivos estratégicos:

El Programa Europeo y Relaciones Internacionales tiene por objetivo principal la promoción de la participación de sus integrantes en convocatorias de proyectos europeos e internacionales y que éstos actúen como líderes y coordinadores de las propuestas.

El Programa de calidad es el responsable de la implantación y desarrollo de políticas de calidad con impacto tanto en procesos organizativos como del personal. Este programa implantó, de manera pionera respecto al resto de áreas CIBER, la realización de encuestas anuales de satisfacción y de detección de necesidades entre todos sus integrantes. Además, en coordinación con el comité de dirección, el comité científico externo y los coordinadores de programas supervisan que los objetivos y la metodología científica empleada por los investigadores de este programa reúnan las condiciones de calidad necesarias.

El Programa de Relaciones Institucionales y Comunicación tiene por objetivo facilitar la conexión de todas las instituciones consorciadas, grupos y entidades de investigación, así como entidades relacionadas con pacientes,

familiares y otros intervinientes en el área de la salud mental. Otra de sus labores es la de potenciar la visibilidad de CIBERSAM y los grupos de investigadores que la componen en el conjunto de la sociedad, medios de comunicación y redes sociales.

Por último, cabe mencionar el Programa de Formación y Movilidad, dirigido a fortalecer el papel formador de CIBERSAM con el objetivo principal de mejorar la formación de jóvenes investigadores y profesionales relacionados con la asistencia en salud mental. Gracias a este programa, CIBERSAM ha consolidado un programa de actividades y cursos organizados desde la propia área, entre los que destaca el máster de Introducción a la Investigación en Salud mental, que ha sido reconocido por la calidad de sus contenidos y por su profesorado, altamente cualificado y especializado. En este Máster interuniversitario participan cinco universidades: la Universidad Complutense de Madrid, la Universidad de Barcelona, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad de Cádiz y la Universidad de Cantabria, que actúa como coordinadora. En su docencia participan, de forma oficial, once grupos del CIBERSAM y la práctica totalidad del resto de grupos de forma más indirecta.

Además de dicho máster, destacan diversas acciones formativas organizadas desde CIBERSAM, como el Curso Intensivo

de Introducción a las Neurociencias y el Laboratorio de Ideas. Este último, se trata de un evento de carácter anual en el que no solo se invita a jóvenes investigadores pertenecientes al CIBERSAM, sino que también se abren las puertas a la participación de nóveles pertenecientes al resto de áreas CIBER, RETICS u otras instituciones externas dedicadas a la investigación biomédica, ofreciendo, de este modo, una oportunidad única para establecer sinergias y colaboraciones. Por último, cabe destacar también, que desde este programa transversal se ofrecen ayudas a sus miembros para realizar estancias o rotaciones de investigación tanto nacional como internacional. El impulso y compromiso con este tipo de actividades se ha traducido, sin duda, en un incremento relevante de publicaciones colaborativas, tanto intra como inter CIBER.

Evolución de la productividad científica de CIBERSAM

Partiendo de una estructura basada en el impulso de la excelencia científica, CIBER ha demostrado ser una plataforma de alto nivel de desarrollo de las investigaciones de tipo colaborativo, impulsando no sólo la colaboración entre grupos CIBERSAM, sino también con otras áreas. El prestigio asociado a la pertenencia a CIBER ha brindado una mayor oportunidad a sus investigadores de establecer

contactos internacionales que, a su vez, se ha traducido en un incremento en la participación en consorcios y en grupos de trabajo o Task-forces internacionales muy relevantes. Este aspecto, sin duda, ha facilitado que sus miembros accedan a programas y proyectos de gran alcance que permitirán dar respuesta a los principales retos de nuestra sociedad y contribuirán a una asistencia a la salud mental más eficiente.

En los últimos años, CIBERSAM ha incrementado en más de un 110% el número de publicaciones anuales respecto a las publicadas en el año 2010. La calidad de las publicaciones también ha ido acrecentándose progresivamente. En este sentido, cabe destacar que, en el año 2020, el 83,7 % de la productividad científica de CIBERSAM se ha divulgado en revistas científicas de primer decil (23,1%) o primer cuartil (60,1%). En los últimos cinco años, en promedio, uno de cada cinco artículos de CIBERSAM se ha publicado en una revista perteneciente al primer decil^{12,13}.

Del mismo modo, las publicaciones colaborativas han ido aumentando progresivamente en los últimos años, cumpliendo uno de los objetivos fundamentales del consorcio. En el año 2020, más del 40% de las publicaciones CIBER son fruto de la colaboración entre grupos de CIBERSAM y el 22,7%, con otras áreas CIBER.

Es importante destacar que, en el periodo comprendido entre los años 2015 y 2020, CIBERSAM ha publicado un promedio de 14 guías clínicas anuales basadas en la evidencia y dirigidas a optimizar aspectos como la prevención, detección precoz y manejo terapéutico de multitud de enfermedades mentales. Este tipo de publicaciones son de especial relevancia en el área, dado que permiten a CIBER cumplir su misión de generar resultados relevantes que den lugar a estrategias terapéuticas y preventivas que puedan ser implementadas en la práctica clínica habitual y trasladadas, por tanto, a la sociedad.

Conclusiones

España ha realizado progresos extraordinarios en la calidad e internacionalización de su investigación

biomédica aplicada a la Psiquiatría y la Salud Mental. A ello ha contribuido de forma significativa la Acción Estratégica de Salud del Instituto de Salud Carlos III, la potenciación de los Institutos de Investigación Sanitaria, y el Centro de Investigación traslacional colaborativa CIBERSAM. También han contribuido de manera decisiva investigadores de reconocido prestigio de nuestro país y sus equipos. No obstante, los méritos no deben ocultar ciertas carencias, como la ausencia de una carrera investigadora, la falta de una financiación acorde con los estándares europeos, el exceso de burocracia y las barreras a la innovación.

Referencias

1. **Principales indicadores** | ICONO. Available from: <https://icono.fecyt.es/principales-indicadores>
2. **SJR** - *International Science Ranking Libro Blanco*. Available from: <https://www.scimagojr.com/countryrank.php?category=2738>
3. **Ministerio de Sanidad y Consumo**. La estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2007;
4. **Páginas** - Redes y Plataformas. Available from: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Financiacion/Paginas/RedesPlataformas.aspx>
5. **Enriquez JA**. *Productividad científica y calidad en servicios de salud mental: estudio de la asociación entre la actividad científica en psiquiatría y la calidad asistencial*. 2019. Available from: https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/28562/arriba_tesis_2019.pdf?sequence=1
6. **Ciber** : Centro de Investigación Biomédica en Red | CIBERISCIII. Available from: <https://www.ciberisciii.es/>
7. **Salagre E, Arango C, Artigas F, Ayuso-Mateos JL, Bernardo M, Castro-Fornieles J, et al. CIBERSAM: Ten years of collaborative translational research in mental disorders**. Rev Psiquiatr Salud Ment;12(1):1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30416047/>
8. **Cibersam** | CIBERSAM. Available from: <https://www.cibersam.es/>
9. **Plataformas**. Available from: <https://www.cibersam.es/plataformas>
10. **Programas de Investigación** | CIBERSAM. Available from: <https://www.cibersam.es/programas-de-investigacion>
11. **Programas Transversales** | CIBERSAM. Available from: <https://www.cibersam.es/programas-transversales>
12. **MemoriaCIBER-2019ESP**. Available from: <https://www.ciberisciii.es/Memorias/2019/mobile/index.html>
13. **MemoriaCIBER-2020ESP** (in press).



Figura 8. Distribución geográfica de los grupos de investigación y grupos clínicos (GCV) pertenecientes al área de Salud Mental de CIBER (CIBERSAM).



Figura 9. Evolución de las publicaciones científicas en el periodo 2010-2020.

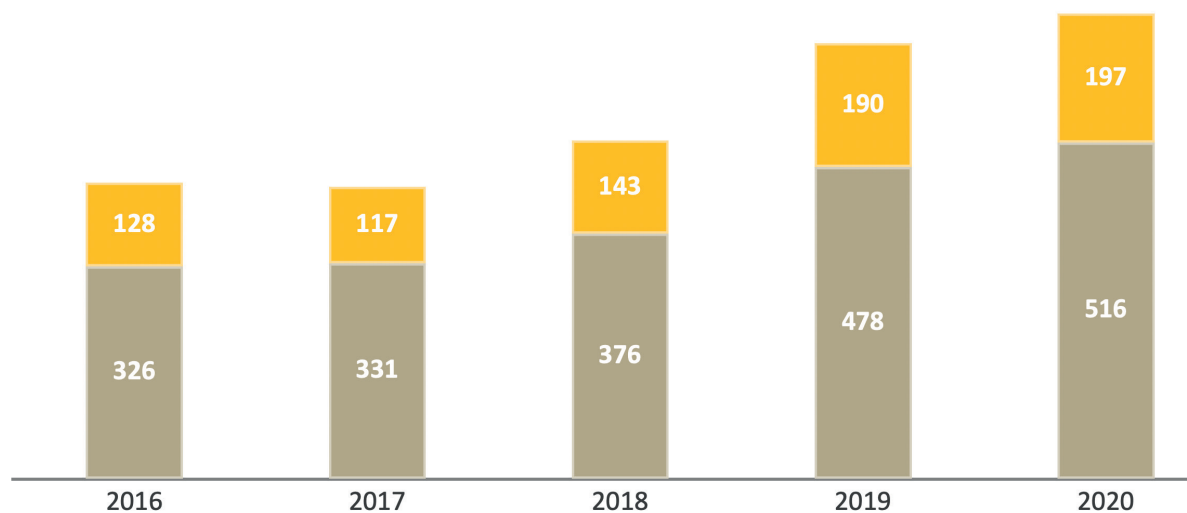


Figura 10. Evolución de las publicaciones de mayor impacto en los últimos 5 años.

7. Diagnóstico de situación desde la perspectiva del farmacéutico



Eduardo Echarri Arrieta

He desarrollado mi actividad profesional como farmacéutico de hospital desde 1982, siempre vinculado al Hospital Psiquiátrico de Conxo en Santiago de Compostela, principalmente en el desarrollo de un sistema ágil de dispensación y con el mantenimiento de actividades de farmacia clínica relacionadas con el uso racional de los psicofármacos en esta población.



Emilio Pol Yanguas

Desde el año 1984 se ha dedicado a la salud mental. Atendiendo a personas con diagnóstico de enfermedades mentales graves, en sus diversas fases, y a personas con discapacidad intelectual. Ha implantado un proceso de evaluación y selección de medicamentos, una dispensación personalizada, control de niveles séricos de fármacos, monitorización del cumplimiento de las guías farmacoterapéuticas, la identificación, prevención y resolución de problemas relacionados con los medicamentos, formación y asesoramiento para profesionales, estudiantes, usuario y familiares en materia psicofármacos.

Introducción

La salud mental está presente en todos los niveles de asistencia a la salud. Requiere por su naturaleza un enfoque multidisciplinar, en el que se valore el conocimiento específico de las distintas categorías profesionales, con una ampliación de las perspectivas y un espíritu de colaboración y complementariedad en las respectivas áreas de conocimiento.

El farmacéutico es un profesional que desarrolla su actividad en distintos ámbitos y, en relación al paciente con enfermedad mental, destaca su presencia en la comunidad (farmacéutico de oficina de farmacia), en los centros de atención primaria (farmacéutico de atención primaria) y en el medio hospitalario (farmacéutico de hospital). Al referirnos al medio hospitalario, también debemos considerar los centros psiquiátrico-penitenciarios y los centros residenciales psicogeriátricos.

Lo primero que destaca en el modelo actual de atención a la salud mental es su carácter reactivo en el que las decisiones se toman en la red médico-asistencial y se atienden en la red farmacéutico-asistencia. En segundo lugar, el hecho de que los planes de salud mental se basan en dispositivos orientados a mantener al paciente en el medio ambulatorio, en su entorno social,

y la red farmacéutico-asistencial debe orientarse longitudinalmente en el proceso de atención al paciente. El tercer aspecto singular, en el momento actual, es el carácter eminentemente clínico del proceso diagnóstico en salud mental, con ausencia de marcadores biológicos o diagnóstico por imagen de apoyo. Finalmente, existe una enorme controversia en los procesos farmacoterapéuticos en salud mental en torno a los argumentos empleados para la toma de decisiones clínicas, que plantean con frecuencia una confrontación entre la evidencia científica, obtenida de los diferentes recursos terapéuticos, y la experiencia clínica de los psiquiatras en el manejo de dichos recursos.

¿Cuáles son las estrategias en salud mental?

La Organización Mundial de la Salud destaca en su plan de acción actual¹ que, entre otros, es necesario conseguir los siguientes objetivos prioritarios:

1. Promocionar la práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones terapéuticas, profilácticas y de promoción en materia de salud mental tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.

2. Impulsar la emancipación de las personas con trastornos mentales y

discapacidades psicosociales.

La situación actual dista mucho de enmarcarse en estos objetivos prioritarios y debemos destacar que el creciente aumento del uso de psicofármacos, y el correspondiente gasto, no siempre puede justificarse por las necesidades de la población². Adicionalmente, también hay que mencionar la necesidad de mejorar la promoción del uso adecuado de los tratamientos por los equipos asistenciales, tanto en atención primaria³, como en atención especializada⁴.

Las principales barreras para conseguir los objetivos enumerados se relacionan con los siguientes factores¹:

1. La escasez de recursos de los países para atender las necesidades de salud mental, así como la distribución desigual y el uso ineficiente de esos recursos.

2. El número de profesionales sanitarios especializados y generales que se ocupan de la salud mental es manifiestamente insuficiente en los países de ingresos bajos y medios.

3. Por último, el uso de los tratamientos se ve limitado por la falta de profesionales sanitarios cualificados con las facultades necesarias para prescribir medicamentos.

La presencia del farmacéutico de hospital en salud mental

El papel del farmacéutico ha evolucionado desde un elaborador y dispensador de fármacos hacia un proveedor de servicios e información y, últimamente, como proveedor de cuidados de salud, lo que se conoce como farmacéutico clínico. En concreto, la tarea del farmacéutico consiste en asegurar que la terapia que recibe el paciente sea la mejor indicada, la más efectiva disponible, la más segura y cómoda posible para el paciente, de las disponibles. Los farmacéuticos clínicos hacen énfasis en la dosificación, monitorización, identificación de efectos adversos y de la eficacia de los medicamentos. Así mismo, identifican si los medicamentos son apropiados para el paciente, efectivos para su condición, seguros para su uso con las comorbilidades que presente y las terapias concomitantes que reciba. Finalmente, los farmacéuticos clínicos pueden valorar si el paciente es capaz de adherirse a la terapia, así como proponer soluciones a los problemas detectados.

Las funciones del farmacéutico en los distintos entornos de asistencia sanitaria, lo que incluye la asistencia a la salud mental, viene definida en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁵. La monitorización

de uso de los psicofármacos constituye un indicador básico para la gestión de servicios de salud mental⁶, y, muchas otras de las actividades encomendadas al farmacéutico, figuran entre las prioridades en la estrategia nacional de salud mental, tanto en los ámbitos asistenciales como de investigación⁷.

Los farmacéuticos han considerado la salud mental como un ámbito propio para el desarrollo de sus actividades profesionales clínicas, pero éstas se han visto dificultadas por limitaciones del ambiente de trabajo y la falta de estructuras y procesos para integrarse como miembros del equipo de atención a la salud mental⁸. Los farmacéuticos, por su accesibilidad, han mostrado un alto nivel de confianza y un bajo nivel de reluctancia en el desempeño de actividades de primera ayuda para personas que están experimentando crisis de salud mental, como detección de ideación suicida, soporte en crisis y derivación a otros recursos. La formación e intervención en estas actividades fueron descritas por los farmacéuticos participantes como muy positivas y desafiantes, estimulándoles a formación adicional⁹.

Los farmacéuticos especializados en salud mental, realizaron con éxito consulta en la clínica psiquiátrica ambulatoria llevando a cabo la dispensación del tratamiento, colaborando en el seguimiento clínico de la

eficacia y seguridad de esta, en la provisión de servicios cognitivos relacionados con la medicación y, en caso necesario, en la referencia a otros profesionales del equipo¹⁰, especialmente en pacientes con trastornos depresivos, de ansiedad o con trastorno de estrés postraumático¹¹. Cuando nos referimos al tipo de actividad que desarrolla en pacientes hospitalizados en el área neuropsiquiátrica, debemos destacar la detección de problemas de conciliación de la medicación (31%) y de problemas de seguridad de los medicamentos (27%) en una población caracterizada por presentar clínica depresiva e ideación suicida (42%), abuso de sustancias (17%), delirium (14%), y esquizofrenia (11%)¹².

Sin embargo, al repasar los planes de salud mental y las plantillas de profesionales, notamos que en ellos no se contempla la figura del farmacéutico. *“Un equipo clínico de salud mental suele estar compuesto por psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales. Con frecuencia suele disponer de auxiliares de enfermería y, a veces, de terapeutas ocupacionales. Es muy habitual que también haya auxiliares administrativos. En total entre un mínimo de 4 y un máximo aproximado en torno a unas 20 personas”*¹³. A lo sumo se podría considerar que los farmacéuticos están incluidos en el grupo misceláneo “otros profesionales”¹⁴.

En relación a la presencia del farmacéutico a nivel hospitalario debemos referirnos a los datos recogidos en el libro Blanco de la Farmacia de Hospital¹⁵ que se obtuvieron a través de una encuesta remitida a un total de 368 Servicios de Farmacia de Hospital (SFH) en España. Se recibieron contestaciones de 200 SFH, lo que representa una tasa de respuesta del 54,34%. Resumimos los resultados referidos a la asistencia a pacientes con problemas de salud mental (Tabla 1), destacando los siguientes resultados:

1. Los SFH tienen de media casi dos centros sociosanitarios adscritos, alcanzando los cuatro en los hospitales de mayor tamaño.

2. Prácticamente todos los SFH tienen adscrito al menos un centro de salud mental.

3. Están mínimamente representados los centros penitenciarios como adscritos a un SFH.

4. Las actividades ligadas a la seguridad del medicamento se encuentran muy desarrolladas en los SFH, si bien la implicación es mayor en la detección y notificación de EM que en lo relativo a RAM.

5. La Gestión de alertas de medicamentos y productos sanitarios

y su difusión es una prestación muy desarrollada en los SFH con porcentajes de cumplimiento alrededor del 90%.

6. Las actividades de Atención Farmacéutica (AF) alcanzan un desarrollo casi completo en pacientes ingresados (88.6%), pero disminuye al referirnos a centros sociosanitarios (30.4 %) o al área de salud mental (21.1%) o centros penitenciarios (3.6 %).

7. El área de oncología registra la mayor dedicación por parte del farmacéutico especialista con una media de media jornada de farmacéutico por hospital. En las áreas de residencias socio-sanitarias, salud mental o centros penitenciarios no hay registro de este dato.

8. La formación específica obtenida a través del programa del *Board Pharmacy Specialties* (BPS) ofrece una relación de 1 especialista en Farmacia Neuropsiquiátrica frente a 15 especialistas en Oncología.

¿Como se sienten la población en general y los farmacéuticos en particular, y qué actitudes manifiestan ante las personas con enfermedad mental?

Se ha mostrado que los farmacéuticos presentan actitudes subóptimas hacia el enfermo mental, que curiosamente conllevaban una predisposición positiva

hacia la prestación de servicios a este colectivo¹⁶. No obstante, cuando los estudiantes de farmacia, durante su formación, tienen contacto con personas afectadas de trastorno mental, se produce una reducción de la distancia social y del estigma percibido y un reforzamiento de la actitud positiva a la prestación de servicios profesionales orientados hacia ellos¹⁷.

¿Qué camino hemos recorrido?

La asistencia psiquiátrica parece descansar sobre la psicofarmacoterapia en detrimento de otras modalidades de tratamiento. Las respuestas obtenidas con la farmacoterapia no son siempre las deseadas, por lo que se producen escaladas farmacoterapéuticas. La masificación asistencial es en gran parte responsable de este uso masivo de la farmacoterapia en detrimento de otras modalidades de tratamiento.

La medicalización de la población es una de las principales preocupaciones en la salud mental, fenómeno que se evidencia por las tendencias en el consumo de psicofármacos. Por tanto, se precisan de estructuras que promuevan el uso racional de psicofármacos. Es fundamental la participación del facultativo farmacéutico como experto en el medicamento, en la provisión de información, valoración y posicionamiento de los psicofármacos, así como en la racionalidad y optimización de los tratamientos farmacológicos de

los pacientes, como miembros de pleno derecho de los equipos de salud mental.

Actualmente la escasez de profesionales farmacéuticos en el sistema público de salud, así como la enorme carga burocrática de trabajo asignada, dificulta la interacción con otros profesionales. Aunque son múltiples las actividades desarrolladas por farmacéuticos en el área de salud mental¹⁸, estas se basan fundamentalmente en el voluntarismo, y han contado con escaso apoyo de los gestores. Además de reclamar apoyo de los gestores sanitarios, los farmacéuticos dedicados a salud mental deberíamos desarrollar una conducta asertiva en el desarrollo de las funciones que tenemos encomendadas, así como documentar las tareas ejecutadas y evaluar los resultados obtenidos mediante indicadores consensuados¹⁹.

Diversas publicaciones y actividades desarrolladas en nuestro país evidencian el interés de la farmacia comunitaria por la salud mental, que abarcan desde las técnicas de comunicación y aproximación al sujeto con problemas mentales²⁰, continuando con actividades sobre atención farmacéutica en salud mental desde la oficina de farmacia para mejorar la adherencia a la farmacoterapia²¹, para facilitar y proporcionar asistencia en tiempos de crisis²², y la lucha contra el estigma de las enfermedades mentales²³. La preocupación por la formación en salud

mental ha estado claramente presente en los colegios oficiales de farmacéuticos²⁴. La universidad ha venido ofreciendo formación postgrado en salud mental para farmacéuticos²⁵. Desde la asistencia farmacéutica especializada cabe comentar la creación de un grupo de trabajo dedicado a salud mental dentro de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (Grupo de Neuropsiquiatría), cuya actividad incluye la oferta de una formación específica en el área neuropsiquiátrica a través de la certificación BPS-BCPP (*Board of Pharmacy Specialties-Board Certification in Psychiatric Pharmacy*)^{26,27}.

El área de salud mental entra dentro de las competencias de los farmacéuticos y es atractiva para éstos como vía para su

desarrollo profesional. Los profesionales farmacéuticos clínicos formados en el área de salud mental pueden ayudar, formando parte del equipo asistencial en los distintos niveles, a prevenir y solucionar problemas relacionados con los psicofármacos y otros medicamentos, liberando a los restantes miembros para acometer otros abordajes terapéuticos y preventivos, tan necesarios. Actualmente existe una carencia de estructuras y procedimientos de trabajo para realizar esta tarea, deficiencias que debieran corregirse en los planes de salud mental. Por otra parte, las facultades de farmacia deberían considerar el ofrecimiento de programas de formación de los futuros profesionales en esta importante área.

Referencias

1. **OMS.** Plan de acción sobre salud mental 2013-2020
2. **Girona-Brumós JC, Ribera-Montaña R, Juárez-Giménez JC, Lalueza-Broto MP.** *Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos.* Gac Sanit . 2006; 20(s1):143-53
3. **López-Peig C, Serrano-Fuentes RM, Valverde-Trillo A, Casabella-Abril B, Mundet-Tudurí X.** *¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicótropos en atención primaria?* Aten Primaria, 2006; 37(8):446-51
4. **M Hahn, D F Braus.** *Psychiatric polypharmacy: hazard through drug-interaction and possibilities for prevention* (artículo en alemán), en Versicherungsmedizin 2012
5. **Ley 29/2006, de 26 de julio,** de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Ley de 27 de julio de 2006 Referencia: BOE-A-2006-13554
6. **Sistema de información en salud mental.** 2010 OMS; https://www.who.int/mental_health/policy/services/information_system_module_spanish.pdf
7. **Estrategia En Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.** 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España, https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
8. **Murphy AI, Phelan H, Haslam S, Martin-Misener R, Kutcher SP, Gardner DM.** *Community pharmacists' experiences in mental illness and addictions care: a qualitative study.* Substance abuse, Treatment, Prevention, and Policy. 2016; 11:6. DOI:10.1186/s13011-016-0050-9
9. **Witry M, Karamese H, Pudlo A.** *Evaluation of participant reluctance, confidence and self-reported behaviors since being trained in a pharmacy mental health first aid initiative.* PLoS ONE, 2020,h15h(S):he0232627. DOI:10.1371/journal.pome.0232627
10. **Tallian KB, Hirsch JD, Kuo GM, Chang CA, Gilmer T, Messinger M, Chan P, Caniels CE, Lee KC.** *Development of a pharmacist–psychiatrist collaborative medication therapy management clinic.* Journal of the American Pharmacists Association, 2012, 52(6), e252-e258. DOI: 10.1331/JAPhA.2012.11215
11. **Herbert C, Winkler H.** *Impact of a clinical pharmacist–managed clinic in primary care mental health integration at a Veterans Affairs health system.* Mental Health Clinician. 2018, 8(3), 105-109. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6007641/pdf/i2168-9709-8-3-105.pdf>

12. Rainey CA, Palmer MC. *Impact of the addition of a clinical pharmacist to a community hospital psychiatric consult liaison team.* Ment Health Clin. 2020; 10(5): 301-4. DOI: 10.9740/mhc.2020.09.30; acceso 20/04/2021

13. Retolaza A. *Sobre el equipo terapéutico en salud mental.* Norte en salud mental, 2017, 57: 77-87

14. Gomez Beneyto M, de la Rica Giménez JA, García-Cubillana de la Cruz P, Moreno Pérez A, Cabeza Luge I, Fernández Liria A. ESAMEN: Descripción y medida de las estructuras de los servicios de atención comunitaria en Salud Mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq, 2019; 39 (136): 59-80. DOI:10.4321/S0211-57352019000200004.

15. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *El libro Blanco de la Farmacia Hospitalaria.* Situación de los servicios de farmacia hospitalaria: Infraestructura, recursos y actividad. 2019.

16. Bell JS, Aaltonen SE, Bronstein E, Despletenter FA, Foulon V, Vitola A, Chen TF. *Attitudes of pharmacy students toward people with mental disorders, a six country study.* Pharmacy World and Science. 2008, 30(5): 593-9. DOI: 10.1007/s11096-008-9211-x

17. Bell JS, Johns R, Rose G, Chen TF. *A comparative study of consumer participation in mental health pharmacy education.* Ann Pharmacother, 2006; 40(10):1759-65. DOI: 10.1345/aph.1h163

18. Rubio-Varela M, Chen TF, O'Reilly CL. *New roles for pharmacists in community mental health care: a narrative review.* In J Environ Res Public Health 2014; 11: 10967. DOI: 10.3390/ijerph1110967 (Fridman GA, Filiger EL. Atención farmacéutica en pacientes ambulatorios con trastornos psiquiátricos. Lat Am J Pharm 2003, 22(4):351-4.

19. Fegadolli C, Neder CTC, Marques DC, Spedo SN, Pinto NRDS, Hernández IR. *Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no sistema único de saúde (SUS): uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo.* Interface: Comunicação. Saúde Educação. 2016; 20(59):1903-8. DOI:10.1590/1870-57622016.0009

20. González Chamero MC. *Pacientes psiquiátricos.* OFFARM, 2004; 23(4):104-9

21. Como fomentar la adherencia en tratamientos de salud mental desde la Farmacia. Ratiopharm 2020. Acceso: <https://ratiopharm.es/en-la-botica/actualidad-farmaceutica/como-fomentar-la-adherencia-en-tratamientos-de-salud-mental>

22. IM Farmacias. 2021; acceso: <https://www.imfarmacias.es/noticia/23188/las-farmacias-expertas-en-salud-mental-destacan-en-tiempos-de-pandemia.html>

23. Campaña “abre tus ojos”. Psiquiatria.com. 2020; acceso: <https://psiquiatria.com/salud-mental/las-farmacias-cantabras-emprenden-una-campana-para-luchar-contra->

el-estigma-de-los-trastornos-mentales

24. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. 2020; acceso: <https://www.cofm.es/es/informacion-divulgativa/salud-mental-como-ayudar-a-los-pacientes-desde-la-farmacia.html>

25. Máster en Salud Mental. Universidad de Valencia; acceso: <https://postgrado.adeituv.es/es/cursos/salut-7/salud-mental/home.hatm>

26. Grupo de Farmacia en Neuropsiquiatría. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; acceso: <https://gruposdetrabajo.sefh.es/neuropsiquiatria>.

27. Board of Pharmacy Specialties; acceso: <https://www.bpsweb.org/bps-specialties/psychiatric-pharmacy/>

Area/Actividades	Selección	Dispensación	Tiempo	AF	RAM/errores	BPS
Ingresados	97.3	97.2		88.6	36.9/59.6	
Oncología			0.5			183
Infecciosas Urgencias			0.3			
Geriatría UCI			0.2			
Unidad Clínica (total)			2.4			
C e n t r o s Sociosanitarios	67.3	40		30.4		
Centros de Salud		39.7				
Centros de especialidades		45				
Salud Mental				21.1		12
C e n t r o Penitenciario				3.6		

Tabla 1. Porcentaje de Servicios de Farmacia Hospitalaria (SFH) que desarrollan la actividad mencionada referida a diferentes áreas clínicas. La columna de tiempo expresa el número de farmacéuticos que trabajan al menos media jornada en unidades clínicas. La columna que recoge los datos de actividad en relación a la detección y notificación de reacciones adversas y de errores de medicación, expresa el dato de aquellos SFH que siempre realizan la actividad. La columna BPS recoge el número de farmacéuticos que poseen la certificación de la especialidad correspondiente al área clínica. AF: Atención Farmacéutica; RAM: Reacciones Adversas a Medicamentos; BPS: Board Pharmacy Specialties. Nota: Los datos recogidos en esta tabla son de fabricación propia y se han tomado del Libro Blanco de la Farmacia de Hospital.

8. Diagnóstico de situación de la innovación terapéutica



Javier-David López-Moríñigo

Médico-Psiquiatra. Doctor en Medicina (King's College London). Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Centro de Investigación en Red de Salud Mental, CIBERSAM.



Celso Arango López

Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y Jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Catedrático de Psiquiatría UCM, CIBERSAM

Una locura es hacer la misma cosa una y otra vez esperando obtener resultados diferentes. Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo

Albert Einstein

Introducción

A Albert Einstein debemos la Ley de la Relatividad. En efecto, “*todo es relativo*”, y este principio resulta aplicable a realizar un diagnóstico preciso de situación de la innovación terapéutica en la enfermedad mental, pues dependerá de con qué periodo comparemos la situación actual. Respecto a la primera mitad del siglo XX, por no hablar de épocas anteriores, la innovación terapéutica en salud mental ha sido absolutamente revolucionaria, especialmente con la aparición de los psicofármacos en los años 50¹, permitiendo la llamada desinstitucionalización de los enfermos mentales y el inicio de la psiquiatría comunitaria en las décadas posteriores². Por el contrario, si analizamos la situación actual desde entonces -últimos 70 años-, deberíamos afirmar que es, cuando menos, muy preocupante, ya que en estas últimas décadas la innovación terapéutica para las enfermedades mentales ha sido escasa, o muy escasa.

Tomaremos esta segunda visión, más negativa pero también más estimulante, como punto de partida. Para ayudar al lector a una fácil comprensión de este preocupante diagnóstico de situación de la innovación terapéutica en salud mental, hemos adjuntado la Figura 11, que compara la evolución en nuevos tratamientos en esquizofrenia, depresión y enfermedades cardíacas en los últimos 50 años.

Esta situación es aún más grave si tenemos en cuenta los siguientes datos. En nuestro entorno -Unión Europea- hasta un 38.2% de la población (unos 168 millones de personas) reciben un diagnóstico de enfermedad mental cada año, que contribuye a un 26% de la discapacidad total por enfermedad³, con unos costes anuales estimados en 692.5 billones⁴, siendo la depresión la tercera causa de discapacidad en el mundo -ya antes de la pandemia por COVID-19-⁵. Mención aparte merece la situación en los países en vías de desarrollo donde entre el 76 y el 85% de los pacientes no reciben tratamientos psiquiátricos⁶. Es decir, la innovación no puede obviar la importancia de los costes

-eficiencia- para facilitar la accesibilidad a nuevos tratamientos a nivel global. De lo contrario, y especialmente en el contexto post-COVID-19, la brecha en salud mental entre ambos grupos de países aumentará de forma muy significativa⁷.

Existen datos objetivos que justifican la preocupación por la falta de innovación terapéutica para enfermedades mentales, especialmente en comparación con otras enfermedades médicas⁸. En este sentido, la Figura 12, a continuación, muestra el número total de citas en MEDLINE (a 24/06/2021) con los siguientes términos: (“new treatment” AND: “cancer”, “cardiovascular”, “diabetes”, “depression”, “schizophrenia”).

Lejos de mejorar a corto plazo, esta situación muy probablemente empeorará en los próximos años como consecuencia del impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental de la población⁹, si bien algunas medidas podrían reducir dicho impacto¹⁰. Los servicios de psiquiatría deberán adaptarse a estos cambios⁷, lo que podría aumentar las diferencias entre los países desarrollados y en vías de desarrollo¹¹. Sin embargo, creemos que a medio-largo plazo dicha situación podría revertirse, para lo que trataremos de aportar algunas soluciones en la última sección del capítulo. Antes, resumiremos muy brevemente la situación actual de la innovación terapéutica en los diferentes

diagnósticos psiquiátricos, centrándonos en las terapias biológicas pero sin olvidar el papel de las psicoterapias.

Situación de la innovación terapéutica por diagnósticos

Esquizofrenia

Sólo en la Unión Europea cada año más de 100.000 personas reciben un diagnóstico de esquizofrenia¹², lo que probablemente no sea más que la punta del iceberg¹³, asociada aún a un gran deterioro psicosocial¹⁴ y una mayor mortalidad que la población general¹⁵. Siete décadas han pasado desde el descubrimiento, por *casualidad*, del efecto antipsicótico de la clorpromazina¹, considerado el primer psicofármaco, es decir, un hito en la historia de la psiquiatría y de la enfermedad mental. Posteriormente, se desarrollaron un elevado número de antipsicóticos, con menos efectos secundarios pero no mayor eficacia¹⁶, centrándose los sucesivos ensayos clínicos en los síntomas positivos y obviando el impacto de los síntomas cognitivos y negativos sobre la funcionalidad de los pacientes¹⁷, una asignatura pendiente en el tratamiento de la esquizofrenia^{18,19}, que imposibilita la recuperación funcional completa (*recovery*) de los pacientes.

El desarrollo de antipsicóticos se basó en la llamada *hipótesis dopaminérgica* de la

esquizofrenia²⁰, siendo su descubridor, el psiquiatra sueco Arvid Carlsson, galardonado con el Premio Nóbel de Medicina y Fisiología en el año 2000. Según esta hipótesis, los síntomas positivos de la esquizofrenia -delirios y alucinaciones- serían debidos a un exceso en la síntesis y liberación de dopamina en la vía meso-límbica (estriado), por lo que el bloqueo post-sináptico de los receptores dopaminérgicos -mecanismo de acción de casi todos los antipsicóticos- mejoraría dichos síntomas. Dicha hipótesis fue formulada a partir de la *observación clínica* de síntomas psicóticos inducidos por fármacos agonistas dopaminérgicos y del efecto parkinsoniano de los antipsicóticos²⁰.

A pesar de las limitaciones de la hipótesis dopaminérgica²¹, poco ha avanzado la psicofarmacología de la esquizofrenia desde entonces, más allá del denominado agonismo parcial dopaminérgico -aripiprazol, brexpiprazol y cariprazina-, que *teóricamente* podría tener un efecto positivo sobre los síntomas negativos, al menos no produciendo síntomas negativos secundarios¹⁹. Además, no debemos olvidar que hasta un tercio de los pacientes son *resistentes* -síntomas positivos refractarios-, siendo el tratamiento de elección de la esquizofrenia resistente, 30 años más tarde, la clozapina, pese a tener un antagonismo dopaminérgico más débil que otros antipsicóticos, lo que sugiere

que otros receptores dopaminérgicos y neurotransmisores como glutamato (además de los receptores dopaminérgicos D2) estarían más involucrados en la fisiopatología de la enfermedad en este grupo de pacientes²². Así, un nuevo antipsicótico modulador de serotonina, dopamina y glutamato, la lumateperona, se encuentra actualmente en ensayos clínicos en fase 3²³. Otra línea de investigación alternativa al bloqueo dopaminérgico postsináptico, y complementaria con la actuación sobre otros neurotransmisores, sería la inhibición *presináptica* de la síntesis y liberación de dopamina²⁴, que resulta más plausible desde nuestro conocimiento actual de la fisiopatología de las psicosis²⁵. En esta última línea se inscribirían ensayos en curso con compuestos orales como SEP-363856, un agonista del receptor traza de aminas 1 (TAAR1) y a nivel serotoninérgico (5-HT1A) sin acción sobre los receptores dopaminérgicos D2²⁶.

Por otro lado, pese a la creciente evidencia acerca de la importancia de la detección precoz de la esquizofrenia y otras psicosis²⁷, hasta hace aproximadamente 10 años solamente risperidona y aripiprazol tenían cierta evidencia como antipsicóticos atípicos en edades pediátricas²⁸ aunque una reciente revisión sistemática y meta-análisis ha demostrado la seguridad y eficacia de lurasidona en esquizofrenia en adolescentes²⁹.

Aunque muchas veces no explorada por el clínico, la ideación y conducta suicida en la esquizofrenia son altamente frecuentes -hasta un 5% de estos sujetos fallecerán por suicidio³⁰, representando este diagnóstico entre el 20%³¹ y el 40% de los suicidios en pacientes en servicios de psiquiatría³², siendo además un riesgo no predecible^{31,32}. Sólo un antipsicótico, clozapina, ha demostrado tener propiedades anti-suicidas en esquizofrenia³³, estando además probada por la FDA con esta indicación, que rara vez utiliza el clínico prescriptor. Lamentablemente, a pesar de la cantidad ingente de ensayos³⁴ clínicos con antipsicóticos, la conducta suicida es rara vez evaluada como resultado (*outcome*), siendo además un criterio de exclusión muy frecuente en dichos ensayos³⁴. Es decir, la pescadilla que se muerda la cola: no sabemos qué fármaco podría prevenir la conducta suicida porque no podemos estudiarlo.

Sin embargo, de poco servirá el desarrollo de tratamientos *innovadores* si el paciente se niega a tomarlos. En este sentido, resultan demoledores los datos del estudio Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE). Pese a tratarse de un ensayo clínico multicéntrico -los participantes dan consentimiento y normalmente son más cumplidores que los pacientes reales de nuestra práctica clínica-, hasta uno de cada cuatro había discontinuado el tratamiento

a los 18 meses¹⁶. En efecto, carecemos de tratamientos eficaces para la falta de *insight* (o de conciencia de enfermedad)³⁵, presente en aproximadamente la mitad de los sujetos tres años después de un primer episodio psicótico³⁶. Una revisión sistemática y meta-análisis reciente, sin embargo, arrojó resultados más prometedores acerca de la eficacia del entrenamiento metacognitivo³⁷ sobre la falta de *insight* en esquizofrenia³⁸. Mientras no disponemos de tratamientos sobre el *insight*, los antipsicóticos inyectables de liberación prolongada (LAI, del inglés Long-Acting Injections), comparados con antipsicóticos orales, han demostrado contrastadamente su eficacia sobre la prevención de recaídas y hospitalizaciones³⁹, siendo ampliamente utilizados en España⁴⁰. Cabe destacar que las diferencias entre antipsicóticos orales y LAI pueden llegar a desaparecer en ensayos clínicos controlados ya que en estos ambos grupos, recibiendo antipsicótico oral o LAI, están formados por sujetos altamente cumplidores³⁹.

Probablemente la esquizofrenia constituya un paradigma sobre los cambios a realizar para la *innovación* de nuevos tratamientos para las enfermedades mentales, sobre lo que trataremos en la siguiente sección. Volviendo al pasado, es decir, a la conceptualización de Eugen Bleuler del síndrome como *Grupo* de las esquizofrenias⁴¹, podremos mejorar

el futuro, desglosando dicho síndrome en subentidades homogéneas desde el punto de vista sintomático, es decir, un modelo dimensional de las psicosis^{42,43}, cuyos inicios -ignorados por gran parte de la psiquiatría oficial, incluyendo las clasificaciones CIE y DSM-, se remontan a los años 50 con la escuela de Wernicke-Kleist-Leonhard⁴⁴. Más aún, investigaciones recientes demuestran la superioridad de la clasificación de Leonhard de las psicosis endógenas⁴⁴ sobre las clasificaciones oficiales a la hora de explicar la agregación familiar de los trastornos psicóticos⁴⁵. Dicho con otras palabras, resulta plausible pensar que una observación más rigurosa de la psicopatología de los sujetos con esquizofrenia desde modelos dimensionales, desglosando las muestras de pacientes en submuestras más homogéneas desde el punto de vista psicopatológico aumentaría la fuerza de la asociación de síntomas y hallazgos genéticos⁴⁶ y otras alteraciones fisiopatológicas del neurodesarrollo⁴⁷, es decir, *endofenotipos*⁴⁸, así como su traducción en nuevas dianas terapéuticas. Por otro lado, las terapias psicológicas, sobre todo, la terapia cognitivo-conductual para psicosis, podría prevenir la enfermedad⁴⁹.

En resumen, los autores, con amplia experiencia clínica e investigadora en las psicosis, pensamos que precisamente el seguir realizando ensayos clínicos con

muestras de sujetos con *esquizofrenia*, que muy probablemente padecen diferentes enfermedades desde el punto de vista neurobiológico, contribuye a los mencionados modestos resultados en cuanto a innovación terapéutica. Frente a esto, proponemos ensayos clínicos controlados (ECC) con nuevos fármacos con mecanismos de acción para subgrupos de pacientes identificados a través de biomarcadores relacionados con dicho mecanismo de acción. Como detallaremos en la última sección del capítulo, este modelo permitiría avanzar en la esquizofrenia, como paradigma de enfermedad mental, hacia una *psiquiatría de precisión*⁵⁰.

Depresión

En los años 60 se formuló la llamada hipótesis monoaminérgica de la depresión, sustentada en el descubrimiento de los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la mono-amino oxidasa (IMAO) -iproniazida- y los antidepresivos tricíclicos (ADT) -imipramina-⁵¹. Al igual que en la esquizofrenia, y en general en todas las enfermedades mentales, se pasó de la observación del efecto clínico del fármaco a postular su mecanismo de acción, y de éste a hipotetizar la fisiopatología de la enfermedad; y no viceversa, como ocurre en otras ramas de la medicina e ilustramos en la Figura 13.

La aparición de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), y posteriormente de los antidepresivos duales, de forma similar a lo ocurrido con los antipsicóticos, mejoró la tolerancia y las interacciones con otros fármacos⁵², aunque no la eficacia, con hasta un 30% de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) cumpliendo criterios de resistencia⁵³ -falta de respuesta a dos antidepresivos-⁵⁴.

Además de esta baja eficacia, un problema no solucionado de todos los antidepresivos es la latencia de respuesta -entre 3 y 12 semanas-, que favorece la discontinuación del tratamiento⁵⁵ y hace inmanejable la ideación suicida⁵⁶, que *per se* se asocia a una peor respuesta antidepresiva⁵⁷. Frente a esto, ¿qué alternativas tenemos?

Actualmente ha cobrado mucho protagonismo el glutamato, el neurotransmisor excitatorio más abundante en el cerebro⁵⁸. En esta línea se inscribe la esketamina, el S-enantiómero de ketamina y primer fármaco antidepresivo glutamatérgico, aprobado ya por la Food and Drugs Administration (FDA) y la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para TDM resistente a dos antidepresivos. Algunos, ensayos multicéntricos, aleatorizados y controlados con placebo, aunque no todos, avalan su efecto antidepresivos desde las primeras horas en TDM resistente tanto

en infusión endovenosa (dosis 0,20mg/kg o 0,40 mg/kg) como en intranasal (28mg, 56mg, o 84mg)⁵⁹. Además, Un meta-análisis de 9 ensayos clínicos controlados con placebo (n=197) replicó la eficacia de esketamina sobre ideación suicida con una única dosis en las primeras 24h⁶⁰, si bien son necesarios ensayos más prolongados que repliquen dicho efecto sobre conducta suicida -intentos de suicidio y suicidio consumado-, así como su seguridad y coste efectividad a largo plazo. La administración de este fármaco precisa la supervisión por un profesional sanitario, lo que podría limitar su uso. Otros dos compuestos glutamatérgicos se encuentran actualmente en ensayos en fase 3: rapastinel y AXS-05⁶¹.

Además, existen dos antidepresivos que actúan sobre el ácido gamma-aminobutírico (GABA), principal neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central y modulador de la transmisión excitatoria⁶²: Brexanolona (anteriormente SAGE-547), aprobado por la FDA para la depresión postparto⁶³ con estudios negativos en fase 3; y SAGE-217 (zuranolona), todavía sin evidencia en fase 3⁶¹.

Otras líneas de investigación actuales son el potencial efecto antidepresivo de los psicodélicos -ayahuasca, psilocibina y la metilendioximetanfetamina (MDMA)-, descrito desde antiguo, si bien todavía no existe evidencia de ensayos clínicos

en fase 3; fármacos antiinflamatorios como las estatinas o la minociclina; o el sistema opioide, sin olvidar las terapias físicas como la terapia electroconvulsiva (TEC), la estimulación cerebral profunda y la estimulación magnética transcraneal, aprobada por la FDA para depresión desde 2008. No debemos olvidar el papel de las psicoterapias, especialmente la terapia cognitivo-conductual, que combinadas a las llamadas terapias biológicas aumentan la eficacia del tratamiento. En esta línea, las nuevas tecnologías, ofrecen nuevas oportunidades en salud mental, cuyo impacto será rigurosamente evaluado en los próximos años⁶¹, especialmente en el contexto post-COVID-19⁶⁴.

Trastorno Bipolar

En 1949 el psiquiatra australiano John Cade publicó sus observaciones, realizadas por *casualidad*, sobre las propiedades de las sales de litio -un metal blando elemento químico de la tabla periódica- como sedante. Trabajando con modelos animales -conejos inyectados con orina de pacientes maníacos-, al intentar neutralizar el ácido úrico con sales de litio para su medición Cade observó el mencionado efecto⁶⁵. Sin embargo, pasarían más de 20 años hasta que en 1970 la FDA aprobó la utilización de las sales de litio para el manejo de la fase maníaca del trastorno bipolar.

Aunque el uso de anticonvulsivantes -ácido valproico, carbamacepina y lamotrigina- como eutimizantes está avalado por suficiente evidencia científica, el litio sigue siendo el eutimizante de elección en el Trastorno Bipolar⁶¹. Los antipsicóticos atípicos, especialmente olanzapina, quetiapina, y aripiprazol, también presentan demostrados efectos eutimizantes en combinación con un eutimizante⁶⁶. Sin embargo, las elevadas tasas de suicidio de esta enfermedad -hasta el 20% de los pacientes⁶⁷-, el manejo de los cicladores rápidos, las resistencias en algunos pacientes en fase aguda así como la estabilidad a largo plazo constituyen retos pendientes⁶⁸.

Lamentablemente, las investigaciones recientes, huyendo de la especificidad diagnóstica, y por supuesto fisiopatológica, se centran en estudiar si nuevos fármacos con otras indicaciones -no eutimizantes originalmente- pueden tener también este efecto, especialmente antipsicóticos de última generación como lurasidona -aprobada para depresión bipolar en monoterapia o asociada a litio o valproico- y cariprazina -para episodios maníacos o mixtos-²³.

Trastornos neuróticos y trastornos de personalidad

A día de hoy, podemos afirmar que no existen tratamientos farmacológicos

innovadores sobre los trastornos neuróticos y los trastornos de personalidad más allá del tratamiento puramente sintomático de las comorbilidades⁶⁹, existiendo una mayor evidencia de la eficacia de las psicoterapias, sobre todo la terapia dialéctico-conductual para el trastorno límite de personalidad⁷⁰. Dada la alta prevalencia de este trastorno -hasta el 20%-⁷¹- y la falta de tratamientos⁶⁹, es preciso avanzar en el conocimiento de su fisiopatología para identificar nuevas dianas terapéuticas, incluyendo fármacos que ayuden a la prevención de conductas suicidas, que tienden a repetirse en estos pacientes, sugiriendo un componente de adicción⁷² (Blasco-Fontecilla et al., 2020b) con la β -endorfina como biomarcador⁷³.

Trastornos del neurodesarrollo

Sin duda, la intervención precoz sobre los trastornos del neurodesarrollo, entre los que podría incluirse la esquizofrenia⁷⁴, dado su inicio en la infancia podría prevenir la aparición de síntomas y trastornos mentales en edad adulta^{74,75}. Aunque debería ser por tanto un área absolutamente prioritaria en la innovación terapéutica, actualmente sólo risperidona, metilfenidato y algunos ISRS, sobre todo fluoxetina, tienen evidencia y aprobación para su uso en comorbilidades comunes a los trastornos del espectro autista (TEA) -paradigma de los trastornos del neurodesarrollo-⁷⁶.

La ausencia de tratamientos eficaces sobre los síntomas nucleares de los TEA -comunicación verbal y no verbal, socialización e intereses restringidos- y la elevada variabilidad interindividual en la respuesta al tratamiento de estos pacientes constituyen retos pendientes⁷⁷, si bien ya existen nuevas estrategias de investigación internacional para superarlos⁷⁸, que deberán incluir investigaciones rigurosas sobre su fisiopatología, en los que la genética y farmacogenética pueden ser de ayuda⁷⁹.

Adicciones

Poca innovación ha habido en el tratamiento de adicciones⁸⁰, pese a su bien reconocida elevada presencia comórbida con otras enfermedades mentales -la llamada patología dual- desde hace décadas⁸¹. Más recientemente, la fuerte evidencia avalando la asociación entre *cannabis* y *psicosis*^{82,83} hace aún más urgente la investigación en este campo, sin olvidar los programas psicoeducativos poblacionales (colegios, medios de comunicación, etc.). Por otro lado, los llamados 'legal highs', una ingente cantidad de nuevas sustancias psicotrópicas no detectables en los test de orina rutinarios (falsos negativos), y las nuevas tecnologías, constituyen nuevas adicciones sin tratamientos efectivos en la actualidad, que serán objeto de un creciente número de estudios en los próximos años.

Trastornos de la Conducta Alimentaria

La innovación terapéutica en Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), con una prevalencia a lo largo de la vida próxima al 2% ⁸⁴, más allá del soporte médico cuando es preciso y del manejo psiquiátrico de las frecuentes comorbilidades -trastornos afectivos y de ansiedad fundamentalmente-, continúa siendo una asignatura pendiente⁸⁵. Solamente un ISRS como fluoxetina está aprobada para su uso en Bulimia Nerviosa. Por el contrario, carecemos de haciéndose necesarios más estudios intervenciones sobre la fisiopatología de los TCA y sus síntomas cardinales⁸⁶. Probablemente, esta situación es aún más preocupante en la Anorexia Nerviosa, paradigma de los TCA, dada su gravedad sintomática y frecuente comorbilidad médica, constituyendo una potencial amenaza para la vida en no pocos casos⁸⁷.

Trastornos neurocognitivos y Demencias

Hasta el 20-40% de los mayores de 80 años sufren demencia, con un curso irreversible en más del 90% de los casos⁸⁸. Urge por tanto el desarrollo de nuevos fármacos que puedan *prevenir* (prevención primaria) o *modificar el curso* (prevención secundaria) de estos trastornos. Sin embargo, la innovación terapéutica en este

campo ha sido muy limitada en las dos últimas décadas desde la comercialización de los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa -donepezilo, rivastigmina y galantamina- y un agente glutamatérgico como memantina⁸⁹.

Precisamente, es la Enfermedad de Alzheimer (EA) -más del 50% de las demencias⁸⁸- el tipo de demencia más estudiado y que mejor conocemos. En base a la hipótesis de la cascada amiloide, resulta plausible pensar que disminuyendo el acúmulo de placas de proteína β -amiloide (inhibiendo su producción, agregación o disolviendo los depósitos) “*curaríamos*” la enfermedad. En esta línea, diferentes anticuerpos monoclonales -aducanumab, lecanemab, solanezumab, crenezumab, donanemab, y gantenerumab- han sido objeto de investigación en los últimos años. Así, el pasado 7 Junio de 2021, la FDA aprobó aducanumab para la EA en EEUU, pese los controvertidos resultados de estos ensayos, aún en curso, y el estimado precio del tratamiento -que podría ascender a unos 50000 euros al año por paciente-⁹⁰.

¿Por qué hemos llegado a esta situación y cómo podemos (debemos) salir?

Como hemos señalado, urge un cambio de paradigma para avanzar en la innovación terapéutica de la enfermedad mental. Al igual que en otras ramas de la medicina,

especialmente en oncología, el camino a recorrer pasa por *personalizar* nuestros tratamientos, lo que se conoce como una *psiquiatría de precisión*^{50,91}. Dicho avance requiere una modificación sustancial en las clasificaciones de enfermedades mentales que permita la investigación de nuevos fármacos sobre dianas terapéuticas específicas fruto del conocimiento fisiopatológico de las enfermedades/síntomas mentales, es decir, ensayos clínicos controlados (ECC) más personalizados -estratificados-, lo que probablemente se traduzca en financiación (entonces sí, realmente inversión) para los mismos.

Hacia una psiquiatría de precisión

Volviendo a la cita inicial de este capítulo de Einstein, y asumiendo que buscamos obtener resultados mejores que los actuales, es decir, diferentes, parece obvio que debemos hacer algo distinto. Como hemos adelantado, nuestras propuestas podrían resumirse en avanzar hacia una auténtica *psiquiatría de precisión*^{50,91}. Así, la medicina de precisión es un nuevo abordaje para el tratamiento y prevención de las enfermedades que toma en cuenta la variabilidad en los genes, el ambiente y el estilo de vida para cada persona⁹². En definitiva, *dar el tratamiento correcto a la persona correcta en el momento correcto*, cuya relevancia ya fue recogida por el expresidente de los EEUU Barack Obama en 2015⁹³.

Como hemos visto, la mayoría de los psicofármacos actuales *no* son fruto del descubrimiento de las bases fisiopatológicas de los trastornos psiquiátricos, en gran parte aún desconocidas, sino de observaciones clínicas, y fue a partir del mecanismo de acción que hemos deducido el papel de los neurotransmisores cerebrales en las diferentes enfermedades mentales: dopamina-esquizofrenia, serotonina-depresión, acetilcolina-Enfermedad de Alzheimer y glutamato-demencias y ¿esquizofrenia?⁵⁰. Frente a esta aproximación *post-hoc*, proponemos un enfoque *transdiagnóstico*, que permita diseñar modelos animales verdaderos de síntomas (más que enfermedades) mentales, modificados genéticamente para reproducir la fisiopatología de dicho síntoma, identificando así nuevas dianas terapéuticas (que estarían más en el origen que en la consecuencia del síntoma) y llevar a cabo ECC sobre dichas dianas⁹⁴. De forma más gráfica, la Figura 14 expondría este cambio de paradigma, basado en un proyecto *transdiagnóstico*, en curso en su segunda fase, sobre los mecanismos cerebrales subyacentes al aislamiento social en esquizofrenia, depresión y Enfermedad de Alzheimer: Psychiatric Ratings using Intermediate Stratified Markers (PRISM)⁹⁵.

Con la consolidación de este cambio de paradigma, las futuras revisiones de las

clasificaciones de los trastornos mentales deberán incluir biomarcadores⁵⁰ (Vieta, 2015), lo que permitirá avanzar hacia una medicina estratificada en subgrupos homogéneos de pacientes desde un punto de vista sintomático y fisiopatológico⁹⁶. Un ejemplo práctico de psiquiatría de precisión avalado por datos empíricos sería la detección de individuos con psicosis emergente²⁷.

Nuevos enfoques en la clasificación de enfermedades mentales

Como hemos visto de forma muy resumida, en la actualidad no existen más que unos 100 fármacos para el manejo de las enfermedades mentales⁹⁷, la mayoría de los cuáles fueron descubiertos por *casualidad (serendipity)*, y comparten mecanismos de acción muy similares. Han pasado siete décadas desde la irrupción de los primeros psicofármacos¹ y sin embargo, los mecanismos de actuación de los mismos -dopamina, serotonina, noradrenalina o acetilcolina- poco, o nada, han evolucionado. Aunque pocos discutirán el impacto, absolutamente revolucionario, de dichos fármacos sobre el manejo de la enfermedad, con la consiguiente desinstitucionalización de los enfermos en los años 60 y 70 del siglo pasado², desde entonces apenas se han descubierto nuevos mecanismos de acción

ni fármacos realmente *innovadores*. Si bien las razones son múltiples, probablemente las clasificaciones oficiales de las enfermedades mentales (CIE-10 y DSM-5) -basadas en un modelo categorial-sintomático sin correlatos neurobiológicos⁹⁸- hayan sido un factor decisivo, sobre las que además se basan los ECC.

Y de repetir estos mismos errores en las sucesivas clasificaciones de las enfermedades mentales (DSM y CIE), al igual que de los trascendentales aciertos, tenemos una gran responsabilidad los psiquiatras y demás profesionales de salud mental. Frente a estas clasificaciones, nuevos enfoques o paradigmas para la inclusión de los sucesivos avances desde la genética, neuroimagen y neurobiología en general, como la Research Domains Criteria (RDoC)⁹⁹; e iniciativas de investigación auténticamente traslacional como la Roadmap for Mental Health Research in Europe (ROAMER)^{100,101} podrían arrojar más luz en los próximos años. En concreto, la *psiquiatría de precisión*⁵⁰ requiere endofenotipos -biomarcadores predictores del riesgo de enfermedad-⁴⁸ para el posterior desarrollo de tratamientos personalizados, si bien esto podría ser insuficiente¹⁰² y requerir enfoques *transdiagnósticos* como el mencionado proyecto PRISM⁹⁵.

Sin embargo, nada de esto será posible

si la psiquiatría clínica no logra superar la paradoja histórica consistente en la búsqueda (desde la investigación) de biomarcadores de las enfermedades mentales, los cuales, una vez encontrados, expulsan a esa patología fuera de la misma¹⁰³. Existen numerosos ejemplos de esta situación, si bien mencionaremos uno más histórico y ampliamente conocido, la neurosífilis, y otro más reciente, los cuadros esquizomorfos en individuos con delección del 22q11.2¹⁰⁴.

Acercar la Medicina Basada en la Evidencia a la Medicina Personalizada

(ECC personalizados)

Hemos visto como la estratificación de las muestras según distintas variables -genéticas, ambientales, biomarcadores y clínicas- implicadas en la variabilidad de la respuesta al tratamiento⁹⁶ es necesaria para avanzar hacia una psiquiatría de precisión, lo que generará nuevos modelos de clasificación de las enfermedades mentales. En oncología, por ejemplo, este enfoque ha permitido trascendentales avances, siendo ya más importante el perfil genético del tumor que su localización, o incluso tamaño¹⁰⁵.

Desde el punto de vista de la *estadística*, es posible que hayamos sobreestimado la importancia de la llamada medicina

basada en la evidencia (EBM, por sus siglas en inglés)¹⁰⁶. Muy brevemente, la EBM sintetiza los hallazgos de los ECC y los traduce en guías clínicas, las cuales deberían facilitar al clínico la toma de decisiones. Sin embargo, los hallazgos de los ECC se basan en un paciente *media*, cuya aplicabilidad a cada *individuo* (de la propia muestra del ensayo) es muy limitada en psiquiatría dada la gran variabilidad inter-individual de las numerosas variables implicadas en la respuesta al tratamiento¹⁰⁷. Dicho con otras palabras, la EBM ignora el concepto estadístico de heterogeneidad¹⁰⁸, *asumiendo* que la mayoría de los pacientes de un ECC se parecen al paciente *media*, por lo que los hallazgos -resultados *media*- son generalizables a la mayoría de participantes en el mismo, y por extensión de la población. Por el contrario, la medicina personalizada (PM) considera que la mayoría de pacientes del ECC son muy diferentes al paciente *media* (lo que en inglés se conoce como *outliers*)¹⁰⁷. Además, ya hemos señalado como la mayoría nuestros pacientes reales serían excluidos de la práctica totalidad de ECC, en los que antecedentes suicidas, abuso de sustancias y/o comorbilidades médicas son criterios de exclusión muy frecuentes³⁴, limitando aún más la validez externa de los resultados.

Es probable que en este punto el lector se formule las siguientes dos preguntas: ¿Es posible una medicina (psiquiatría)

personalizada basada en la evidencia?

¿Podemos diseñar ECC personalizados?

Los dos autores creemos firmemente que sí. Para ello, sin embargo, será necesaria la aceptación de los cambios comentados:

i. Conocimiento de los mecanismos neurobiológicos implicados en la *fisiopatología* de los *síntomas* mentales de forma *transdiagnóstica*;

ii. *Nuevas clasificaciones* de las enfermedades mentales que incluyan biomarcadores, o al menos clasificaciones para investigación diferenciadas de las de la clínica/administrativa;

iii. *Estratificación* de las muestras de los ECC según dichas variables fisiopatológicas probablemente implicadas en la respuesta al tratamiento en función del mecanismo de acción del tratamiento elegido.

Desde el punto de vista práctico, se requerirá aumentar el tamaño muestral -ensayos multicéntricos y colaboración internacional- y la duración (seguimiento)

de dichos ensayos para detectar pequeños efectos positivos a largo plazo⁹⁷ así como formación de investigadores y calidad de los centros reclutadores. Probablemente esto nos permitirá comprender mejor la brecha existente en la psicofarmacología actual entre los resultados de los ensayos en fase 2 (muy prometedores) y en fase 3 (que no replican los anteriores en muchos casos).

Financiación

Finalmente, no podemos olvidar la actual situación de recesión económica a nivel mundial tras la pandemia por COVID-19, que con seguridad tendrá un impacto negativo sobre la financiación en la investigación de la enfermedad mental. Pese a esto, instaurando los cambios anteriormente descritos creemos que será posible convencer a las distintas fuentes de financiación -públicas y privadas- del valor de la inversión en nuevos tratamientos para las enfermedades mentales¹⁰⁹, las cuales han demostrado producir cuantiosos beneficios¹¹⁰.

Referencias

1. **Aleman, A., Lincoln, T.M., Bruggeman, R., Melle, I., Arends, J., Arango, C., Knegteling, H.,** 2017. *Treatment of negative symptoms: Where do we stand, and where do we go?* Schizophrenia Research 186, 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.05.015>
2. **Arango, C., Baeza, I., Bernardo, M., Cañas, F., de Dios, C., Díaz-Marsá, M., García-Portilla, M.P., Gutiérrez-Rojas, L., Olivares, J.M., Rico-Villademoros, F., Rodríguez-Jiménez, R., Sánchez-Morla, E.M., Segarra, R., Crespo-Facorro, B.,** 2019. *Long-acting injectable antipsychotics for the treatment of schizophrenia in Spain.* Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed) 12, 92–105. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2018.03.006>
3. **Arango, C., Díaz-Caneja, C.M., McGorry, P.D., Rapoport, J., Sommer, I.E., Vorstman, J.A., McDaid, D., Marín, O., Serrano-Drozdzowskyj, E., Freedman, R., Carpenter, W.,** 2018. *Preventive strategies for mental health.* Lancet Psychiatry 5, 591–604. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
4. **Arango, C., Fraguas, D.,** 2016. *Should psychiatry deal only with mental disorders without an identified medical aetiology?* World Psychiatry 15, 22–23. <https://doi.org/10.1002/wps.20283>
5. **Arango, C., Ng-Mak, D., Finn, E., Byrne, A., Loebel, A.,** 2020a. *Lurasidone compared to other atypical antipsychotic monotherapies for adolescent schizophrenia: a systematic literature review and network meta-analysis.* Eur Child Adolesc Psychiatry 29, 1195–1205. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01425-2>
6. **Arango, C., Wykes, T., Moreno, C.,** 2020b. *Mental health care and COVID-19.* Lancet Psychiatry 7, 1013. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30480-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30480-6)
7. **Artigas, F., Bortolozzi, A., Celada, P.,** 2018. *Can we increase speed and efficacy of antidepressant treatments? Part I: General aspects and monoamine-based strategies.* Eur Neuropsychopharmacol 28, 445–456. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.10.032>
8. **Artigas, F., Schenker, E., Celada, P., et al.** 2017. *Defining the brain circuits involved in psychiatric disorders: IMI-NEWMEDS.* Nat Rev Drug Discov 16, 1–2. <https://doi.org/10.1038/nrd.2016.205>
9. **Ayesa-Arriola, R., Moríñigo, J.D.L., David, A.S., Pérez-Iglesias, R., Rodríguez-Sánchez, J.M., Crespo-Facorro, B.,** 2014. *Lack of insight 3 years after first-episode psychosis: an unchangeable illness trait determined from first presentation?*

Schizophr Res 157, 271–277. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.05.011>

10. Bilderbeck, A.C., Penninx, B.W.J.H., Arango, C., van der Wee, N., Kahn, R., Winter-van Rossum, I., Hayen, A., Kas, M.J., Post, A., Dawson, G.R., 2019. *Overview of the clinical implementation of a study exploring social withdrawal in patients with schizophrenia and Alzheimer's disease*. *Neurosci Biobehav Rev* 97, 87–93. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.019>

11. Blasco-Fontecilla, H., Herranz-Herrer, J., Ponte-Lopez, T., Gil-Benito, E., Donoso-Navarro, E., Hernandez-Alvarez, E., Gil-Ligero, M., Horrillo, I., Meana, J.J., Royuela, A., Rosado-Garcia, S., Sánchez-López, A.J., 2020a. *Serum β -endorphin levels are associated with addiction to suicidal behavior: A pilot study*. *Eur Neuropsychopharmacol* 40, 38–51. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.07.010>

12. Blasco-Fontecilla, H., Mendez-Bustos, P., Lopez-Morinigo, J.D., 2020b. *Toward a Biosignature of Suicide Reattempt*. *Curr Top Behav Neurosci* 46, 79–88. https://doi.org/10.1007/7854_2020_164

13. Bleuler, Eugen, 1911. *Demencia Precoz*.

14. Cade, J.F.J., 1949. *Lithium salts in the treatment of psychotic excitement*. *Med J Aust* 2, 349–352. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.1999.06241.x>

15. Canuso, C.M., Singh, J.B., Fedgchin, M., Alphs, L., Lane, R., Lim, P., Pinter, C., Hough, D., Sanacora, G., Manji, H., Drevets, W.C., 2018. *Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine for the Rapid Reduction of Symptoms of Depression and Suicidality in Patients at Imminent Risk for Suicide: Results of a Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled Study*. *Am J Psychiatry* 175, 620–630. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17060720>

16. Carlsson, A., Lindqvist, M., 1963. *Effect of chlorpromazine or haloperidol on formation of 3methoxytyramine and normetanephrine in mouse brain*. *Acta Pharmacol Toxicol (Copenh)* 20, 140–144. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0773.1963.tb01730.x>

17. Catalá-López, F., García-Altés, A., Alvarez-Martín, E., Gènova-Maleras, R., Morant-Ginestar, C., 2010. *Does the development of new medicinal products in the European Union address global and regional health concerns?* *Popul Health Metr* 8, 34. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-8-34>

18. Cheng, P.W.C., Chang, W.C., Lo, G.G., et al. 2020. *The role of dopamine dysregulation and evidence for the transdiagnostic nature of elevated dopamine synthesis in psychosis: a positron emission tomography (PET) study comparing schizophrenia, delusional disorder, and other psychotic disorders*. *Neuropsychopharmacology* 45, 1870–1876. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0740-x>

19. **Corponi, F., Fabbri, C., Bitter, I., Montgomery, S., Vieta, E., Kasper, S., Pallanti, S., Serretti, A.**, 2019. *Novel antipsychotics specificity profile: A clinically oriented review of lurasidone, brexpiprazole, cariprazine and lumateperone*. Eur Neuropsychopharmacol 29, 971–985. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.06.008>
20. **Correll, C.U., Schooler, N.R.**, 2020. *Negative Symptoms in Schizophrenia: A Review and Clinical Guide for Recognition, Assessment, and Treatment*. NDT Volume 16, 519–534. <https://doi.org/10.2147/NDT.S225643>
21. **Cova, I., Markova, A., Campini, I., Grande, G., Mariani, C., Pomati, S.**, 2017. *Worldwide trends in the prevalence of dementia*. J Neurol Sci 379, 259–260. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.06.030>
22. **Cuthbert, B.N., Insel, T.R.**, 2013. *Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC*. BMC Med 11, 126. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-11-126>
23. **Daly, E.J., Singh, J.B., Fedgchin, M., Cooper, K., Lim, P., Shelton, R.C., Thase, M.E., Winokur, A., Van Nueten, L., Manji, H., Drevets, W.C.**, 2018. *Efficacy and Safety of Intranasal Esketamine Adjunctive to Oral Antidepressant Therapy in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Clinical Trial*. JAMA Psychiatry 75, 139–148. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3739>
24. **de Leon, J.**, 2012. *Evidence-based medicine versus personalized medicine: are they enemies?* J Clin Psychopharmacol 32, 153–164. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3182491383>
25. **de Leon, J.**, Spina, E., Diaz, F.J., 2009. *Pharmacokinetic drug interaction studies must consider pharmacological heterogeneity, use of repeated dosing, and translation into a message understandable to practicing clinicians*. J Clin Psychopharmacol 29, 201–205. <https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181a497f1>
26. **Decourt, B., Boumelhem, F., Pope, E.D., Shi, J., Mari, Z., Sabbagh, M.N.**, 2021. *Critical Appraisal of Amyloid Lowering Agents in AD*. Curr Neurol Neurosci Rep 21, 39. <https://doi.org/10.1007/s11910-021-01125-y>
27. **Delay, J., Deniker, P., Harl, J.M.**, 1952. *[Therapeutic use in psychiatry of phenothiazine of central elective action (4560 RP)]*. Ann Med Psychol (Paris) 110, 112–117.
28. **Devoe, D.J., Farris, M.S., Townes, P., Addington, J.**, 2020. *Interventions and Transition in Youth at Risk of Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analyses*. J Clin Psychiatry 81, 17r12053. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12053>
29. **Di Forti, M., Quattrone, D., Freeman, T.P.**, et al. EU-GEI WP2 Group,

2019. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): a multicentre case-control study. *Lancet Psychiatry* 6, 427–436. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30048-3)

30. Díaz-Caneja, C.M., State, M.W., Hagerman, R.J., et al. 2021. A white paper on a neurodevelopmental framework for drug discovery in autism and other neurodevelopmental disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* S0924-977X(21)00150-4. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.02.020>

31. Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Q., Ungvari, G.S., Ng, C.H., Yuan, Z., Xiang, Y., Wang, G., Xiang, Y.-T., 2019. Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Epidemiol Psychiatr Sci* 29, e63. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000593>

32. Duman, R.S., Sanacora, G., Krystal, J.H., 2019. Altered Connectivity in Depression: GABA and Glutamate Neurotransmitter Deficits and Reversal by Novel Treatments. *Neuron* 102, 75–90. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2019.03.013>

33. Fekadu, A., Wooderson, S.C., Markopoulo, K., Donaldson, C., Papadopoulos, A., Cleare, A.J., 2009. What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. *J Affect Disord* 116, 4–11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.10.014>

34. Fernandes, B.S., Williams, L.M., Steiner, J., Leboyer, M., Carvalho, A.F., Berk, M., 2017. The new field of “precision psychiatry.” *BMC Med* 15, 80. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0849-x>

35. Fraguas, D., Díaz-Caneja, C.M., State, M.W., O'Donovan, M.C., Gur, R.E., Arango, C., 2017. Mental disorders of known aetiology and precision medicine in psychiatry: a promising but neglected alliance. *Psychol. Med.* 47, 193–197. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001355>

36. Fusar-Poli, P., Correll, C.U., Arango, C., Berk, M., Patel, V., Ioannidis, J.P.A., 2021. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry* 20, 200–221. <https://doi.org/10.1002/wps.20869>

37. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 396, 1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)

38. Guyatt, G., Cook, D., Haynes, B., 2004. Evidence based medicine has come a long way. *BMJ* 329, 990–991. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7473.990>

39. **Haro, J.M., Ayuso-Mateos, J.L., Bitter, I., et al.** 2014. ROAMER: roadmap for mental health research in Europe. *Int J Methods Psychiatr Res* 23 Suppl 1, 1–14. <https://doi.org/10.1002/mpr.1406>
40. **Himmerich, H., Kan, C., Au, K., Treasure, J.,** 2021. Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacol Ther* 217, 107667. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2020.107667>
41. **Hirschfeld, R.M.,** 2000. History and evolution of the monoamine hypothesis of depression. *J Clin Psychiatry* 61 Suppl 6, 4–6.
42. **Hjorthøj, C., Stürup, A.E., McGrath, J.J., Nordentoft, M.,** 2017. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 4, 295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
43. **Hoadley, K.A., Yau, C., Wolf, D.M., et al.** 2014. Multiplatform analysis of 12 cancer types reveals molecular classification within and across tissues of origin. *Cell* 158, 929–944. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.06.049>
44. **Holmes, E.A., O'Connor, R.C., Perry, V.H., et al.** 2020. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry* 7, 547–560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
45. **Howes, O.D., Kapur, S.,** 2014. A neurobiological hypothesis for the classification of schizophrenia: type A (hyperdopaminergic) and type B (normodopaminergic). *Br J Psychiatry* 205, 1–3. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.138578>
46. **Howes, O.D., McCutcheon, R., Agid, O., de Bartolomeis, A., van Beveren, N.J.M., Birnbaum, et al.** 2017. Treatment-Resistant Schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) Working Group Consensus Guidelines on Diagnosis and Terminology. *Am J Psychiatry* 174, 216–229. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16050503>
47. **Hyman, S.E., Fenton, W.S.,** 2003. Medicine. What are the right targets for psychopharmacology? *Science* 299, 350–351. <https://doi.org/10.1126/science.1077141>
48. **Ingenhoven, T., Lafay, P., Rinne, T., Passchier, J., Duivenvoorden, H.,** 2010. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry* 71, 14–25. <https://doi.org/10.4088/jcp.08ro4526gre>
49. **Insel, T.R., Scolnick, E.M.,** 2006. Cure therapeutics and strategic prevention: raising the bar for mental health research. *Mol Psychiatry* 11, 11–17. <https://doi.org/10.1038/15000>

org/10.1038/sj.mp.4001777

50. Jablensky, A., 2007. Living in a Kraepelinian world: Kraepelin's impact on modern psychiatry. *Hist Psychiatry* 18, 381–388. <https://doi.org/10.1177/0957154X07079690>

51. Jackson, C.W., Cates, M., Lorenz, R., 2010. Pharmacotherapy of eating disorders. *Nutr Clin Pract* 25, 143–159. <https://doi.org/10.1177/0884533610362239>

52. Jongsma, H.E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., et al. European Network of National Schizophrenia Networks Studying Gene-Environment Interactions Work Package 2 (EU-GEI WP2) Group, 2018. Treated Incidence of Psychotic Disorders in the Multinational EU-GEI Study. *JAMA Psychiatry* 75, 36–46. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>

53. Jongsma, H.E., Jones, P.B., 2019. The incidence of psychotic disorders: only the tip of the iceberg? *Br J Hosp Med (Lond)* 80, 688–689. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.80.12.688>

54. Kas, M.J., Penninx, B., Sommer, B., Serretti, A., Arango, C., Marston, H., 2019. A quantitative approach to neuropsychiatry: The why and the how. *Neurosci Biobehav Rev* 97, 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.12.008>

55. Kernberg, O.F., Michels, R., 2009. Borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 166, 505–508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020263>

56. Kishi, T., Sakuma, K., Okuya, M., Matsuda, Y., Esumi, S., Hashimoto, Y., Hatano, M., Miyake, N., Miura, I., Mishima, K., Iwata, N., 2021. Effects of a conventional mood stabilizer alone or in combination with second-generation antipsychotics on recurrence rate and discontinuation rate in bipolar I disorder in the maintenance phase: A systematic review and meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Bipolar Disord*. <https://doi.org/10.1111/bdi.13053>

57. Kishimoto, T., Hagi, K., Kurokawa, S., Kane, J.M., Correll, C.U., 2021. Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. *Lancet Psychiatry* 8, 387–404. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00039-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00039-0)

58. Knapp, M., Beecham, J., McDaid, D., Matosevic, T., Smith, M., 2011. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Community* 19, 113–125. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00969.x>

59. Koblan, K.S., Kent, J., Hopkins, S.C., Krystal, J.H., Cheng, H.,

Goldman, R., Loebel, A., 2020. A Non-D2-Receptor-Binding Drug for the Treatment of Schizophrenia. *N Engl J Med* 382, 1497–1506. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911772>

60. Leonhard, K., Beckmann, H., Leonhard, K., 1999. Classification of endogenous psychoses and their differential etiology, 2nd, rev.enlarged ed ed. Springer, Wien ; New York.

61. Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., Swartz, M.S., Rosenheck, R.A., Perkins, D.O., Keefe, R.S.E., Davis, S.M., Davis, C.E., Lebowitz, B.D., Severe, J., Hsiao, J.K., Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) Investigators, 2005. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 353, 1209–1223. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051688>

62. Linehan, M.M., Korslund, K.E., Harned, M.S., Gallop, R.J., Lungu, A., Neacsiu, A.D., McDavid, J., Comtois, K.A., Murray-Gregory, A.M., 2015. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry* 72, 475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>

63. Lingford-Hughes, A.R., Welch, S., Peters, L., Nutt, D.J., British Association for Psychopharmacology, Expert Reviewers Group, 2012. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. *J Psychopharmacol* 26, 899–952. <https://doi.org/10.1177/0269881112444324>

64. Lopez-Castroman, J., Jaussent, I., Gorwood, P., Courtet, P., 2016. SUICIDAL DEPRESSED PATIENTS RESPOND LESS WELL TO ANTIDEPRESSANTS IN THE SHORT TERM. *Depress Anxiety* 33, 483–494. <https://doi.org/10.1002/da.22473>

65. Lopez-Morinigo, J.-D., Ajnakina, O., Martínez, A.S.-E., Escobedo-Aedo, P.-J., Ruiz-Ruano, V.G., Sánchez-Alonso, S., Mata-Iturralde, L., Muñoz-Lorenzo, L., Ochoa, S., Baca-García, E., David, A.S., 2020. Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 50, 2289–2301. <https://doi.org/10.1017/S0033291720003384>

66. Lopez-Morinigo, J.-D., Ayesa-Arriola, R., Torres-Romano, B., Fernandes, A.C., Shetty, H., Broadbent, M., Dominguez-Ballesteros, M.-E., Stewart, R., David, A.S., Dutta, R., 2016. Risk assessment and suicide by patients with schizophrenia in secondary mental healthcare: a case-control study. *BMJ Open* 6, e011929. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011929>

67. Lopez-Morinigo, J.-D., Fernandes, A.C., Shetty, H., Ayesa-Arriola,

R., Bari, A., Stewart, R., Dutta, R., 2018. Can risk assessment predict suicide in secondary mental healthcare? Findings from the South London and Maudsley NHS Foundation Trust Biomedical Research Centre (SLaM BRC) Case Register. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 53, 1161–1171. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1536-8>

68. Masi, G., Liboni, F., 2011. Management of schizophrenia in children and adolescents: focus on pharmacotherapy. *Drugs* 71, 179–208. <https://doi.org/10.2165/11585350-000000000-00000>

69. McCracken, J.T., Anagnostou, E., Arango, C., Dawson, G., Farchione, T., Mantua, V., McPartland, J., Murphy, D., Pandina, G., Veenstra-VanderWeele, J., ISCTM/ECNP ASD Working Group, 2021. Drug development for Autism Spectrum Disorder (ASD): Progress, challenges, and future directions. *Eur Neuropsychopharmacol* 48, 3–31. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.05.010>

70. McCutcheon, R.A., Krystal, J.H., Howes, O.D., 2020. Dopamine and glutamate in schizophrenia: biology, symptoms and treatment. *World Psychiatry* 19, 15–33. <https://doi.org/10.1002/wps.20693>

71. McIntyre, R.S., Filteau, M.-J., Martin, L., Patry, S., Carvalho, A., Cha, D.S., Barakat, M., Miguelez, M., 2014. Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *J Affect Disord* 156, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.043>

72. Meltzer, H.Y., Alphas, L., Green, A.I., Altamura, A.C., Anand, R., Bertoldi, A., Bourgeois, M., Chouinard, G., Islam, M.Z., Kane, J., Krishnan, R., Lindenmayer, J.P., Potkin, S., International Suicide Prevention Trial Study Group, 2003. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 60, 82–91. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.1.82>

73. Meltzer-Brody, S., Colquhoun, H., Riesenberger, R., Epperson, C.N., Deligiannidis, K.M., Rubinow, D.R., Li, H., Sankoh, A.J., Clemson, C., Schacterle, A., Jonas, J., Kanesh, S., 2018. Brexanolone injection in post-partum depression: two multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trials. *Lancet* 392, 1058–1070. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31551-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31551-4)

74. Menezes, P.R., Johnson, S., Thornicroft, G., Marshall, J., Prosser, D., Bebbington, P., Kuipers, E., 1996. Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in south London. *Br J Psychiatry* 168, 612–619. <https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.612>

75. Moreno, C., Wykes, T., Galderisi, S., Nordentoft, M., Crossley, N.,

Jones, N., Cannon, M., Correll, C.U., Byrne, L., Carr, S., Chen, E.Y.H., Gorwood, P., Johnson, S., Kärkkäinen, H., Krystal, J.H., Lee, J., Lieberman, J., López-Jaramillo, C., Männikkö, M., Phillips, M.R., Uchida, H., Vieta, E., Vita, A., Arango, C., 2020. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 7, 813–824. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30307-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2)

76. Morgan, C., Lappin, J., Heslin, M., Donoghue, K., Lomas, B., Reininghaus, U., Onyejiaka, A., Croudace, T., Jones, P.B., Murray, R.M., Fearon, P., Doody, G.A., Dazzan, P., 2014. Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study. *Psychol Med* 44, 2713–2726. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000282>

77. Moritz, S., Woodward, T.S., 2007. Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): A pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry* 10, 69–78.

78. Murray, R.M., Mondelli, V., Stilo, S.A., et al. 2020. The influence of risk factors on the onset and outcome of psychosis: What we learned from the GAP study. *Schizophr Res* 225, 63–68. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.01.011>

79. National Research Council (US) Committee on A Framework for Developing a New Taxonomy of Disease, 2011. Toward Precision Medicine: Building a Knowledge Network for Biomedical Research and a New Taxonomy of Disease, The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health. National Academies Press (US), Washington (DC).

80. Nutt, D., Goodwin, G., 2011. ECNP Summit on the future of CNS drug research in Europe 2011: report prepared for ECNP by David Nutt and Guy Goodwin. *Eur Neuropsychopharmacol* 21, 495–499. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.05.004>

81. Oliver, D., Spada, G., Colling, C., Broadbent, M., Baldwin, H., Patel, R., Stewart, R., Stahl, D., Dobson, R., McGuire, P., Fusar-Poli, P., 2021. Real-world implementation of precision psychiatry: Transdiagnostic risk calculator for the automatic detection of individuals at-risk of psychosis. *Schizophr Res* 227, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.007>

82. Owen, M.J., O'Donovan, M.C., 2017. Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum: evidence from genomics. *World Psychiatry* 16, 227–235. <https://doi.org/10.1002/wps.20440>

83. Palmer, B.A., Pankratz, V.S., Bostwick, J.M., 2005. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 62, 247–253. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.3.247>

84. Peralta, V., Cuesta, M.J., 2001. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr Res* 49, 269–285. [https://doi.org/10.1016/S0920-9964\(00\)00071-2](https://doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00071-2)

85. Peralta, V., Goldberg, X., Ribeiro, M., Sanchez-Torres, A.M., Fañanás, L., Cuesta, M.J., 2016. Familiality of Psychotic Disorders: A Polynologic Study in Multiplex Families. *Schizophr Bull* 42, 975–983. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv192>

86. Perng, C.-H., Chang, Y.-C., Tzang, R.-F., 2018. The treatment of cognitive dysfunction in dementia: a multiple treatments meta-analysis. *Psychopharmacology (Berl)* 235, 1571–1580. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-4867-y>

87. Persico, A.M., Ricciardello, A., Lamberti, M., Turriziani, L., Cucinotta, F., Brogna, C., Vitiello, B., Arango, C., 2021. The pediatric psychopharmacology of autism spectrum disorder: A systematic review - Part I: The past and the present. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 110, 110326. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110326>

88. Pijnenborg, G.H.M., van Donkersgoed, R.J.M., David, A.S., Aleman, A., 2013. Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr. Res.* 144, 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.11.018>

89. Post, R.M., Yatham, L.N., Vieta, E., Berk, M., Nierenberg, A.A., 2019. Beyond evidence-based treatment of bipolar disorder: Rational pragmatic approaches to management. *Bipolar Disord* 21, 650–659. <https://doi.org/10.1111/bdi.12813>

90. Qian, J., Wu, Y., Liu, F., Zhu, Y., Jin, H., Zhang, H., Wan, Y., Li, C., Yu, D., 2021. An update on the prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Eat Weight Disord.* <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01162-z>

91. Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014. Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 511, 421–427. <https://doi.org/10.1038/nature13595>

92. Schoepp, D.D., 2011. Where will new neuroscience therapies come from? *Nat Rev Drug Discov* 10, 715–716. <https://doi.org/10.1038/nrd3559>

93. Schumann, G., Binder, E.B., Holte, A., et al. 2014. Stratified medicine for mental disorders. *Eur Neuropsychopharmacol* 24, 5–50. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.09.010>

94. Singh, J.B., Fedgchin, M., Daly, E., Xi, L., Melman, C., De Bruecker,

G., Tadic, A., Sienaert, P., Wiegand, F., Manji, H., Drevets, W.C., Van Nueten, L., 2016. Intravenous Esketamine in Adult Treatment-Resistant Depression: A Double-Blind, Double-Randomization, Placebo-Controlled Study. *Biol Psychiatry* 80, 424–431. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.018>

95. Smith, K., 2011. Trillion-dollar brain drain. *Nature* 478, 15. <https://doi.org/10.1038/478015a>

96. Sung, M., Chin, C.H., Lim, C.G., Liew, H.S.A., Lim, C.S., Kashala, E., Weng, S.-J., 2014. What's in the pipeline? Drugs in development for autism spectrum disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 10, 371–381. <https://doi.org/10.2147/NDT.S39516>

97. Tamminga, C.A., Nemeroff, C.B., Blakely, R.D., et al. 2002. Developing novel treatments for mood disorders: accelerating discovery. *Biol Psychiatry* 52, 589–609. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01470-1](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01470-1)

98. Terry, S.F., 2015. Obama's Precision Medicine Initiative. *Genet Test Mol Biomarkers* 19, 113–114. <https://doi.org/10.1089/gtmb.2015.1563>

99. Thornicroft, G., Bebbington, P., 1989. Deinstitutionalisation--from hospital closure to service development. *Br J Psychiatry* 155, 739–753. <https://doi.org/10.1192/bjp.155.6.739>

100. Tondo, L., Baldessarini, R.J., 2016. Suicidal Behavior in Mood Disorders: Response to Pharmacological Treatment. *Curr Psychiatry Rep* 18, 88. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0715-0>

101. Torous, J., Wykes, T., 2020. Opportunities From the Coronavirus Disease 2019 Pandemic for Transforming Psychiatric Care With Telehealth. *JAMA Psychiatry* 77, 1205. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1640>

102. Treasure, J., Cardi, V., 2017. Anorexia Nervosa, Theory and Treatment: Where Are We 35 Years on from Hilde Bruch's Foundation Lecture? *Eur Eat Disord Rev* 25, 139–147. <https://doi.org/10.1002/erv.2511>

103. van Os, J., 2003. Is there a continuum of psychotic experiences in the general population? *Epidemiol Psichiatr Soc* 12, 242–252. <https://doi.org/10.1017/S1121189X00003067>

104. Vieta, E., 2020. Disruptive treatments in psychiatry. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)* 13, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.10.001>

105. Vieta, E., 2015. La medicina personalizada aplicada a la salud mental: la psiquiatría de precisión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 8, 117–118. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.03.003>

106. Vieta, E., Pérez, V., Arango, C., 2020. Psychiatry in the aftermath of COVID-19. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)* 13, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.04.004>

107. Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., et al. 2007. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet* 370, 841–850. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61414-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61414-7)

108. Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., et al. 2011. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 21, 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

109. Wykes, T., Haro, J.M., Belli, S.R., et al. ROAMER consortium, 2015. Mental health research priorities for Europe. *Lancet Psychiatry* 2, 1036–1042. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00332-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00332-6)

110. Xiong, J., Lipsitz, O., Chen-Li, D., Rosenblat, J.D., Rodrigues, N.B., Carvalho, I., Lui, L.M.W., Gill, H., Narsi, F., Mansur, R.B., Lee, Y., McIntyre, R.S., 2021. The acute antisuicidal effects of single-dose intravenous ketamine and intranasal esketamine in individuals with major depression and bipolar disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 134, 57–68. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.038>

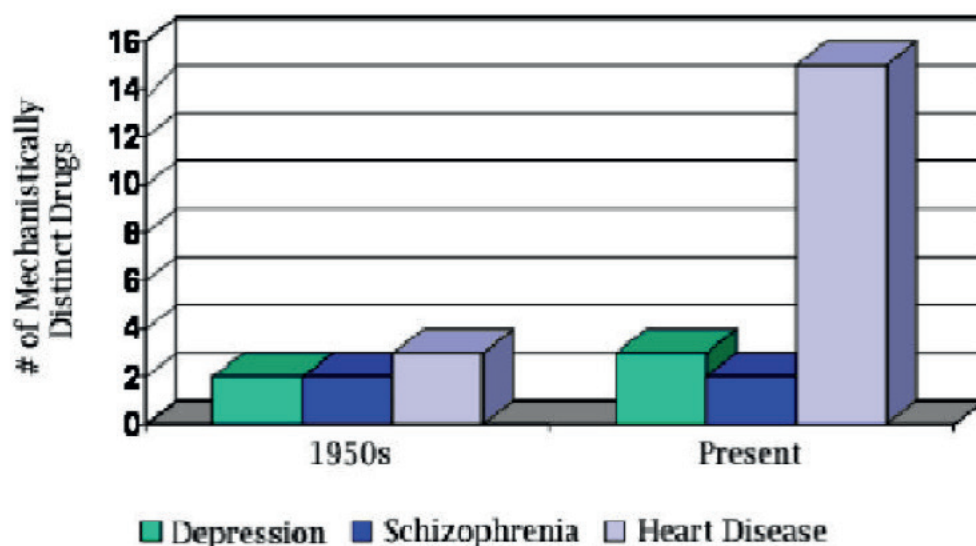


Figura 11. Innovación en tratamientos para depresión, esquizofrenia y enfermedades cardíacas en los últimos 50 años. (De Insel y Scolnick, 2006).

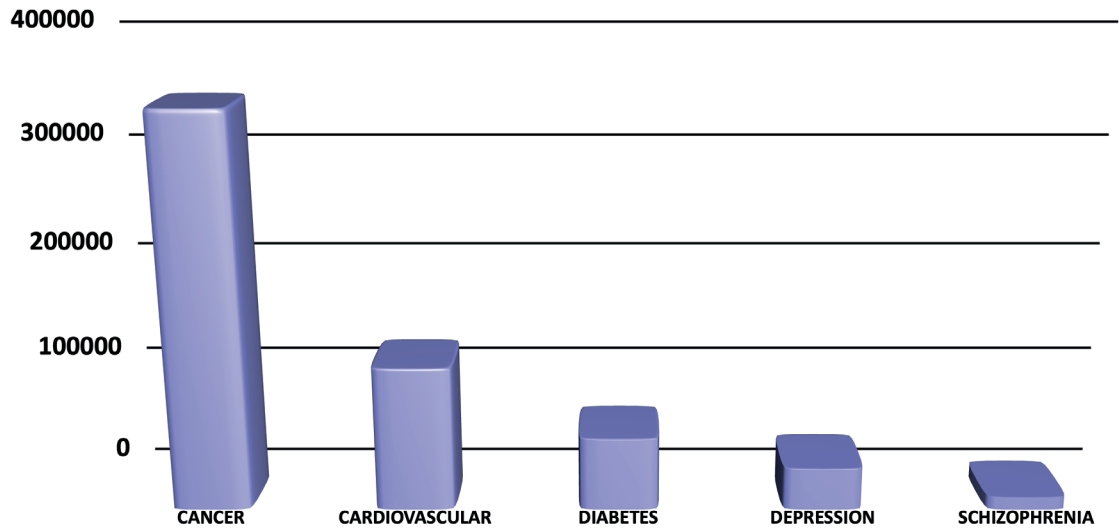


Figura 12. Número total de citas MEDLINE (a 24/06/2021) en innovación terapéutica por enfermedades.

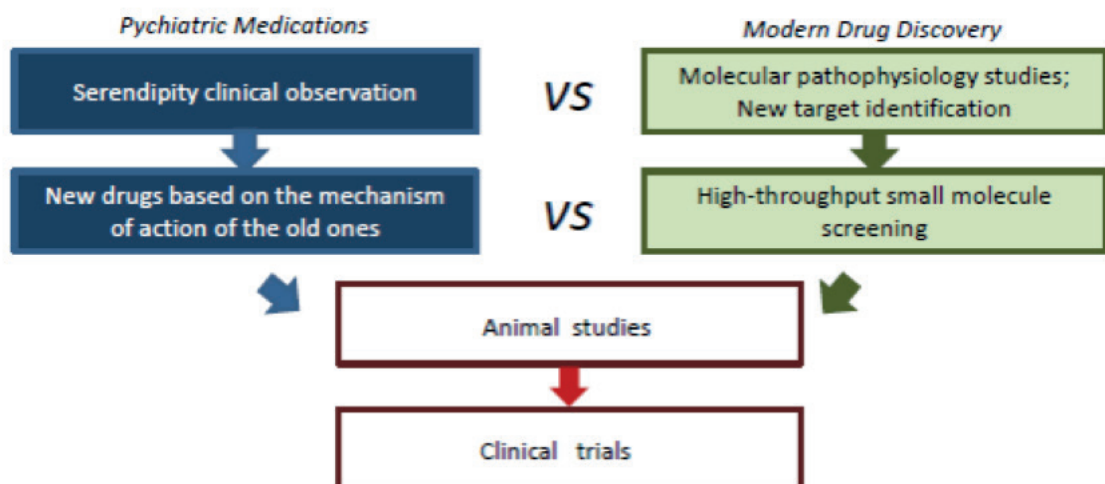


Figura 13. Desarrollo de nuevos fármacos en psiquiatría en contraposición a la farmacología moderna.

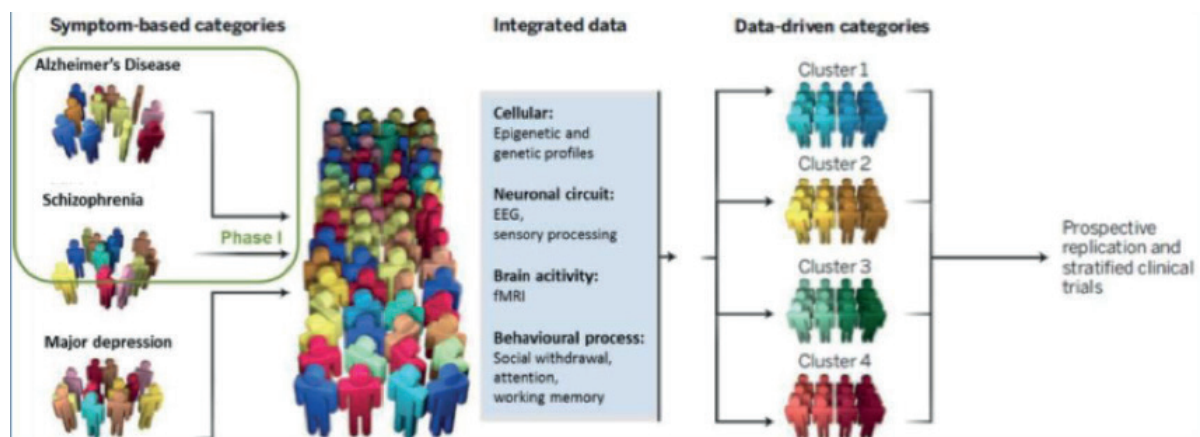


Figura 14. Estratificación y medicina personalizada

9. Diagnóstico de situación por parte del gestor



María Tajés Alonso

Licenciada en medicina y cirugía por la USC. Experta universitaria en gestión sanitaria. Médico psiquiatra. Jefa de Servicio de Salud Mental, Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud. Responsable del Plan de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Galicia.

Introducción

La salud mental es aquel estado de bienestar emocional en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de manera fructífera y contribuir a su comunidad¹.

Los trastornos mentales comprenden afecciones comunes como la depresión y la ansiedad, las causadas por el abuso del alcohol y otras sustancias, así como otros trastornos graves y discapacitantes, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Los problemas de salud mental en los niños y los adolescentes son motivo de preocupación por su alta prevalencia y las discapacidades que habitualmente conlleva.

El suicidio es un resultado extremo, pero no poco común en personas con trastornos mentales no tratados. Además de estos problemas de salud mental, la OMS también atribuye carácter prioritario a la epilepsia y la demencia, afecciones neurológicas que presentan aspectos comunes con los trastornos mentales en lo referente a la prestación de servicios.

En el Atlas de Salud Mental 2017, la OMS² proporciona información sobre el desarrollo en los países miembros del Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS 2013-2020. Para ello, valora

la existencia de políticas, planes y leyes para la salud mental y su alineación con los instrumentos de derechos humanos establecidos; los recursos humanos y financieros disponibles; el tipo de instalaciones que brindan atención; y los programas de salud mental para la prevención y promoción. Se basa en datos proporcionados por 177 Estados Miembros de la OMS (que representan el 97% de la población mundial), y mide hasta qué punto los países están fortaleciendo el liderazgo y la gobernanza de la salud mental; son capaces de proporcionar atención social y de salud mental integral; están implementando estrategias para promover la salud mental y prevenir problemas y fortalecen la evidencia y la investigación.

Según los resultados recogidos por dicho Atlas en 2017, en los países de ingresos bajos la tasa de trabajadores de la salud mental puede ser tan baja como 2 por 100.000 habitantes, en comparación con más de 70 trabajadores por 100.000 habitantes en los países de ingresos altos. Menos de la mitad de los 139 países que han instituido políticas y planes de salud mental los han alineado con las convenciones de derechos humanos que enfatizan la importancia de la transición de la institución psiquiátrica a los servicios comunitarios y la participación de las personas con trastornos mentales en las decisiones que les conciernen. Además, con frecuencia, cuando se elaboran

planes de salud mental, estos no cuentan con el respaldo de recursos humanos y financieros adecuados. En base a los últimos resultados es necesario:

- *Acelerar la transición a la atención en la comunidad:* A pesar de la transición en varios países de ingresos altos hacia las salas psiquiátricas en los hospitales generales y la provisión de lugares de atención residencial basados en la comunidad, sigue habiendo muy pocas instalaciones para la atención de la salud mental basada en la comunidad en todo el mundo.

- *Ampliar los recursos financieros:* Los niveles de gasto público en salud mental son muy bajos en los países de ingresos bajos y medianos. El gasto público en salud mental es inferior a 1 dólar estadounidense per cápita en los países de ingresos bajos y medianos bajos, mientras que los países de ingresos altos gastan más de 80 dólares estadounidenses. La mayor parte del gasto se destina a hospitales psiquiátricos, que atienden a una pequeña proporción de quienes necesita cuidado. Además, más de dos tercios de los países informan de que la atención y el tratamiento de las personas con trastornos mentales graves no están incluidos en los planes de seguro médico o de reembolso nacionales.

- *Desarrollar estrategias de prevención del suicidio:* La OMS estima

que un poco menos de 800.000 personas mueren por suicidio cada año. A pesar de un ligero aumento en el número de países que informan tener una estrategia nacional de prevención del suicidio desde el Atlas de salud mental de 2014³, sólo un tercio de los países de ingresos medios altos y altos informaron tener dicha estrategia, con solo el 10% de los países de ingresos bajos y bajos.

- *Invertir en salud mental:* Cada dólar estadounidense invertido en la ampliación del tratamiento de enfermedades mentales comunes, como la depresión y la ansiedad, genera un retorno de 4 dólares estadounidenses en mejor salud y capacidad para trabajar. Por el contrario, no actuar es costoso. Según un análisis reciente, que calculó los costos del tratamiento y los resultados de salud en 36 países de ingresos bajos, medianos y altos durante los 15 años comprendidos entre 2016 y 2030, los bajos niveles de reconocimiento y acceso a la atención para la depresión y la ansiedad, resultan en una pérdida económica global de mil millones de dólares estadounidenses cada año.

La eclosión de la epidemia por COVID-19 ha constituido un reto organizativo sin precedentes para los sistemas sanitarios y sociales. La experiencia aprendida orienta a que, ante la aparición de un brote pandémico, debe existir una organización autorizada para desplegar y planificar los

programas de salud mental en las diferentes zonas y departamentos. Es necesario prestar atención a cómo se implementan en la práctica los modelos de intervención en crisis teóricos.⁴ Para la atención de la salud mental, tanto la prestación de servicios como la investigación clínica, muchos de estos cambios serán transformadores.

Las restricciones asociadas con COVID-19 han obligado a los médicos y pacientes a reevaluar la atención y a centrarse en lo que es absolutamente esencial y basado en la evidencia. Se han adoptado rápidamente nuevas formas de contactar y evaluar a los pacientes con telemedicina. Los sistemas sanitarios han implementado sistemas de tecnología de la información para apoyar el trabajo a domicilio y las consultas telefónicas a un ritmo que habría parecido imposible en circunstancias normales. La situación actual ha dado a las organizaciones la urgencia de implementarlos rápidamente y el impulso para que los pacientes los prueben de manera positiva y proactiva. Las ventajas como la eficiencia, el acceso rápido a la experiencia de la subespecialidad y la facilidad de tratar a los pacientes en sus propios hogares se pueden utilizar de manera positiva.

Los servicios de atención a la salud mental deben cooperar estrechamente con el resto de los servicios sanitarios hospitalarios y comunitarios, fomentar la continuidad de

la asistencia en los diferentes niveles y ser capaces de mitigar la angustia psicológica de los pacientes.

Prevalencia, incidencia y riesgo de mala salud mental

Encuesta Nacional de Salud

La Encuesta Nacional de Salud de España, realizada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración del Instituto Nacional de Estadística, recoge información sanitaria relativa a la población residente en España en más de 20.000 hogares⁵. Es una investigación de periodicidad quinquenal que permite conocer numerosos aspectos de la salud de los ciudadanos a nivel nacional y autonómico y planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria. Consta de 3 encuestas: hogar, adulto y menor que abordan 4 grandes áreas: sociodemográfica, estado de salud, utilización de los servicios sanitarios y determinantes de la salud.

Según la información de la encuesta realizada en 2017, en España 1 de cada 10 adultos y 1 de cada 100 menores tenían un problema de salud mental, duplicando el número de mujeres al de los hombres con estos problemas, y los niños más que las niñas. 3 de cada 10 personas mayores de 65 años tienen deterioro cognitivo, sin contar aquellas que estén residiendo en centros o

institucionalizadas. El gradiente social y la brecha de género están presentes en casi todos los indicadores.

En el año 2017, el 18,01% de la población española se encontraba en riesgo de presentar problemas de salud mental. Existe una marcada diferencia de género en relación al porcentaje de población en riesgo, duplicando el riesgo en las mujeres (12,09%) con respecto a los hombres (6,32%).



Figura 15. Porcentaje de población adulta en riesgo de mala salud mental por comunidades autónomas. 2017. Fuente: Encuesta nacional de salud. MSSSI/INE. Según esta encuesta, se encuentran en riesgo de mala salud mental: Número de personas de 15 y más años que obtienen una puntuación en la encuesta GHQ-12 mayor a 3 puntos / Número total de personas de 15 y más años encuestadas.

Salud mental en población general y COVID 19.

Según el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)⁶, desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad un 6,4% de la población habría acudido a un profesional de la salud mental por algún tipo de síntoma, siendo el mayor porcentaje un 43,7% por ansiedad y un 35,5% por depresión. Más del doble de las personas que han acudido a estos servicios de salud mental son mujeres.

Según este mismo estudio, un 5,8% de la población ha recibido un tratamiento psicofarmacológico, entre los que destacan los ansiolíticos (un 58,7%) y los antidepresivos (41,3%).

En esta encuesta del CIS se estimó que más del 50% de la población ha sentido algún tipo de tristeza o ansiedad desde el inicio de la pandemia. Las personas de clase baja que se han sentido decaídas, deprimidas o sin esperanza durante la pandemia son casi el doble (32,7%) que aquellas que se identifican de clase alta (17,1%). En cuanto a la depresión, el 1% de las personas de clase alta fueron tratadas por este problema de salud mental desde que comenzó la pandemia, frente a un 3,9% de la clase baja. En el caso de la ansiedad, este mismo estudio afirma que un 15,8% de las personas declararon haber tenido algún

ataque de pánico o ansiedad, un 22% en la población femenina.

Estas diferencias se aprecian también en la prescripción y el consumo de algunos psicofármacos como los ansiolíticos (1,6% de las personas de clase alta admiten haberlos consumido desde el inicio de la pandemia, frente a un 5,9% en la clase baja), y antidepressivos (1% de los entrevistados de clase alta los consumieron frente al 3,1% de los de clase baja).

Durante el confinamiento, el 30% de las personas manifestó haber tenido ataques de pánico, el 25% se habría sentido excluida socialmente y el 55% sentía que no era capaz de controlar la preocupación⁷. En este período, más de la mitad de las personas (60%) indica que ha sentido poco interés o placer en hacer cosas y se han sentido varios días decaídas, deprimidas o sin esperanza. Entre el 15% y el 18% ha tenido ansiedad o preocupaciones más de la mitad de los días.

Las mujeres parecen tener un mayor número de problemas relacionados con el estado de ánimo, mientras que los varones los tienen en mayor medida de ansiedad y postraumáticos⁸.

El mismo estudio señala que un 41,9% de las personas entrevistadas han tenido problemas de sueño. Mientras el 33,4% de los hombres han tenido estos problemas

para conciliar el sueño en el caso de la mujer ha sido el 50,2%.

En el caso de las personas jóvenes, la población de los 18 a los 34 años es la que ha frecuentado más los servicios de salud mental, ha tenido más ataques de ansiedad, más síntomas de tristeza y han sido las personas que más han modificado su vida habitual debido a esta situación.

Además, en el caso de las personas que conviven con sus hijos/as o nietos/as, un 12,6% han buscado ayuda profesional en salud mental para solicitar ayuda para sus descendientes. Un 69,7% han acudido a profesionales de la psicología.

Diagnóstico de necesidades desde la perspectiva del gestor.

Establecer mejoras en los sistemas epidemiológicos y de información que permitan dimensionar adecuadamente los recursos necesarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de carga y discapacidad a nivel mundial y que esta tendencia irá en aumento en las próximas décadas. Estas estimaciones y proyecciones se basaron tradicionalmente en revisiones sistemáticas y estudios epidemiológicos aislados. Con todo, es necesario avanzar hacia la evaluación

de los trastornos mentales y su impacto mediante medidas estandarizadas y válidas que permitan comparar diferentes países y regiones. El acercamiento entre los sistemas de clasificación de enfermedades mentales DSM y CIE y los refinamientos en la evaluación a través de entrevistas diagnósticas, con elevado grado de validez y fiabilidad, permitirán llevar a cabo estudios poblacionales con una metodología estandarizada que permite la comparación de diferentes países.

Adecuar los recursos de promoción de la autonomía y apoyo a la discapacidad a las necesidades de las personas con trastorno mental.

La Encuesta Nacional de Salud cifra en más de 8 millones el número de personas que tuvieron una limitación en sus actividades de la vida cotidiana, diferenciando se tal limitación fue por un padecimiento de un trastorno físico, mental o de ambos.

Según un estudio de Grupo 5, durante el pico de la pandemia por COVID-19, el 6,3% de las personas con un trastorno mental grave en España participantes en dicho estudio necesitaron ingreso en Unidad de Agudos. Los problemas con mayor incidencia han sido los síntomas negativos en forma de lentitud o inactividad (47,5%), la ansiedad (54%) y los problemas en la estructuración del sueño (41%)⁹. La misma investigación revela que un 21,4% ha necesitado un

aumento de la medicación antipsicótica para prevenir la posible aparición de una crisis. Se ha dado un mayor incremento de psicofármacos en la atención residencial, con un 24% de representación, que en la ambulatoria con un 20%.

Establecer redes de apoyo mutuo y social a los familiares y allegados de personas con enfermedad mental.

Según la información extraída del último estudio realizado en la población gallega¹⁰, de todos los encuestados/as, un 42% prestaban cuidados informales a personas con algún tipo de enfermedad grave, la mayor parte a personas con problemas físicos y un 9,6% a las personas con trastornos mentales. De cada 10 cuidadores/as, 6 son mujeres y el intervalo de edad más frecuente es de entre 35 a 65 años. El promedio de horas semanales que el/la cuidador/a dedica al cuidado de un familiar de primer grado con una enfermedad grave es de 21,5h, siendo esta cifra superior para las mujeres.

El 57% de los/las cuidadores/as consideran que su tiempo libre se ve afectado por la necesidad de proporcionar estos cuidados. La carga objetiva asociada al cuidado y, sobre todo, la carga psicológica asociada al cuidado de personas con trastornos mentales es mayor que la asociada a personas con problemas físicos, sobre todo en el caso de mujeres.

Independientemente del diagnóstico psiquiátrico, la carga percibida es mayor en mujeres que en hombres; ellas prestan más apoyo y compañía a sus familiares enfermos/as y consideran que su vida social está muy limitada, mientras que los porcentajes de carga económica son algo más elevados en los hombres que en las mujeres.

Promover acciones dirigidas a disminuir la brecha de género en la atención a las personas con enfermedad mental.

Existen diferencias de género en cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales. Las mujeres tienen más riesgo de sufrir un trastorno afectivo o de ansiedad, mientras que en los hombres son más frecuentes los trastornos de abuso de sustancias. Estas diferencias podrían deberse a la combinación de varios factores biológicos, genéticos y psicosociales. Por ejemplo, en mujeres se ha especulado sobre el rol hormonal que podría incrementar la susceptibilidad a la depresión o a la mayor exposición a eventos estresantes o traumáticos.

En cuanto al consumo de sustancias, se piensa que los hombres tienen más oportunidades de consumir drogas que las mujeres, si bien tanto los hombres como las mujeres que se inician en el consumo tienen la misma probabilidad de progresar

hacia la adicción. Parece que las mujeres tienen más riesgo de presentar adicción a medicación para tratar la ansiedad o el insomnio, mientras que los hombres presentan más trastornos relacionados con el consumo de alcohol y marihuana.

Orientar las actuaciones en materia de salud pública a la recuperación desde una perspectiva comunitaria.

La psiquiatría comunitaria supone un modelo de salud pública que trasciende la mera asistencia clínica, centrada en el enfermo como asiento individual de patología, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en sus instituciones: colegios, empresas, asociaciones ciudadanas a fin de modificar los factores que predisponen a la enfermedad y posibilitar más bienestar o, al menos, la información necesaria para una vida más saludable¹¹.

La continuidad en la asistencia y la atención centrada en el paciente constituyen elementos clave de la atención comunitaria. Los cuidados que suelen precisar las personas con problemas mentales graves y persistentes se producen no sólo en los dispositivos propios de la red de salud mental –unidades hospitalarias, centros de salud mental, hospitales de día, unidades de rehabilitación, centros de día, viviendas supervisadas, pisos protegidos, clubes, talleres, empresas protegidas...-

sino también en recursos sanitarios, sociales, judiciales, vecinales... y en diferentes agencias o administraciones.

En el ámbito de la planificación, la atención comunitaria supone la necesidad de una programación flexible y pertinente: los pacientes cambian y exigen un amplio menú de acciones terapéuticas y de apoyo comunitario, que abarquen desde la urgencia a la vivienda supervisada o el trabajo protegido.

Sería difícil entender este modelo de atención sin el reconocimiento de los derechos de los pacientes, de su autonomía y su necesaria participación en el proceso de atención.

Debe promoverse el desarrollo de intervenciones de apoyo comunitario¹². Trabajar la conexión social es una línea de trabajo para disminuir el impacto negativo de la pandemia por COVID-19. La atención y la divulgación desempeñan un papel crucial en la promoción de la salud mental¹³

Fortalecer la promoción de la salud mental y la prevención primaria de los trastornos mentales, poniendo el foco en la infancia y la adolescencia.

Existe una fuerte evidencia sobre cómo influyen los factores de riesgo y de protección en el debut de los trastornos

mentales. Pueden ser factores de índole individual, familiar, social, económico y del medio ambiente¹⁴. La presencia de un único factor de riesgo no suele llevar al padecimiento de un trastorno; suele ser preciso el efecto acumulativo de varios factores de riesgo y la ausencia de factores protectores¹⁵.

La mayoría de los trastornos mentales comienzan en la infancia y en la adolescencia, por lo que la prevención en esta etapa de la vida es fundamental.

Algunas estimaciones apuntan a que, actualmente, aproximadamente el 30% de las consultas de pediatría hacen referencia a dudas o conflictos sociológicos o psicosociales propios de las familias, además de dudas y conflictos de crianza, de desarrollo o de conductas que hace falta promover o evitar. La atención primaria (AP) es el ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los problemas psicosociales y los trastornos mentales, por tres razones:

- Junto con la escuela, es el dispositivo con el que contactan mayor número de personas a lo largo del año y de la vida de cada uno/a de ellos/as.
- Múltiples investigaciones apuntan a que los/las adolescentes con trastornos mentales o conflictos psicosociales consultan de forma repetida con AP.

- Los/las profesionales de AP tienen conocimiento del contexto y de la situación familiar y pueden detectar precozmente situaciones de riesgo en las consultas programadas de salud infantil.

Esto, junto con la capacidad del personal sanitario de llevar a cabo intervenciones promotoras del bienestar psicológico, le otorgan un papel prioritario en la prevención y detección de posibles problemas o trastornos mentales.

Un inadecuado abordaje de los problemas relacionados con la salud mental de los niños y niñas redunda en el sufrimiento de la persona y de su familia, así como en el menoscabo del funcionamiento escolar y social y en una mayor utilización de los servicios sanitarios y sociales.

Más de la mitad de los problemas de salud mental en la población general se inician en la infancia, existiendo una continuidad entre esta situación y los trastornos de salud mental en la edad adulta. En España, se estima que el 1 % de los/de las menores presentarán un trastorno relacionado con la salud mental y que el 2,2 % tendrán algún trastorno de conducta o trastornos mentales más frecuentes según grupo de edad.

El impacto que la pandemia por COVID-19 puede tener sobre la infancia no es uniforme. Depende de factores diversos:

pérdida de un ser querido, familias que la incidencia del virus en su territorio de residencia, cuarentena o ausencia de los padres por pertenencia a un sector esencial y la exposición de estos a situaciones de contagio, la situación económica y empleo, la cobertura de necesidades básicas, etc.

El intercambio entre pares de experiencias, información, retos y lecciones aprendidas facilita el aprendizaje. Deberían fomentarse a medio y largo plazo los debates de grupo, así como otras acciones, para promover la solidaridad y el entendimiento entre los miembros de la comunidad educativa¹⁶.

Cuidar a los que nos cuidan

Aquellos/as profesionales que trabajan durante la pandemia de COVID-19 pueden ser testigos de más fallecimientos y mayor sufrimiento en las personas del habitualmente asociado a la práctica clínica. Es posible que se sientan abrumados por las pérdidas y el dolor que presencian, con la dificultad adicional de hacer frente a sus propias pérdidas. Concretamente, la actual crisis expone al personal de la sanidad, especialmente a aquellos en primera línea de atención, a situaciones de:

- Mayor demanda asistencial, a la que se debe hacer frente con gran carga de incertidumbre (situación nueva, desconocida) y en contextos ocasionalmente desfavorables.

- Mayor demanda emocional, como exposición al sufrimiento de familias desbordadas, pacientes graves, miedo al contagio (propio o de los familiares), estigma o dilemas éticos y morales.

- Mayor repercusión en la vida personal, por situaciones derivadas del trabajo, como autoconfinamiento o limitación en los cuidados prestados a familiares vulnerables por temor a exponerlos a un contagio.

En situaciones críticas como la que están viviendo los sistemas sanitarios ante la pandemia por COVID-19, se pueden generar respuestas emocionales, cognitivas, conductuales y psicosomáticas de tensión, así como un incremento de riesgos laborales de carácter psicosocial (burnout o desgaste profesional, la fatiga por compasión o el distrés moral). Desde una perspectiva integral de la salud, el apoyo psicosocial y el soporte emocional al personal de la sanidad y del sector sociosanitario se hace imprescindible, siendo precisa la adopción de medidas para prevenir y minimizar las repercusiones de la crisis por la COVID-19 sobre su salud psicosocial¹⁷.

La rápida aplicación de estas recomendaciones y acciones serán esenciales para asegurar que las personas y las sociedades están mejor protegidas del impacto en la salud mental de COVID-19.

Aunque consideramos que es necesaria la colaboración conjunta de la sociedad, colegios profesionales y demás realidades organizadas para dar una respuesta a la sociedad, consideramos que esta debe darse de forma organizada y en coordinación con la red pública de salud mental.

Actuar de forma coordinada para prevenir el suicidio.

El suicidio es un problema global, que va más allá de la atención en el ámbito sanitario, siendo necesario implementar otras medidas complementarias en ámbitos como el educativo y social. Para que una estrategia de prevención en una población resulte eficaz es preciso una respuesta multisectorial e integral¹⁸. Se debe posibilitar que diferentes organismos puedan sumar sus esfuerzos para trabajar conjuntamente en la prevención, manejo, intervención y acompañamiento de las personas que llevan a cabo un intento de suicidio, y de sus familiares.

En el informe publicado por la Organización Mundial de la Salud “El suicidio, un imperativo global” se determina una mayor tasa de suicidio en los países de alto nivel económico, destacando la necesidad de tener en cuenta aspectos como las experiencias relacionadas con conflictos, desastres, violencia, abusos, pérdidas y sensación de aislamiento que están estrechamente ligadas a conductas

suicidas. Las tasas de suicidio también son elevadas entre los grupos vulnerables objeto de discriminación¹⁹.

En España, la prevención del suicidio se contempló como uno de los objetivos principales de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (ESM-SNS) aprobada por el Consejo Interterritorial de 11 de diciembre de 2006 y de su posterior actualización realizada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) para el período 2009-2013²⁰.

Concretamente, la estrategia aboga por la realización y evaluación de acciones específicas para disminuir las tasas de suicidio en grupos de riesgo. Entre sus recomendaciones insta al “desarrollo de intervenciones preventivas en cada uno de los siguientes entornos: centros docentes, instituciones penitenciarias y residencias de mayores”.

Diferentes factores psicológicos, sociales, y culturales pueden interactuar para conducir a una persona a tener un comportamiento suicida. Por cada suicidio cometido, hay muchos más intentos de suicidio por lo que, para una prevención eficaz, se requiere desarrollar estrategias indicadas dirigidas a la población vulnerable mediante el apoyo, la capacitación del personal de salud, educación y servicios sociales y una mejora en la identificación de los trastornos mentales y de consumo

de sustancias. Algunas podrían ser las siguientes²¹:

- Aumentar la coordinación entre instituciones y agentes implicados en la prevención de la conducta suicida.
- Aumentar la sensibilización y concienciación de la sociedad sobre el suicidio como un problema de salud.
- Mejorar la atención que, desde la organización sanitaria, se le presta tanto a las personas que presentan conducta suicida como a sus allegados.
- Fomentar la investigación y el conocimiento respecto a la conducta de suicidio.

Garantizar la disponibilidad de programas de salud mental de emergencia y apoyar la construcción de servicios de salud mental del futuro en el contexto de la recuperación de la pandemia.

El Grupo de referencia para Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes: IASC (Naciones Unidas)²², establece que, en situaciones de crisis, los enfoques desde la salud mental deben evolucionar y adaptarse a las necesidades de la población y a los diferentes momentos, potenciando la coordinación multinivel, evaluando

los recursos disponibles y estableciendo claramente los mecanismos de derivación entre recursos. La salud mental y el apoyo psicosocial deben estar disponible en cualquier emergencia. Lograr este objetivo durante la pandemia de COVID-19 significa²³:

- Apoyar las acciones de la comunidad que fortalecer la cohesión social y reducir la soledad, por ejemplo, apoyando actividades que ayudan a los adultos mayores aislados ...

- Invertir en programas de salud mental que pueden ser entregados a distancia, por ejemplo, tele-asesoramiento de calidad asegurada para la primera línea los trabajadores de la salud y las personas en casa con depresión y ansiedad.

- Asegurar una atención ininterrumpida y presencial dirigida a las personas con trastorno mental severo, definiendo dichos cuidados como servicios esenciales que deben ser continuaron durante toda la pandemia.

- Protegiendo y promoviendo los derechos humanos de las personas con problemas graves de salud mental y discapacidades psicosociales

- Desarrollando y financiando la aplicación de reformas de los servicios que trasladen la atención de las instituciones a

los servicios comunitarios

- Asegurándose de que la salud mental es parte de cobertura sanitaria universal, por ejemplo, incluyendo el cuidado de las enfermedades mentales y trastornos por uso de sustancias

- Fomentando la capacidad de los recursos humanos para la prestación de servicios la salud mental y la atención social, por ejemplo, entre los trabajadores comunitarios para que puedan proporcionar apoyo.

Hace falta un cambio de orientación de los servicios y la puesta en común de los distintos actores del hecho sanitario, de los distintos poderes y espacios: del planificador, del gestor, de la comunidad donde se desarrolla el programa, y del propio usuario.

Resumen

La organización mundial de la salud ya advirtió de que el impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de las personas perdurará a medio-largo plazo y estima que el número de personas que requerirán de atención en salud mental puede llegar a una de cada cinco. La OMS destaca como grupos de mayor vulnerabilidad a presentar un problema de salud mental a las personas enfermas, a los/las que perdieron a un ser querido, a

los/las profesionales sanitarios/as y los/las ancianos/as y las personas con problemas de salud mental y adicciones.

Las consecuencias del confinamiento poblacional, el duelo por las muertes solitarias, y el impacto de la crisis sanitaria sobre los/las profesionales centrarán nuestros esfuerzos a medio plazo.

La pandemia por COVID-19 obligó a modificar sustancialmente la forma de trabajar de los/las profesionales de la salud mental y eso puede tener un impacto diferido sobre los/las pacientes.

En este contexto urge definir y dotar presupuestariamente una nueva

estrategia nacional de salud mental que evalúe las necesidades y recursos y defina prioridades globales en una situación de crisis sanitaria.

Cabe destacar la resiliencia y buena adaptación de la mayor parte de la ciudadanía a situaciones tan adversas como las que hemos experimentado en el contexto de la pandemia. Sin embargo, los sistemas de salud, además de proporcionar atención médica, deben realizar una monitorización de las necesidades psicosociales de los/las pacientes y ofrecer prestaciones de apoyo psicosocial integradas en la atención de salud general²⁴.

Referencias

1. **Organización Mundial de la Salud.** *Invertir en salud mental.* ISBN 92 4 356257 6 Organización Mundial de la Salud 2004. https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
2. **Mental health atlas 2017** ISBN 978-92-4-151401-9 © World Health Organization 2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
3. **Hamilton S, Lee C.** *Mental Health Atlas.* WHO Libr. 2013;324-44.
4. **Duan L, Zhu G.** *Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic.* Lancet Psychiatry. abril de 2020;7(4):300-2.
5. **Encuesta Nacional de Salud.** España 2017 (ENSE) . MSCBS.
6. **Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).** (2021). Encuesta sobre la salud mental de los españoles durante la pandemia de la COVID-19
7. **Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. A., López-Gómez, A., Saiz, J., Ugidos, C.** (2020). *Estudio del impacto psicológico derivado del COVID-19 en la población española (psi-covid-19).* Universidad Complutense de Madrid; Grupo 5
8. **Simón Expósito, M. ; Navarro Bayón, D. (2020).** *Estudio de necesidades pos COVID-19 en personas con trastorno mental: estudio realizado en los servicios y centros de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental de Grupo 5.*
9. **Prevalencia de los trastornos mentales en Galicia** Autores: Mateos Alvarez, Raimundo. Gómez Beneyto, Manuel. Xunta de Galicia 2017. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2620-es.pdf>
10. **ACCIONES DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA ESTUDIOS** Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ISBN: 978-84-92848-41-6 Depósito Legal: M-18764-2012. <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>
11. **Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A.** *The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health: Int J Soc Psychiatry;* Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764020915212>
12. **Van Orden KA, Bower E, Lutz J, Silva C, Gallegos AM, Podgorski CA, et al.** *Strategies to Promote Social Connections Among Older Adults During «Social Distancing» Restrictions.* Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry. 18 de mayo de 2020;

13. World Health Organization (WHO). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy supports.* Summary report. Geneva: WHO; 2004. https://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.

14. GUÍA DE SAÚDE INFANTIL: ACTIVIDADES PREVENTIVAS E DE PROMOCIÓN DA SAÚDE EN PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Guia-de-saude-infantil-actividades-preventivas-e-de-promocion-da-saude-en-pediatria-de-atencion-primaria>

15. Júnior JG, Moreira MM, Pinheiro WR, de Amorim LM, Lima CKT, da Silva CGL, et al. *The mental health of those whose rights have been taken away: an essay on the mental health of indigenous peoples in the fase of the 2019 coronavirus (2019-NCov) outbreak.* Psychiatry Res. 13 de mayo de 2020;113094.

16. “Trabajar en tiempos de COVID19. *Buenas prácticas de intervención psicosocial en centros sanitarios*”. INSST. Diciembre, 2020.

17. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. (https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf)

18. Preventing suicide: a global imperative. ISBN 978 92 4 156477

19. World Health Organization 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.

		TOTAL	FÍSICO	MENTAL	AMBOS
		Número (en miles)	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
A m b o s sexos	Total	8.123,60	83,98	5,49	10,54
Hombres	Total	3.219,8	85,82	6,05	8,14
Mujeres	Total	4.903,8	82,77	5,12	12,11

Tabla 2. Población con limitación en las actividades cotidianas nos últimos 6 meses segundo el tipo de problema. Números absolutos en miles y porcentaje según sexo y comunidad autónoma, con respecto al total de España.

10. Diagnóstico de situación y retos por el impacto de la COVID-19



Isabel Baena Parejo

*Doctora en Farmacia; Ex Viceconsejera
de Salud de la Junta de Andalucía.*

“Detrás de tus ojos”. Tomo prestado el título de una serie televisiva de las que han estado tan presentes en lo cotidiano de la pandemia en muchos hogares. Solo el título me recordó a tantas personas con enfermedad mental que he tenido el privilegio de conocer y con las que pude comprobar que con la adecuada atención sanitaria es posible una oportunidad de vida.

La mascarilla se ha instalado en nuestra vida y ha resaltado el valor de la mirada, hemos casi aprendido a comunicarnos solo con los ojos. Pero la pandemia no ha permitido profundizar en la trastienda, no ha habido ni el tiempo necesario ni los recursos sanitarios preparados para atender lo que hay detrás, para escuchar a las mentes doloridas. Ni a las nuevas ni a las de siempre.

La reforma psiquiátrica que nos debíamos

La reforma psiquiátrica iniciada en España en 1985, con mucho retraso con respecto a otros países de nuestro entorno, toma impulso de la necesaria reforma sanitaria que se acometía en el país a mediados de los ochenta del siglo pasado y se convierte así en un reconocimiento de derechos humanos sin parangón. La protección a la salud mental se considera un bien al que tienen derecho todos los ciudadanos y que incluye: el derecho a recibir asistencia

en toda la diversidad de necesidades, el derecho a la no discriminación y el derecho a una vida ordinaria o a recibir ayuda para llevarla dentro de las limitaciones que impone la enfermedad. Todo ello, teniendo en cuenta que la pérdida de salud mental no debe llevar asociado la pérdida de los derechos ciudadanos.

20 años más tarde, la Declaración de Helsinki (2005), considera la salud mental y el bienestar mental fundamentales para la calidad de vida y la productividad de las personas, las familias, la comunidad y las naciones, permitiendo desarrollar una vida plena y ser ciudadanos activos y creativos. Y, para su consecución, parte del respeto absoluto a los derechos humanos en la legislación, en la planificación y en la gestión, tanto en lo referente a la provisión de servicios de salud mental, como a las actuaciones orientadas a fomentarla y a prevenir la enfermedad.

Pongo el acento en los derechos humanos que aquella reforma psiquiátrica vino a visibilizar y también por señalar de forma especial que las personas con enfermedad mental son personas, pero muy vulnerables, para las que aún hoy sigue siendo un reto la defensa de sus derechos. Una línea muy fina separa aún conculcar sus derechos o respetarlos.

A muchos les puede sorprender hoy, pero uno de los grandes logros de hace 35

años fue precisamente considerar a estas personas en igualdad con el resto de los usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS). Aunque la reforma psiquiátrica en España data de 1985, es con la Ley General de Sanidad de 1986 cuando definitivamente se legisla equiparando al “enfermo mental” con el “enfermo somático”, poniendo así fin a una histórica marginación sanitaria. En el año 1989 se hace realidad la práctica universalización de la sanidad, quedando equiparadas las personas con enfermedad mental con el resto de usuarios de la sanidad pública.

Luego se profundizó en la reforma, en el cierre de los hospitales psiquiátricos como punto de inflexión para una nueva era, una nueva forma de respeto, una nueva forma de tratar, de atender y de cuidar a estas personas que se acompañó de la definición y creación de toda una variada red de infraestructuras nuevas, específicas, así como el diseño de equipos de atención de salud mental y de un modelo asistencial con un fuerte enfoque comunitario.

Las comunidades autónomas (CCAA) fueron y son protagonistas, cada una con su propio impulso, con sus planes de salud mental, con distintos ritmos y poniendo el foco con diferente intensidad y forma en relación a los dispositivos que iban apareciendo en la geografía sanitaria de este país.

Esta reforma se iniciaba con mucha ilusión, con mucho compromiso por parte de las autoridades sanitarias del país y las CCAA y con el apoyo y las ganas de muchos profesionales sanitarios del ámbito de la salud mental, especialmente los psiquiatras, que inauguraban formación especializada.

Hablar de salud mental es complejo... ¿a qué nos referimos? Los problemas de salud mental son un amplísimo conjunto de problemas de salud, enfermedades con diferentes síntomas y manifestaciones que necesitan diferentes abordajes y tratamientos.

Es posible que en la mayoría de las personas el constructo mental inmediato al pensar en salud mental se conforme en torno a pacientes, a personas diagnosticadas de un trastorno mental grave (TMG). Pero, aun siendo esta una parte fundamental y de las más importantes, no es solo eso lo que engloba la salud mental.

Con estas personas con TMG, diagnosticadas o no y tratadas o no, después de todos estos años hay una deuda pendiente, se requiere de manera urgente refocalizar los esfuerzos tras reflexionar sobre el impacto en la salud de estas personas que ha tenido el desarrollo de los servicios de salud mental. La obligada y permanente incorporación del conocimiento, de la evidencia, de la experiencia y los resultados después de 35

años de reforma psiquiátrica, deben servir para reorientar la atención que reciben. Esto sigue pendiente, por supuesto. Pero ahora, y además, a ellos y de forma singular se ha de dedicar una profunda investigación sobre la afectación de esta pandemia en su modo de vida y su salud.

Pero ¿qué hay de tantos otros que se mueven en la antesala?, ¿de los que sufren una enfermedad mental del amplio y variado espectro de dolencias que impactan contra el bienestar mental?, ¿qué hay de aquellos cuya dolencia no es un TMG pero que merecen igualmente una atención a su salud mental, urgente, continuada, de calidad, efectiva y satisfactoria?

La atención prestada a estas personas y a las no atendidas, que son muchas, requiere igualmente un análisis de los resultados para su reorientación en un futuro que debe ser muy próximo. El aumento precisamente del malestar emocional en la sociedad y la capacidad limitada para la prevención y la atención integral ha dado lugar a un incremento de la medicalización, siendo muy considerable la insatisfacción expresada por los pacientes.

No obstante, no hay que perder de vista que la reforma psiquiátrica ha sido una de las empresas que mayor ganancia en derechos y en salud ha reportado a este país; esta reforma se desarrolló de forma no exactamente homogénea por

todo el territorio, pero aún a diferentes velocidades, se produjo un avance en el tratamiento de los pacientes cuyo problema era una enfermedad de la mente digna de reconocimiento.

A lo largo de estos años han existido compromisos a nivel estatal, como la Estrategia de salud mental de 2007 en el contexto del plan de calidad del Ministerio de Sanidad, con el objetivo de profundizar en la equidad y accesibilidad a estos servicios; asimismo a nivel regional se han abordado actuaciones concretas en el sentido de desarrollar estructuras o incrementar los profesionales que trabajan en estos servicios. Sin embargo, no ha sido del todo suficiente ni acorde con las demandas de pacientes, familiares o profesionales del ámbito sanitario, así como de otros sectores implicados, servicios sociales, fiscalía, etc.

Por ello, el impacto innegable que la pandemia provocada por la COVID-19 está teniendo sobre la salud mental de las personas en general y en las que tienen un problema de salud mental en particular, se ha sumado al problema que ya vivían los servicios de salud mental, que después de 35 años la reforma iniciada o no se terminó, o no fue implementando recursos y profesionales acorde a las necesidades siempre cambiantes, que esta área sociosanitaria requería.

El proyecto inconcluso

A lo largo de todos estos años cada CCAA ha ido perfilando su red asistencial sanitaria y social en el ámbito de la salud mental. Esto ha provocado una disparidad importante en la atención a estas personas. La falta de equidad en el acceso y en el tratamiento de estas personas tiene que ver con el territorio y también con la evolución en el tiempo de los servicios y dispositivos de salud mental, poniendo de manifiesto la falta de actualización en algunos casos y en el peor de algunos, con un deterioro del modelo iniciado.

Hay muchos elementos que hacen de la salud mental un área de la medicina singular, y esto marca de forma significativa cualquier análisis que queramos abordar

- **El estigma**, el rechazo social sigue intacto. Este hecho dificulta el acceso a la asistencia con normalidad y dificulta especialmente la socialización de las personas que sufren estas enfermedades. Después de 35 años, poco hemos avanzado en este aspecto que marca de forma significativa cualquier abordaje que se pretenda hacer de estos pacientes, ¿por qué es vergonzante ir al psiquiatra? Persisten conductas estigmatizantes hacia las personas con problemas de salud mental, con especial riesgo de marginación hacia poblaciones marcadas por las

desigualdades sociales, la edad (infancia y mayores) y algunos colectivos específicos (migrantes o personas internadas en centros penitenciarios). Aún sigue siendo habitual en el siglo XXI el rechazo social de un barrio a la implantación de cualquier recurso residencial para personas con problemas de salud mental en el mismo.

- **La vulnerabilidad de los derechos del paciente**, es una línea que se traspasa fácilmente y se justifica aún más rápido. El abuso de la tutela no es un tema menor y, por tanto, es algo que debiera ser revisado.

- **El modelo de atención sanitaria**. El desarrollo de la red de infraestructuras de salud mental no ha sido homogéneo ni entre CCAA, como ya se ha referido, ni siquiera entre territorios de la misma CCAA donde desgraciadamente la falta de homogeneidad no ha respondido a la adaptación a las necesidades asistenciales. Existen razones como la falta de financiación, que, salvo excepciones, ha marcado año tras año los presupuestos sanitarios de cada CCAA.

- La reforma psiquiátrica que empezó hace 35 años está lejos de haber concluido su diseño inicial en todo el territorio. 35 años son muchos, y en este tiempo el SNS ha evolucionado, los profesionales han evolucionado, el conocimiento se ha desarrollado, la

sociedad ha cambiado y es un hecho que sus necesidades no están siendo cubiertas a plena satisfacción. Tampoco se han cubierto del todo las expectativas de los profesionales ni las de los pacientes y familiares. Este apartado requiere una mirada específica. Debe responderse a la pregunta de si sigue siendo útil el modelo de asistencia que se presta y que en muchos casos esta sin terminar.

- **Una atención sanitaria de enfoque comunitario** que nunca se vio materializado o percibido en su totalidad. La dispar dependencia de los profesionales de los equipos de salud mental (de hospital o de atención primaria), el escaso, pero imprescindible trabajo en equipo. Hoy es impensable esperar resultados de calidad si los equipos de salud mental no se integran con los profesionales de atención primaria y con el resto de servicios hospitalarios necesarios para una atención efectiva e integral. Este modo de trabajo no debe reservarse a la voluntariedad. La red de atención de salud mental camina como una red paralela al resto de la red asistencial en muchos casos, incluso con normativas independientes. Sin duda el análisis debe realizarse con rigor y las causas serán múltiples, pero este aspecto es crucial para el avance en calidad.

- **El papel que juega la familia.** El modelo de sociedad y lo que fue un pilar de apoyo imprescindible para la consecución

de las metas de la reforma psiquiátrica, ha cambiado, los 35 años han pasado también para el modelo de sociedad y de familia, y el modelo de sociedad legítimamente ha evolucionado. Este nuevo escenario social obliga a una reflexión y a la acción posterior, no se puede seguir confiando en que “alguien” cuidará del paciente. La recuperación, la autonomía y el autocontrol del paciente debe ser la meta, por lo que el grado de autonomía que se alcance debe marcar las necesidades de recursos en cuanto a tipo de recursos, número y tipo de asistencia que se preste.

- **El imprescindible espacio de las asociaciones de familiares,** que ha sido necesario para llegar hasta aquí, las hace sin duda, imprescindibles al haber ido dando voz y paso a pacientes autónomos, con capacidad para decidir sobre sus necesidades, prioridades y su forma de vida. Pero hoy este asociacionismo está igualmente afectado por el paso del tiempo, por la madurez de la sociedad, debe reflexionar en profundidad sobre el cómo, el por qué y sobre todo el para qué.

- **La necesidad de inserción social y laboral.** Este aspecto completa la atención integral para estos pacientes. El Estado ha sido necesario para el impulso de la “normalización” pero no es suficiente, nunca fue suficiente. A lo largo de este tiempo se ha ido desdibujando el fin, la meta. Es imprescindible el compromiso

de diferentes ámbitos de la administración y la reflexión sobre aquellos modelos que han dado resultados, aunque hayan sido limitados. Cada CCAA presenta soluciones diferentes, por lo que parece necesario una evaluación de resultados, un análisis del impacto real sobre la inserción social y laboral de cada opción para seguir avanzando.

Decía Antonio Gala “mirar atrás, significa tropezar”; es verdad que toca mirar adelante, pero creo en el reconocimiento de lo vivido, de la historia que ha hecho posible la realidad actual, el reconocimiento de lo realizado hasta ahora y la reforma psiquiátrica realizada en España a mediados de los 80 ha sido uno de los logros que deben hacer sentir orgullo a una sociedad. Fue un signo digno de una sociedad que anhelaba ser mejor. Sin embargo, desde mi experiencia diría que los logros en salud mental han pasado sin el reconocimiento merecido; es un área de la medicina poco lucida, poco comentada, poco conocida incluso a nivel social. Los que creen que no necesitan estos servicios no la tienen presente, los que la necesitan prefieren pasar desapercibidos, sin hacer mucho ruido. Por ello la intervención de lo público es imprescindible.

No obstante lo realizado, no se terminó el mapa de la red de centros, equipos y servicios necesarios para la atención a estas personas. No se cumplimentó la diversidad

ni el número de estructuras y tampoco se culminó la actualización de recursos, materiales y humanos (en número y en diferentes disciplinas) necesarios para una respuesta de calidad.

La pandemia

La salud mental siempre tuvo un hueco en la disciplina de salud pública, por su magnitud, por su gravedad, por la afectación que provoca a las familias y la sociedad y hoy sigue siendo un problema de salud pública de primera dimensión.

Hay que recordar la importancia epidemiológica de los problemas de salud mental, con un 25% de prevalencia es el cuarto problema de salud en cuanto a carga de enfermedad, con un significativo impacto de género, (es el segundo problema de salud en cuanto a carga de enfermedad en el caso de las mujeres). Son problemas de salud con una larga evolución en la mayoría de los casos, especialmente los más graves, en los que son necesarios esfuerzos complejos e intersectoriales, incluida la necesidad de cuidados familiares.

La pandemia vivida, con la que convivimos aún, la que hemos incorporado a lo cotidiano, está influyendo de manera significativa en la vida de las personas, con consecuencias de diferente índole e intensidad según el caso, sin duda la consecuencia más dura ha sido ha sido la

pérdida de vidas, pero otras consecuencias no han sido menores: pérdida de trabajo, cierre de negocios, cambio bruscos en las condiciones económicas de la familia, la inmensa soledad, el cambio en la forma de relacionarnos, la pérdida de vida social y todas, son situaciones que se muestran con un denominador común que están teniendo además del impacto sanitario, social y/o económico o precisamente por eso, un significativo impacto sobre nuestra salud mental, sobre nuestro bienestar mental. Muchos de ellos sin haberse puesto de manifiesto aún.

En este sentido y más allá de las tremendas dificultades que han tenido los servicios sanitarios para atender a los pacientes COVID, ya más de un año de pandemia con picos de especial dificultad para dar respuesta, con saturación de los servicios afectados, esta pandemia ha venido a coincidir con unos servicios de atención a la salud mental que no se encontraban en su mejor momento como ya se ha referido.

El COVID-19 trajo para todos, el confinamiento, el aislamiento, la soledad, la incertidumbre, el desconocimiento, el miedo, la pérdida de lo cotidiano, la pérdida de seres queridos, y mucha enfermedad resultando como consecuencia la saturación de algunos servicios sanitarios y la paralización de otros muchos servicios de salud.

El miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que nos enfrentamos a la incertidumbre, o a lo desconocido o a situaciones de cambios o crisis. Nunca habíamos vivido una situación similar en la historia reciente de la humanidad, ni por su gravedad, ni por sus características singulares, ni por su duración, de manera que ese miedo, preocupación o estrés se han convertido en habituales.

Al miedo de contraer la enfermedad por el virus SARS-CoV-2, se suman el miedo a morir o a perder a un ser querido, a ser fuente de contagio, etc. Ese miedo a lo desconocido, el miedo que provoca la incertidumbre, la duda, es un factor de riesgo para nuestra salud mental. Para muchos el miedo a la pérdida se ha hecho realidad convirtiéndose en dolor por la pérdida, en culpabilidad a veces. Los que han padecido la enfermedad saben de la soledad, de la insolidaridad y la vulnerabilidad.

Para todos, además, se han ido sumando el impacto provocado por los importantes cambios en nuestra vida cotidiana que han traído soledad, aislamiento, ansiedad y tristezas debidas a la asunción continuada en el tiempo de la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos. Se han producido cambios en nuestra vida con consecuencias en muchos casos para la estabilidad económica como el cierre de

establecimientos y empresas, el trabajo desde el hogar, el desempleo temporal o la educación de los niños en el hogar.

La repercusión de la pandemia en el ámbito laboral es poliédrica, tener trabajo, sentirnos útiles en la sociedad marca necesariamente nuestro bienestar físico y mental, de forma que el impacto del COVID en el trabajo de muchas personas puede comprometer su salud mental, por lo que el aspecto laboral debe abordarse de forma integral. Muchas personas han perdido su empleo de forma permanente, pero otros muchos sin perderlo han visto alterada su desarrollo normalizado, sufrir ansiedad, estrés, la depresión dificulta una adecuada relación laboral con la empresa. La repercusión sobre la salud mental de las personas afectadas desde el punto de vista laboral y económico, con necesidad de atención mental. Todo ello son factores desencadenantes de un posible problema de salud mental.

Esta desconocida manera de relación social que va penetrando en nuestros hábitos tras un año de pandemia nos ha afectado, de forma dispar, seguro, con diferente intensidad, pero nos ha llegado a todos, impactando sobre nuestro equilibrio, sobre nuestro bienestar.

Mucho se ha hablado, escuchado y leído sobre la afectación de esta pandemia en diferentes ámbitos, pero, en concreto el

impacto sobre los servicios sanitarios en general y los de salud mental en particular, quedan por analizar en profundidad, por estudiar, por investigar con el rigor necesario para incorporar este conocimiento en la reforma que debemos imprescindiblemente acometer de los servicios de salud mental, dado el papel necesario que deben jugar en la recuperación de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó un informe (2020) a través del cual analiza los efectos de la COVID-19 en los sistemas de salud de distintos países, indicando que se han provocado interrupciones de servicios esenciales. Nuestro país no es una excepción y la salud mental tampoco. En este mismo informe se pone de manifiesto igualmente la existencia de consecuencias directas e indirectas de la pandemia en las condiciones de salud mental que han conducido a una mayor demanda de servicios, no siempre adecuadamente satisfecha.

Esta situación es enormemente preocupante, los principales factores estresantes referidos que se han vivido en la pandemia, pueden representar factores de riesgo para el desarrollo de nuevas enfermedades mentales para un importante número de personas que hasta ahora no habían vivido la necesidad de esta atención (pérdidas de empleo, pérdidas de seres queridos, sufrir la infección, la soledad,

el aislamiento, han llevado acompañados el estrés, la ansiedad, la depresión, etc.) y que ocurre en un momento de especial dificultad para el acceso normalizado a los servicios.

Igualmente, esta situación ha traído la lógica exacerbación y recaída de personas con una variedad de problemas de salud mental ya existentes anteriormente y donde las interrupciones de la atención de estos problemas en este ámbito de la salud pueden estar poniendo en peligro el bienestar y en el peor de los casos la vida, especialmente en el caso del riesgo de suicidio, de abandono de medicación o de consumo de drogas.

Especial atención requieren en este análisis los profesionales sanitarios, sociosanitarios y otros profesionales que han tenido un trabajo de primera línea durante la pandemia, trabajadores esenciales que están necesitando una atención especial como acompañamiento de su propia vivencia en la pandemia, posiblemente sea necesario reflexionar en cómo dar respuesta al apoyo psicológico, atención de la ansiedad, apoyo para el afrontamiento, o estrés de estos colectivos que han sido claves para la lucha contra la pandemia desde el punto de vista sanitario y social.

Estas situaciones descritas requieren una atención urgente, muchas personas lo

necesitan. La pandemia pone de manifiesto nuevos retos para la definición de un nuevo modelo de atención en salud mental: la atención psicológica a determinados procesos de salud, el diagnóstico precoz o la atención continuada, deberá sumar o normalizar la atención a los factores predisponentes.

Con este escenario la llegada de una pandemia que ha tenido y tiene impacto sobre el bienestar mental de las personas, sean personas con enfermedad mental previamente diagnosticada o nuevos problemas de salud mental en nuevos pacientes que han encontrado un difícil (por no decir imposible) acceso a los servicios de salud mental durante la pandemia, ha venido a poner más en relieve la necesidad de una reflexión profunda en torno a los servicios de salud mental que necesita la sociedad actual.

Ya hemos dicho que los servicios de salud mental, previo a la pandemia, estaban requiriendo una reevaluación de financiación y de modelo, la falta de financiación adecuada es crónica y el modelo nunca finalizado o consolidado estaba demandando una reorientación. Las necesidades que la pandemia trae en salud mental debe ser la oportunidad necesaria para un abordaje definitivo de los servicios de salud mental.

Se han de recopilar datos, existen publicaciones, originales y encuestas de estos últimos meses que ponen de manifiesto la afectación de las personas en su bienestar mental debido a la pandemia, pero se ha de seguir profundizando, ya no solo de cómo se estaban prestando los servicios sanitarios de salud mental antes del COVID-19, sino también de qué ha pasado durante la pandemia y de su afectación a la población, de las necesidades de atención no satisfechas, de la accesibilidad a los servicios, dificultades de acceso que se han puesto de manifiesto de forma más clara con la pandemia y a propósito de ella.

La oportunidad necesaria

La pandemia que vivimos debe convertirse en una oportunidad para el diseño, para el rediseño de un área de la atención a la salud de las personas que es imprescindible, que se ha mostrado más necesaria que nunca. Un área que como otras de la medicina se merece una reflexión urgente, pero con la serenidad suficiente que permita un análisis con rigor.

Hace tiempo que los servicios de salud mental requerían no solo más financiación, que también, sino una evaluación rigurosa, exhaustiva, de cómo estaban funcionando los servicios, pero sobre todo una evaluación de resultados en salud de los pacientes atendidos y que incorporase la

imprescindible valoración y satisfacción de pacientes, familiares y sociedad en su conjunto, por las connotaciones singulares que el ámbito de la salud mental tiene y que han sido ya referidas.

La reforma psiquiátrica que conocimos puede servir de base, pero debe convertirse en oportunidad de incorporar las nuevas necesidades, las evidencias, el nuevo conocimiento sobre organización y gestión de servicios para que aporten la calidad definitiva a los servicios de salud mental.

Se requiere una Estrategia actualizada de Salud Mental en el SNS, que parta de un diagnóstico de la situación, un diagnóstico que relacione los recursos existentes, los procesos de atención desarrollados y los resultados en salud obtenidos, a nivel nacional, regional, local e individual.

La pregunta debiera ser ¿qué necesitan las personas con un problema de salud mental hoy? El mejor modelo será aquel que dé respuesta a los objetivos de obtener resultados en salud. El modelo debe sustentarse en pilares como la experiencia que se ha acumulado en este tiempo, la evidencia clínica disponible y sobre todo la ética. Es la ética una dimensión que debe marcar cualquier decisión en salud, pero si hablamos de salud mental, la ética es un valor transversal innegable a toda decisión que se tome.

El objetivo común es ofrecer una asistencia sanitaria de calidad, que incorpore la satisfacción del usuario y su participación en la toma de decisiones. La meta en salud mental debe caminar hacia la consecución de la autodeterminación, del autocontrol, debe ser la recuperación de la salud mental y permitir aumentar las expectativas de una vida individual plena.

Por ello, es un área que requiere de la concurrencia de otras administraciones y no solo de la sanitaria, de otras instituciones y de agentes sociales para una atención integral, por lo que la acción coordinada desde el diagnóstico permitirá medidas más certeras desde el inicio de la planificación y la puesta en marcha necesaria.

El análisis debe contemplar una atención sanitaria y social integral que favorezca la promoción de activos protectores, la prevención, el control de factores de riesgo desencadenantes de enfermedad mental, el diagnóstico precoz, la ATENCIÓN DE CALIDAD y la recuperación del proyecto vital. Son metas que requieren un abordaje conjunto de diferentes áreas y diferentes responsabilidades.

En este camino debería ponerse el foco de manera especial en los siguientes puntos:

1. La administración sanitaria debe incorporar la atención a los problemas

de salud mental de forma prioritaria en la agenda política, por ser un problema de salud pública y por su impacto en la sociedad en su conjunto. La no atención a estos problemas afecta al bienestar de la sociedad.

La reforma psiquiátrica no fue homogénea en el país como tampoco lo es la atención en salud mental ahora, se ha de estar muy vigilante en relación a la equidad cuando hablamos de tratamiento de personas con problemas de salud mental. De manera más especial que en ninguna de otras áreas debido a ser un área de atención donde el género y la marginación marcan de forma evidente el sufrimiento de la enfermedad mental. Cualquier reforma que se aborde debe mantener como valores la universalidad, la equidad y la accesibilidad, así como el enfoque de género.

2. La atención integral no es exclusiva de la administración sanitaria, otras administraciones y sectores deben implicarse para conseguir la atención integral de estas personas, pero esta relación requiere de un nuevo planteamiento que evite la voluntariedad de las decisiones. Trabajar en la promoción de la salud mental y en su prevención implica a sectores como la educación y la reinserción social y laboral de estas personas implica a los servicios sociales y otras instituciones y agentes sociales, es parte de su tratamiento y por tanto el

compromiso con la salud mental debe ser un compromiso de Estado.

3. La reinserción social y laboral

forma parte del tratamiento en muchos pacientes.

Es evidente la repercusión económica para el país, la empresa y el trabajador que la pandemia está teniendo, las cifras del paro después de esta crisis marcarán sin duda la evolución de la reinserción laboral, siempre difícil, de las personas con enfermedad mental. Por ello este elemento debe incorporarse a la ecuación que trate de dar una respuesta integral a los problemas de salud mental y a las personas que los padecen. La pandemia y sus consecuencias económicas en el país pondrán de manifiesto la necesaria implicación del Estado para la consecución de los objetivos de esta reinserción. Sin duda debe valorarse la colaboración público-privada que ofrezca fórmulas satisfactorias, pero cualquiera de ellas debe mantener la supervisión activa de la administración.

4. **El estigma**, acciones concretas de discriminación positiva deben retomarse y trabajarse si se quiere conseguir definitivamente no solo una inserción social normalizada de las personas que tienen un problema de salud mental sino una atención sanitaria “saludable”, que permita un acceso a los

servicios de salud mental sin cortapisas debidas a la marginación que acompaña estas enfermedades.

5. Obligado será escuchar **a los pacientes y las familias**. Es de obligado cumplimiento en cualquier actuación sanitaria que pretenda incorporar la satisfacción del paciente como elemento de la calidad de la atención prestada, pero si hablamos de salud mental se hace imprescindible por diferentes razones.

La familia se consideró parte integrante de los recursos necesarios para la desinstitutionalización de la reforma psiquiátrica iniciada en 1985, se contaba con ella para acoger a los nuevos pacientes diagnosticados, para facilitar su reinserción, para asegurar la adherencia a los tratamientos para dar soporte económico y contribuir a los resultados sanitarios en el paciente.

Sin embargo, nuestra sociedad ha cambiado y en la mayoría de los casos no se puede contar con esta “estructura” de soporte. Esto modifica sustancialmente el abordaje de una parte importante de los pacientes con una dolencia grave. El modelo familiar ha cambiado y esto hay que tenerlo en cuenta más allá de que el objetivo debe ser conseguir la autonomía del paciente, no por necesidad sino por compromiso con su recuperación. Además, cada vez más los pacientes tienen y quieren tener voz

propia y se ha encontrado encaje en la toma de decisiones de cómo debe afrontarse su atención.

El modelo de participación ciudadana, de las asociaciones de pacientes y de familiares debe incorporarse a la evaluación del diagnóstico para su revitalización.

6. La satisfacción del paciente.

Mucho del análisis realizado toma como referencia las personas con TMG; sin embargo, los más frecuentes no son estos pacientes, los que hablan de mayor insatisfacción para ellos y también para los profesionales que los atienden son pacientes que presentan algún problema del amplio abanico de patología que es la salud mental y que tiene dificultad no solo en el acceso sino en el mantenimiento en el tiempo necesario dentro del sistema sanitario.

Valga de ejemplo los nuevos pacientes de los servicios de salud mental que han venido de la mano de la pandemia. La pandemia ha puesto blanco sobre negro el déficit existente para una atención adecuada a esta población que se acerca por primera vez. Así mismo ha puesto de manifiesto la necesaria valoración de género y de marginalidad que afecta a estas patologías.

7. En este proceso se ha de escuchar a los **profesionales**. Para que

se produzca una transformación, hacen falta movimientos profundos, y cuando hablamos de salud mental hacen falta movimientos de los profesionales sanitarios y también de los del ámbito de los servicios sociales. Pero los profesionales del ámbito de la salud mental deben reflexionar y hacer autoevaluación y no todo es falta de financiación. Deben hablar de modelo, del cómo, de la interdisciplinariedad necesaria, de la interacción con el resto del sistema sanitario, de la significación y efectividad del modelo de atención comunitaria.

a. ¿Cuál es el equipo de salud mental necesario y suficiente?

b. ¿Cuál es el papel de la enfermería de salud mental, del psicólogo, del trabajador social, de otras disciplinas?

c. ¿Cuál es el valor del tiempo con el paciente?

d. ¿Cuál es el valor de los medicamentos?

e. ¿Cuál es el de compartir conocimiento?

f. ¿Qué hay del cumplimiento de los tratamientos?

g. ¿Qué hay de la atención en domicilio?

h. ¿Cuál es la necesidad de decisiones compartidas con otras disciplinas?

i. ¿Qué pasa con los tratamientos asertivos comunitarios?

j. ¿Cómo incorporar la dimensión psicológica en la atención al resto de los problemas de salud? ¿A qué no estamos dando respuesta?

Es justo reconocer a los profesionales de los servicios asistenciales de atención a las personas con enfermedad mental, por trabajar por su bienestar, por trabajar por su “normalización”, vaya este reconocimiento por delante, pero es necesaria hacer una profunda autoevaluación. Esta autoevaluación hecha con el rigor necesario aportará unos cimientos sólidos para la renovación que se pretenda hacer en los servicios de atención a la salud mental.

8. El modelo comunitario de atención no ha llegado a consolidarse. O así es percibido por los usuarios. La atención domiciliaria, es anecdótica. La satisfacción del paciente y del familiar, es muy mejorable. ¿Tratamiento asertivo en la comunidad? ¿desde cuándo están los pacientes esperando este servicio? Es inexistente en muchos lugares de España, o solo la enfermería de salud mental la ha desarrollado en parte. La proactividad de los dispositivos de salud mental es poco

apreciable. La relación, centrada en el paciente, entre atención primaria y los dispositivos de salud mental no es estrecha. ¿El interés de los profesionales va por el tratamiento y el seguimiento comunitario? ¿Se ha protocolizado (medicalizado) en exceso toda la atención?

Especial atención requiere la salud mental infanto-juvenil en el modelo que se defina. Son muchos los resultados positivos cosechados por estos equipos, sin embargo, la accesibilidad a ellos se ha visto dificultada por el diseño de un modelo que pide ser evaluado, cualquier valoración rápida corre el riesgo de ser equivocada.

La falta de recursos con el paso del tiempo se ha ido haciendo más evidente y el efecto resultante es la reclamación de la institucionalización de los jóvenes por parte de las familias que se ven superadas por la falta de atención efectiva. Por no llegar a estos equipos.

Así mismo, la atención a las drogodependencias, como causa o consecuencia de un problema de salud mental, ha de ser incorporado al análisis, en muchos lugares es una red que en el mejor de los casos corre de forma paralela, en el peor de los casos corre de forma divergente en relación a recursos, objetivos y abordajes de tratamiento.

9. Como **elementos transversales** deben formar parte de la reforma que vaya a abordarse la **formación continuada** de los profesionales. Este debe ser un aspecto crucial, más allá de la competencia técnica deben incorporar actitudes y habilidades específicas, para el trabajo intersectorial, la comunicación, la negociación, la resolución de conflictos, así como la perspectiva de género y la marginalidad.

La investigación. Potenciar la investigación en el ámbito de salud mental es obligado, genera la necesaria evidencia y permite la búsqueda de la excelencia en la atención.

Sin embargo, hay que poner el acento no solo en la investigación de nuevos tratamientos, que por supuesto, sino en la investigación de la innovación en la gestión y nuevos modelos de relación de equipos multidisciplinares, así como de la natural evolución de las necesidades de la sociedad en relación a su salud mental.

10. El modelo de gobernanza

La forma de gestionar el nuevo enfoque de salud mental para el futuro inmediato con coherencia y coordinación en el marco del sistema público de salud que se tiene en España, requiere asegurar un procedimiento de trabajo que permita

disponer de las mayores garantías posibles para el éxito de los objetivos que, sin duda, deben incorporar características de calidad en el tipo de servicios que se ofrezcan a la sociedad y de equidad en el acceso.

Nuestro Sistema Nacional de Salud dispone de un modelo organizativo ampliamente descentralizado que requiere sistemas de gobernanza apropiados a sus características cuasi-federales. Por eso, la nueva Estrategia de Salud Mental (que en la actualidad se está revisando), debe ser sostenible técnica y financieramente, debe surgir de un trabajo con participación efectiva de profesionales, pacientes (y sus familiares) y de las Comunidades Autónomas.

Debería tener hitos específicos que puedan ser evaluados de manera periódica con transparencia y, finalmente, una financiación específica con aportaciones definidas de antemano por parte de los presupuestos generales del Estado y los de las Comunidades Autónomas.

Siendo consciente de la dificultad de la tarea, no debemos dejar de ser exigentes en relación a los requisitos que deben caracterizar la nueva Estrategia de Salud Mental que necesita la sociedad española y a la que tenemos derecho a aspirar.

11. Diagnóstico de situación por parte de los medios de comunicación



Gabriel González Ortiz

(Artajona, Navarra, 1978).

Es periodista especializado en información judicial y de sucesos en Diario de Navarra (2000 - actualidad). Miembro de la comisión para la prevención del suicidio del Gobierno de Navarra (2015 - actualidad). Autor del libro 'Hablemos del Suicidio' (2018). Profesor asociado de comunicación en la Universidad de Navarra (2008 - actualidad) y profesor del posgrado de Suicidología en la Universidad del País Vasco (2020- actualidad).

“¡Vete al médico!”. El grito arrojado por un diputado desde la bancada del Congreso abrió la espita la mañana del 17 de marzo de 2021. De inmediato, una oleada de indignación irrumpió en las redes sociales. La salud mental se convirtió en tendencia en España: el *hashtag* *#saludmental* registró más de 26.000 mensajes en Twitter, mientras que *#yotambienvoyalmedico*, con el que personas anónimas y públicas destacaban la importancia de la salud mental, e incluso contaban sus experiencias, alcanzó unos 2.500 tuits, según datos de la aplicación *Talkwalker*. Y hubo más. La mayoría de los medios de comunicación españoles no solo se hicieron eco de esta reacción social, también publicaron reportajes, noticias y columnas de opinión sobre el estado de la salud mental en el país.

Tradicionalmente silenciada por el tabú y distorsionada por los falsos estereotipos, ese día la salud mental protagonizó la conversación pública. Un episodio puntual, accidental, pero que ilustra en varios aspectos el cambio de estatus informativo que esta problemática ha ido experimentando en los últimos años, intensificado durante la pandemia mundial. Las etiquetas erróneas y el estigma continúan muy extendidas, como quedó en evidencia por el suceso del Congreso y como han reflejado varios estudios (el más reciente, en España, es de 2019¹), pero el tratamiento informativo general ha

mejorado de manera paulatina en la última década. Tanto en calidad (Confederación de Salud Mental, 2019; Informe Quiral, 2016; Obertament 2019; Pérez, Bosqued, Nebot, Guilabert, Pérez, Quintanilla, 2015), como en cantidad y frecuencia^{2,3,4,5}. Una foto fija del primer tercio de 2021 muestra que la salud mental, como problemática social y sanitaria, nunca ha contado con tanta presencia en los medios como durante la crisis de la COVID-19, brindando así una oportunidad para minimizar el estigma⁶.

En este cambio de paradigma, todavía en construcción, también han jugado su papel las redes sociales. Tan cuestionadas como factores de riesgo en algunos supuestos, resultan muy útiles para visibilizar esta problemática en aumento^{7,8,9} y para dar altavoz a todas esas personas que antes no encontraban su hueco en los medios tradicionales^{1,10}. También para reivindicar y denunciar excesos informativos y comportamientos como el del 17 de marzo. En definitiva, y a pesar de que los contenidos negativos ocupan todavía una cuota demasiado importante, a través de los medios de comunicación - en todos sus formatos - se siguen dando pasos para una mayor normalización de la conversación pública en torno a la salud mental.

Dos décadas antes, así lo reclamaba la Organización Mundial de la Salud¹¹. En su informe sobre el estado de la salud mental destacó que el obstáculo “más importante”

que había que salvar en la comunidad era “la estigmatización y la discriminación de las personas con trastornos mentales y del comportamiento”. Para ello, añadía, los medios podían “adoptar medidas para supervisar, eliminar o impedir el uso de imágenes, mensajes o historias que pudieran perjudicar” a estas personas. Por el contrario, subrayaba la OMS, los medios también podían utilizarse “para informar al público, para favorecer o motivar el cambio de actitudes y comportamientos individuales”. Una dicotomía que, durante décadas, ha estado inclinada hacia lo negativo. Hacia el estigma.

El estigma, “la señal, el desdoro, la afrenta y la mala fama” que recoge la Real Academia de la Lengua, ha sido abordado en otro capítulo de este libro. Es un conjunto de reacciones sociales negativas que limitan el bienestar, adaptación e integración de quienes padecen una enfermedad mental, afectando también a familiares y profesionales. Se manifiesta a través de estereotipos (violencia, impredecibilidad, debilidad...) que pueden cristalizar en prejuicios sociales y desembocar en una discriminación efectiva, en “comportamientos de rechazo que coloquen a las personas con trastorno mental en una situación de desventaja social”¹².

Y así como los griegos crearon el término estigma para referirse a los signos

corporales “con los que se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien lo representaba”¹³, los medios también han contribuido, y contribuyen a pesar de los avances, a difundir esas etiquetas perjudiciales con las que la sociedad puede ‘marcar’ y discriminar a estas personas. También a favorecer el autoestigma. Se debe tener muy en cuenta que los medios, a pesar de que su poder puede variar con el tiempo¹⁴, son una de las principales fuentes por las que la sociedad se informa y crea sus percepciones sobre salud mental^{15,16,17,18}. “Se estima que la población recibe el 90% de la información sobre salud mental a través de los medios”, según valoró un estudio en 2010¹⁹. Otro dato: en 2020, los españoles consumieron cada día 208,9 minutos de televisión, 181,6 de internet, 93,6 de radio y 7 de diarios²⁰. De ahí la enorme importancia de los mensajes que se difunden a través de canales de consumo tan masivo.

¿Y cómo contribuyen a fomentar el estigma los medios? En relación a la discapacidad -concepto que en no pocas ocasiones se confunde con salud mental-, Demetrio Casado se refería a los medios como “espejos trucados”²¹, una metáfora crítica sobre cómo desfiguraban la imagen de las personas con discapacidad para proyectar ese perfil deformado a la sociedad. En salud mental podría hablarse del mismo efecto. Al menos hasta la primera década del siglo

XXI, las personas con enfermedad mental aparecían en los medios básicamente bajo tres visiones prototípicas²²: la del maníaco homicida que hay que recluir, la de la persona adulta con conductas infantiles que requiere control externo y la del espíritu libre y creativo que produce cierta admiración. Tres visiones externas que sitúan a las personas con enfermedad mental fuera de lo que se considera normal y en las que predomina, “por encima de todas”, la relacionada con la violencia²². Otro trabajo²³ detalla los cinco patrones más comunes con los que los medios fomentan el estigma:

- La forma en que se presentan a las personas con enfermedades mentales es predominantemente negativa. Se les muestra como violentas y peligrosas, incluso a un nivel criminal y además se les expone como incompetentes e incapaces de llevar su propia vida, con falta de control o vulnerabilidad^{15,16,17}.

- Muchas veces los medios utilizan denominaciones de enfermedades mentales de manera metafórica, como es el caso de “esquizofrénico” para referirse a algo que resulta incoherente, contradictorio o excéntrico²⁴.

- Usualmente, los artículos no se complementan con información sobre tratamientos, procesos de recuperación o técnicas de rehabilitación, dando a entender

que los trastornos son incurables^{25,26,27}.

- No se da espacio al testimonio de personas con enfermedad mental¹⁵, favoreciendo que se les perciba como incompetentes o poco creíbles para explicarse a sí mismos²⁸.

- Los periodistas difunden elucubraciones diagnósticas de vecinos y policías, o caen ellos mismos en especulaciones²⁹.

Salud Mental y medios de comunicación: una perspectiva histórica.

La representación de la salud mental en los medios de comunicación es algo que se viene estudiando durante las últimas siete décadas. Sobre todo, fuera de España. Desde que Jun Nunnally publicara las primeras críticas a los medios por su “inapropiada” representación de la salud mental^{30,31}, han sido numerosos los investigadores que han monitorizado la cobertura informativa de la salud mental. Y a pesar de las limitaciones de muchos estudios desde la perspectiva actual -sobre todo por estar centrados en su mayoría en la prensa escrita, en contraposición a la evolución de los hábitos de las audiencias^{32,20}-, en ellos se refleja que la representación mediática de la enfermedad

ha sido bastante negativa, si bien se reporta una mejoría en el s.XXI ^{33,17,34,35,15}.

En la misma línea, pero un paso más allá, se ha estudiado el impacto efectivo que estas coberturas pueden tener en las creencias y actitudes de la sociedad. Así, varias investigaciones específicas “parecen mostrar que influyen significativamente” (en términos de correlación, no de causalidad), y que determinadas informaciones han provocado un deseo de aumentar el distanciamiento de las personas con problemas de salud mental ^{25,36,37}. Más recientemente, una revisión sistemática reforzaba esta vinculación³⁸: los tratamientos positivos “conducen a reducir las actitudes estigmatizantes” y los negativos “ayudan a aumentarlos”.

En España, los trabajos que han analizado las piezas informativas para identificar claves sobre cómo se produce el estigma “son escasos”². De 1987 a 2019, se pueden encontrar algo más de una decena de estudios relevantes. Debido a la falta de uniformidad entre las investigaciones (los autores son distintos, los medios de comunicación analizados diferentes y los criterios empleados no coinciden), no se puede realizar entre ellos una comparativa que permita evidenciar una evolución en un sentido u en otro. Sin embargo, una vez analizados 14 de estos trabajos sí se pueden deducir al menos tres conclusiones:

- El porcentaje de contenidos negativos con respecto al total de publicaciones sobre salud mental se sitúa de media en una horquilla constante de entre un 20% y un 35%. A pesar de que algún informe reciente⁴ ha elevado hasta el 47% la presencia de artículos negativos, lo cierto es que el porcentaje más repetido durante los últimos 35 años oscila entre el 24% y el 30%. En consecuencia, la mejoría en la cobertura experimentada en los últimos años, y que citan estudios recientes y representantes sanitarios, no estaría tanto en la reducción de los contenidos negativos (al menos en cantidad) como en el aumento de los contenidos positivos, que han pasado del 7,5% del primer estudio³⁹ al 40% del último¹.

- Otro aspecto que se repite en los estudios es la alta presencia de informaciones en las que salud mental, con especial incidencia en la esquizofrenia, es utilizada como mera metáfora, trivializando un problema por el que sufren miles de personas en este país, en la línea de otros trabajos internacionales²³.

- Desde una perspectiva temporal también se aprecian dos épocas diferenciadas. Hasta 2005, los tres únicos estudios que constan en España subrayan un panorama con “marcadas carencias y una manifiesta polarización hacia lo negativo en el tratamiento de la patología mental en la prensa escrita española,

estando lejos de ofrecerse un tratamiento informativo de calidad”¹². A partir de entonces, hay otros estudios, informes y guías que apuntan a una mejoría.

Uno a uno, los estudios más citados que han analizado el panorama periodístico español, y en los que se detectan los cinco errores más comunes antes mencionados, son los siguientes:

- **1987.** Existe unanimidad en señalar el estudio *Salud mental y prensa en Andalucía*³⁹ como el primer trabajo que analizó esta relación. Tras analizar 510 noticias sobre salud mental, el informe señaló que existía una manifiesta polarización sobre la salud mental, destacando los aspectos negativos sobre los positivos. Casi una cuarta parte de las informaciones aparecían en la sección de Sucesos, una insistente relación entre locura y delito que no solo se achacaba al quehacer periodístico, sino también, y principalmente, a “la influencia del tradicional emparejamiento histórico, social y conceptual entre locura y delito”. En contraste, era escasa la relevancia de aquellos casos en los cuales la persona había normalizado de alguna manera su situación y/o comportamientos”. Ya en datos, concluyeron que el 67,6% de las informaciones sobre salud mental eran neutras, el 21,7% negativas, el 7,5% positivas, el 2% muy negativas y el 1,2% muy positivas.

- **1992.** El segundo estudio, *Información sobre salud mental en la prensa. Su repercusión en la educación sanitaria*²⁶ corroboró esta polarización. El autor analizó 693 artículos en prensa y los encuadró en nueve categorías. La más numerosa era la de “conocimientos psiquiátricos”, con un 37,1%, seguida por “sucesos y delitos”, con un 19,5%; y en tercer lugar los relacionados con suicidios, un 16%. “El porcentaje de noticias vinculadas a lo violento, extraño o impredecible es muy considerable, y su aporte continuo y excesivo”. Por contra, lo relativo a la asistencia, organización y aspectos políticos “no tienen un papel muy relevante”.

- **2005.** El tercero, *Tratamiento de la Esquizofrenia en la prensa española, 2003-2004*⁴⁰, se centró en la imagen de la esquizofrenia. Se analizaron 1.1456 contenidos de 2003 y 2004 y la conclusión fue, de nuevo, que la presencia de la salud mental en los medios iba ligada a la violencia. Sobre la esquizofrenia, contaba con mayor presencia que otras enfermedades (en una proporción de 3 a 1), pero su proyección estaba “muy lejos de tener un tratamiento de calidad”. Entre los calificativos más utilizados para referirse a estas personas, aparecían algunos como perturbado, demente, trastornado, parricida, agresor, asesino, loco...

- **2009.** Uno de los trabajos más extensos publicados en España, *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*,⁴¹ amplió el foco de análisis e incluyó prensa, radio y televisión. Con contenidos de 2005, analizaron 7.532 noticias en periódicos, 3.074 minutos de radio y 2.284 de televisión. “El 25% de las unidades informativas resultaron estigmatizadoras”, concluyeron, resaltando que el estereotipo de peligrosidad fue el más frecuente.

- **2011.** El estudio *La enfermedad mental en los medios de comunicación: un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión*¹² volvió a abarcar en su análisis a prensa, radio y televisión en 2005. “Los resultados muestran una abusiva e incorrecta terminología relacionada con los trastornos mentales”. En 14 días hallaron 625 piezas en prensa escrita, 50 unidades informativas en radio y 57 en televisión. Por el lado negativo, el análisis arrojaba que el 25% de las informaciones resultaron estigmatizantes. Por el positivo, que en el 79,5% de las noticias analizadas no encontraron ninguno de los estereotipos buscados (peligrosidad, responsabilidad, impredecibilidad e incompetencia). Sobre la ubicación, la mayoría de las informaciones publicadas en periódicos aparecían en las secciones de Deportes y Cultura. Y si bien las diferencias entre medios eran escasas, los resultados

apuntaban a “un mejor tratamiento de la salud mental” en prensa frente a la televisión y la radio, en la línea del estudio de 2009⁴¹.

- **2014.** Se publicó *Reinforcing Stigmatization: Coverage of Mental Illness in Spanish Newspapers*⁴². Los autores estudiaron 695 noticias aparecidas en 2010 en los 20 periódicos más vendidos de España y casi la mitad (47,9%) no estaban relacionadas con la salud mental, lo que vuelve a evidenciar la frecuencia del uso metafórico en contextos negativos. Del resto, el 51% de las informaciones vinculaba la salud mental con la peligrosidad, crimen y violencia. Por el contrario, el 17% de los contenidos se hacían eco de los avances de investigaciones y el 16,3% recogían acciones positivas.

- **2014-2019.** Obertament, Observatorio de medios y salud mental de Cataluña, publica desde 2015 informes anuales sobre la cobertura mediática⁴. En el primero, analizaron 967 noticias publicadas en periódicos en **2014** y sus conclusiones difieren de las registradas en los demás estudios, en el sentido de que los contenidos negativos casi se duplican (hasta el 51%), mientras que las noticias positivas se quedan en un residual 10% y las neutras en un 39%. De nuevo, vuelve a constatar la aparición de noticias sobre salud mental en secciones de lo más variado: el 28% de las noticias

negativas aparecieron en Cultura, el 18,5% en Sociedad, el 15% en Internacional, el 11% en Opinión... Al año siguiente se repitió el mismo análisis con los mismos periódicos de **2015**. Se apreció una ligera mejoría: de las 945 noticias analizadas, el 47% eran neutras, otro tanto negativas y un 7% positivas. Internacional, con un 30% de las noticias negativas, y Sociedad, con un 20%, fueron las secciones más estigmatizadoras. En los dos siguientes años, **2017 y 2018**, el informe se centró en comparar prensa internacional y catalana. En ambos ámbitos geográficos analizados, el estereotipo de la peligrosidad era el más repetido, pero en la prensa local, en la línea de la valoración anterior, se recogía un cambio de tendencia: el 45,9% de las noticias analizadas eran neutras, el 29,7% positiva, el 17,3% negativa y el 8,1% una mezcla. Los autores destacaban “un cierto aumento del número de informaciones que denuncian la discriminación y el estigma” en prensa local. El informe de **2019** se centró en la ansiedad y la depresión, con el análisis de 277 noticias de 25 medios. Y si la esquizofrenia era la peor tratada en los estudios de 2014 y 2015, el de 2019 concluía que al hablar de depresión y ansiedad los medios “no reproducen el prejuicio estigmatizador de que la persona con alguno de estos diagnósticos es un peligro para el resto, ni se muestran estos trastornos como el origen o explicación de conductas violentas”. “Esto supone un cambio sustancial en este anuario. Es

decir: los trastornos de ansiedad y depresión son mostrados más como consecuencias de violencia vivida que como causa”, resaltaron.

- **2015.** El tratamiento de la esquizofrenia volvió a estudiarse en 2015. Seis psiquiatras la analizaron en *Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa?*⁵. Abordaron 497 noticias de seis periódicos en las que aparecía el término “esquizofrenia” entre 2013 y 2014, de las cuales 126 (el 25,4%) tenían un uso metafórico. En el resto, 143 (28,5%) trataban sobre delitos, 105 (28,3%) sobre divulgación científica, 40 (10,8%) nombraban a alguien con esquizofrenia, 37 (10%) hablaban sobre la falta de recursos o estigma... En las noticias sobre delitos, la persona con esquizofrenia era víctima en el 16,1% y causante del delito en el 83,9%. “Persiste en la prensa una tendencia a mostrar de manera desproporcionada historias negativas sobre los pacientes con esquizofrenia. Además, es frecuente el uso de la palabra esquizofrenia de forma denigrante”.

- **2015.** Centrado en los informativos de Canal Sur y la actividad de los gabinetes de prensa de las asociaciones de personas con enfermedad mental, otro estudio⁴³ analizó los contenidos difundidos en Andalucía en 2013. El 20% eran negativos, el 50% tenía “una negatividad escasa o eran simplemente neutras”, y el 30% eran informaciones positivas.

- **2016.** La Fundación Vila Casas publicó su informe Quiral 2016³ centrado en *La comunicación pública sobre la salud mental*. En él, las menciones que atisbaban una tímida mejoría en estudios anteriores se hacen algo más evidentes. “Son notables las publicaciones cuyo discurso está encaminado a lograr la supresión de estigmas y la integración de las personas con algún problema de salud mental”, concluyó. No obstante, también destacaba que los medios seguían transmitiendo “una imagen errónea y negativa del padecimiento mental”.

- **2019.** *Construcción periodística de la salud mental y actitud de los españoles en la búsqueda y producción de información digital*¹. Realizaron búsquedas sobre 15 términos de salud mental (salud mental, esquizofrenia, bulimia...) en 380 periódicos. De las 9.424 noticias encontradas entre 2016 y 2017, analizaron 370 y concluyeron: el 40% de las noticias eran positivas y el 24% negativas, una distribución que apuntala las impresiones de un mejor tratamiento en los últimos años. No obstante, alertaban de que el hecho de que cuantitativamente hubiera un 14% más de contenidos positivos no permitía establecer un saldo positivo: “En prensa, las noticias negativas tienen mayor peso cognitivo para la ciudadanía”.

2020-2021: pandemia de la COVID-19, más y mejores abordajes

Todos estos estudios e informes resultan de enorme interés para conocer la evolución del tratamiento de la salud mental por los medios en España en las últimas tres décadas. Pero la pandemia mundial de la COVID-19 en 2020 ha supuesto un fenómeno disruptivo de tal magnitud en todos los ámbitos que cualquier extrapolación a la actualidad corre el riesgo de quedar desfasada desde el inicio. No hay evidencias sobre la forma con la que los medios han abordado la salud mental en este tiempo en España, aunque sí existen medidores que reflejan una inusitada presencia.

Presencia del término ‘salud mental’ en El País, El Mundo, La Vanguardia y ABC

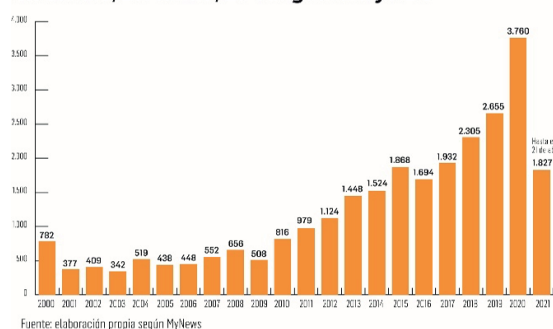


Figura 16. Resultados anuales del término “salud mental” recogidos en la base de datos “MyNews”

La *Figura 16* muestra el número de resultados anuales que aparecen en la

base de MyNews (almacena las ediciones de los principales medios publicados en España) si se busca el término “salud mental” en El País, El Mundo, ABC y La Vanguardia, cuatro de los seis periódicos más leídos (2.488.000 lectores, según datos de Statista de noviembre de 2020). Los resultados reflejan que la presencia de la “salud mental” creció en 2020 en estos medios un 41,6% con respecto al año anterior y un 101,2% si se compara con 2015. Es más, en 2021, solo entre el 1 de enero y el 15 de abril, la búsqueda arrojaba 1.827 resultados, una cifra que superaba ya a todos los registros anuales entre 2000 y 2016 (con la excepción de 2015). No se ha analizado la naturaleza de estas informaciones, pero no resulta aventurado descartar que el incremento esté vinculado con la violencia, puesto que la criminalidad, como consecuencia de la pandemia y con confinamiento, cayó un histórico 19,4% en 2020⁴⁴. Sobre su posible utilización en un contexto distinto al de la enfermedad, como han advertido de forma reiterada los estudios, “salud mental” es una expresión menos propensa al uso metafórico que enfermedades concretas como la esquizofrenia.

Por el contrario, hay profesionales que sostienen que la pandemia “podría reducir drásticamente” el estigma de la salud mental⁴⁴, en el sentido de que la COVID-19 ha facilitado que se hable de estos problemas y se pida ayuda con

mayor naturalidad, lo que podría ayudar a corregir el infradiagnóstico⁶. Jessica Gold, profesora de Psiquiatría en la Universidad de Washington en St. Louis, publicó un artículo en la revista Time titulado *Could covid-19 finally destigmatize mental illness?*. Apuntaba que la pandemia ha supuesto “una especie de ecualizador” y ha propiciado que las personas hablen “más abiertamente” sobre la salud mental. Tanto las anónimas en sus ámbitos privados como las públicas en los medios para crear conciencia. Asimismo, destacaba que las televisiones han dado un mayor espacio a personas con problemas de salud mental para que cuenten su historia, “sin utilizarlas simplemente para retratarlas como diferentes y violentas”. En este contexto, el rol de las redes sociales ha sido el de “amplificar las conversaciones dirigidas por individuos y canalizar a los principales medios de comunicación”. En resumen, algo similar a lo ocurrido en España tras el incidente en el Congreso.

Al margen del tratamiento que se le haya dado a la salud mental en los medios durante la crisis de la COVID-19, no se puede obviar el impacto que la sobreabundancia informativa⁴⁶ ha tenido sobre la ciudadanía, algo que ha sido objeto de algunos trabajos durante la crisis⁴⁷, y que deberá soportarse de un modo definitivo cuando finalice la pandemia. Habrá que delimitar, por ejemplo, las consecuencias que han tenido en la salud mental la

velocidad, persistencia y volumen de información a los que se ha expuesto a la población durante meses, así como la gran cantidad de ‘ruido’ e informaciones falsas divulgadas -la llamada Infomedia⁴⁸-, ya que hay una escasez de estudios sobre cómo mejorar la comunicación de las crisis a través de los medios⁴⁹. Del mismo modo, será de interés comprobar si se mantiene el liderazgo que los medios tradicionales, sobre todo la televisión, han recuperado durante la pandemia⁴⁶ en España.

Guías contra el sensacionalismo y los estereotipos

Para mejorar el abordaje mediático de la salud mental y evitar los errores más comunes, en los últimos años se han publicado varias guías con recomendaciones a los periodistas (en España, por la Confederación Salud Mental España, Obertament, Junta de Andalucía, Ministerio de Sanidad...). La mayoría de textos, nacionales como internacionales, recogen en esencia pautas similares. A título informativo, estas son algunas de las más relevantes:

Lenguaje ⁵⁰

- Hablar de persona con problemas de salud mental/con trastorno mental, persona con/que tiene esquizofrenia,

depresión... No hablar de enfermo mental, trastornado, esquizofrénico...

- Referirse a los recursos como centro de salud mental/centro de día/de rehabilitación, y no como manicomio o psiquiátrico. También “ingreso hospitalario” y no reclusión, internamiento...

- Se debe emplear imágenes no estigmatizantes, que reflejen la salud mental en positivo. No utilizar imágenes en las que las personas aparecen en actitudes pasivas, sin ningún tipo de interacción social, que transmiten soledad, aislamiento, miedo, angustias...

Piezas informativas

- Temas y enfoques⁵⁰. Hay que hacer hincapié en las capacidades de las personas con un trastorno mental; mencionar estos problemas solo cuando sea necesario para entender correctamente el hecho, aplicar la perspectiva de género y tratar temas que afectan directamente a las mujeres con problemas de salud mental y señalar la falta de recursos y el derecho de las personas con trastorno mental a recibir una atención adecuada.

- Entrevistas⁴. Hay que evitar empezar la entrevista con la pregunta del diagnóstico (esperar a que se sea la persona entrevistada quien lo haga o esperar al

final evitará y eludirá marcar toda la entrevista con estereotipos), escuchar y respetar el alcance y profundidad que quiera dar en sus declaraciones (a menudo comparte experiencias dolorosas), es recomendable poner en valor las historias de superación personal, de recuperación y vida normalizada (evitar transmitir sufrimiento, aislamiento social o compasión), y evitar el sensacionalismo o dar un papel preponderante a las experiencias traumáticas o morbosas de la persona entrevistada.

- Noticias de sucesos⁴. Un periodista debe hacerse una serie de preguntas previas: ¿es relevante que la persona tenga un trastorno? (no justifica un carácter o comportamiento agresivo), ¿cuáles son las fuentes utilizadas? (se tiene que evitar toda especulación, evitando testimonios como el del vecindario), ¿es apropiado que se mencione el trastorno en el titular o al inicio? (hay que respetar el derecho a la intimidad), y ¿cuál ha sido el contexto en el que una persona con un trastorno mental ha estado involucrada en un acto violento? (tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia que de perpetrarla). La guía de la Confederación Salud Mental España recomienda “limitarse a describir los hechos directamente observables sin destacar el problema de salud mental y, menos aún, hacerlo como único factor”.

Sobre el impacto de estas guías en los

profesionales, si bien existe consenso en la necesidad de que los periodistas cuenten con más recursos a la hora de elaborar sus informaciones, no hay unanimidad. El estudio *Enfermedad mental y violencia en los medios de comunicación. ¿Una asociación ilícita?*⁵¹ recoge que diversas investigaciones se preguntaron por las causas que llevarían a los medios a asociar enfermedad mental y violencia. Y a pesar de que las primeras hipótesis consideraron que podría tratarse de falta de información, dos estudios concluyeron posteriormente que “no se trataba de un problema de actitud o de falta de información”. Apuntaban, fundamentalmente, a un factor comercial: “El sensacionalismo vende”⁵². El Instituto de Salud Mental de Andalucía ofrecía en 1987 una explicación de naturaleza similar: “Contribuye a la producción de este fenómeno el nivel de resonancia emotiva y morbosa del tema de la locura que le proporciona un nivel de plasticidad y espectacularidad que le hacen apetecible para el informador”. Más de tres décadas después, la guía *Las Palabras sí importan*⁵⁰ denunciaba el aumento de titulares “llamativos, alarmistas y morbosos” debido al auge de los medios digitales y las redes sociales, un incremento que vinculaban al hecho de que estos encabezamientos “consiguen más visitas y generan más retorno de inversión”. De ahí que haya estudios que observen una intencionalidad en estos enfoques sensacionalistas, “dado que es efectiva y

funcional para los criterios comerciales”, mientras que otros argumentan que los medios se limitan a proyectar prejuicios ya arraigados tradicionalmente en la sociedad⁵¹.

En mitad de la balanza, acerca del seguimiento de las guías por parte de los periodistas, hay autores⁵³ que sostienen que las pautas para los periodistas “tienen algunos efectos sobre noticias más equilibradas, pero no son determinantes”, mientras que otra vertiente⁵⁴ resalta la efectividad de las guías cuando van a unidas con intervenciones de los profesionales. “Parecen tener éxito en reducir sus actitudes estigmatizantes y también pueden actuar para aumentar el volumen de noticias”, señala una revisión sistemática sobre el impacto de los medios en el estigma de la salud mental³⁸.

Esta colaboración puede ser una de las vías⁵ con las que superar algunas reticencias de los periodistas “a aplicar pautas que puedan regular su labor”², y también para compensar tanto la falta de especialización como las premuras para informar en el día a día¹⁹, todo en un contexto laboral a menudo precario^{55,56}. En este sentido, numerosas jornadas y seminarios sobre salud mental celebradas en los últimos años han incluido a profesionales de la comunicación, lo que ha redundado en un mayor conocimiento, sensibilización y colaboración en ambas direcciones. En

definitiva, ha contribuido a generar una mayor adherencia a las buenas prácticas informativas. Hay que tener en cuenta, por ejemplo, que en la página web de la FAPE (Federación de Asociaciones de Periodistas de España), aparecían en abril de 2021 un total de 43 guías referidas al buen tratamiento de temas tan variados como el suicidio, accidentes aéreos, cáncer, desapariciones, terrorismo, situaciones catastróficas, cambio climático... lo que ilustra la cantidad y variedad de temas a los que se enfrentan los profesionales de la información en su quehacer diario. Y no hay que perder de vista, en lo que atañe a la salud mental, que los tratamientos más estigmatizantes no se dan precisamente en las secciones de Salud o Sociedad^{12,4}, lo que refuerza la necesidad de que estas recomendaciones lleguen a todas las áreas de una redacción.

Junto a las guías, otra mejoría ha sido el aumento en la presencia mediática de testimonios de personas con enfermedad mental²⁸, algo de gran importancia para “dar a conocer una realidad”⁵⁰. El informe Quiral de 2016³ ya destacó que “buena parte” de las noticias sobre salud mental difundidas ese año se debían a declaraciones de un personaje público, publicaciones de estudios científicos y comunicados institucionales. Y si bien destacaba que estos artículos contribuían “a dar visibilidad a la salud mental”, también detectaba algunas contradicciones. Por

ejemplo, el uso generalizado del verbo “confesar”, por el significado de que se está revelando algo negativo, para referirse normalmente a algún personaje relevante que ha decidido dar a conocer públicamente que padece un trastorno.

Detrás de esta tendencia a una mayor visibilización, el incremento del asociacionismo en España (la Confederación Salud Mental España, por ejemplo, cuenta con 47.000 asociados) ha jugado un papel crucial, tanto para tender puentes con los medios como para producir contenidos que neutralicen los estereotipos. Y precisamente por la importancia de convertir en fuentes informativas a personas con problemas de salud mental, familiares y profesionales, hay autores que inciden en la necesidad de formarlas en materia de comunicación¹⁹: “No se trataría solo de dar la información objetiva y correcta, sino de equilibrar la imagen negativa mediante reflexiones sobre las creencias erróneas e incidiendo en la injusta imagen actual”.

Una imagen “injusta” que, en muchas ocasiones, cuenta con un mayor peso narrativo que las positivas¹. Hay unanimidad entre los autores en advertir de que las noticias negativas tienen más impacto en la ciudadanía que las positivas²². “Basta un hecho violento especialmente grave o extraño, cometido por una persona etiquetada de enfermo mental, para que

las ideas tradicionales vuelvan a emerger, incluso en situaciones que parecían en retroceso”.²² Otro artículo¹⁹ comparaba esta situación con el mitológico Sísifo, condenado a subir una piedra hasta la cima de una montaña para luego dejarla caer y volver a iniciar el dramático ascenso. “Puede dar la sensación de que por un paso en positivo dado se da otro hacia atrás y se vuelve al punto de partida”. De ahí la importancia de todas las acciones dirigidas a formar, concienciar, y colaborar con los periodistas con el fin de que los intereses de medios de comunicación y los de los agentes implicados en la salud mental –profesionales con objetivos diferentes– coincidan cada vez con más asiduidad e intensidad.

Tratamiento del suicidio, un cambio de paradigma

Un compendio de todo lo anterior cristaliza en el tratamiento mediático del suicidio. En la última década, hay en España un evidente cambio de paradigma, pasando del silencio ancestral que envolvía a esta problemática en los medios a un mayor seguimiento de los postulados que la Organización Mundial de la Salud fijó en 2000⁵⁷: los medios pueden jugar un rol activo en la prevención y el efecto contagio no tiene tanto que ver con hablar del suicidio sino con hacerlo de manera incorrecta (difundir el método, simplificar las causas, ofrecer un tratamiento sensacionalista...). En este

sentido, en los últimos años se han creado fundaciones y redes de profesionales que trabajan en la prevención e investigación, asociaciones de personas que han perdido a un ser querido por suicidio, varios gobiernos regionales han creado observatorios, planes y comisiones para prevenir... Un movimiento asociativo, público y privado, que ha dado un impulso sin precedentes a la exposición mediática del suicidio, con el fin de dar a conocer esta realidad, concienciar a la población y mitigar el tabú y el estigma⁵⁸. También se han elaborado pautas para abordar este tema en los medios, las más relevantes en forma de guía por parte del Ministerio de Sanidad (2020). No obstante, al igual que ocurre con la salud mental en general, los tratamientos negativos y sensacionalistas continúan presentes. “Las principales dificultades para introducir las directrices (de la OMS) son que las noticias de suicidios ‘venden’ periódicos, y los periodistas a menudo ven las pautas como censura o una invasión de su derecho a informar”, resaltaba la Organización Mundial de la Salud⁵⁹.

Sobre las consecuencias del tratamiento informativo, la última revisión sistemática sobre el efecto contagio, el llamado *efecto Werther*⁶⁰, ha concluido que la cobertura de suicidios de celebridades se asocia con un incremento del 13% en el número de suicidios, y que en los casos en los que se informó del método utilizado hubo un

aumento asociado del 30% en las muertes por el mismo medio. Asimismo, el estudio concluyó que la información sobre el suicidio de una persona anónima no parece estar asociada con el suicidio, aunque no se pueden descartar asociaciones en algunos casos. Con respecto a las consecuencias beneficiosas asociadas a una información responsable del suicidio -el *efecto Papageno*-, la falta de estudios precisos por ser metodológicamente imposibles no ha evitado algunos trabajos^{61,62} que han asociado una reducción de las cifras de suicidios con buenas prácticas periodísticas en un ámbito delimitado (Austria y Hong Kong).

Redes sociales, riesgos y oportunidades

Uno de los motivos para hablar del suicidio en los medios es que es un tema con una presencia muy importante en las redes sociales, lo que ha llevado a las plataformas a adoptar medidas en los últimos años. Solo entre octubre y diciembre de 2020, Facebook eliminó 2,5 millones de contenidos sobre suicidios y autolesiones dentro una práctica que inició en 2019. Una muestra de la relevancia y preocupación creciente que hay en torno a las redes sociales y cuyos efectos, positivos y negativos, han sido analizados en multitud de estudios. Entre los riesgos potenciales se encuentra el de la adicción^{63,64}, el ‘miedo a perderse algo’⁶⁵, la pérdida

de sueño⁶⁶, autoestima y autoimagen negativas^{67,68}, sentimientos de ansiedad, incompetencia y angustia^{67,65}; desafección por las interacciones sociales fuera de la red, así como efectos en el ciberacoso⁶⁹ en cualquiera de sus variantes.

Las redes sociales también tienen efectos positivos sobre la salud mental desde un punto de vista terapéutico: creación de blogs, videos y páginas web que pueden desarrollar sentimientos de competencia; generación de elementos educativos; reforzamiento de relaciones creadas *offline*: educación sexual; promoción y prevención en salud (tabaco, alcohol, drogas, hábitos alimentarios)...⁷⁰. Por otro lado, desde el punto de vista de las acciones para combatir el estigma, las redes sociales son un potente vehículo para difundir formación de una manera masiva y para concienciar y sensibilizar a la población. Por ejemplo, el 10 de octubre de 2017, Día Mundial de la Salud Mental, se publicaron 25.379 tuits con el hashtag #DiaMundialSaludMental¹⁰. Asimismo, las redes sociales también sirven para denunciar excesos como el ocurrido en el Congreso de los Diputados. Y como el que sucedió apenas mes y medio después.

El 27 de abril de 2021, varios periódicos abrían sus portadas con la identificación de una persona que había enviado un sobre con balas a una ministra: “El PSOE hace campaña con la amenaza de

un esquizofrénico” (El Mundo), “¿Qué ocurre en un cerebro esquizofrénico?” (20Minutos), “La izquierda se aferra al fascismo, aunque la navaja la envió un loco” (El Español) y “Con la navaja del enfermo mental a cuestras” (ABC). Cuatro titulares que volvieron a generar una respuesta airada de ciudadanía, asociaciones y políticos a través de las redes sociales. Ese día, el *hashtag* #saludmental volvió a ser trending topic en Twitter, con 3.500 mensajes y 8.400 interacciones, el 61% con un tono negativo a modo de crítica, según la aplicación *Talkwalker*.

Un claro ejemplo de la utilidad positiva de las redes. Y de una mayor sensibilidad en la sociedad. También una muestra muy notoria del mito de Sísifo. Un nuevo episodio negativo que llama la atención, precisamente, por ser una de las ruidosas excepciones que ensombrecen una tendencia positiva y cada vez más extendida en los medios, unos agentes considerados cruciales para lograr un cambio de actitudes sobre la salud mental entre la población. Claves para que en un futuro no sea necesario crear un hashtag con algo tan natural y extendido como un #yotambienvoyalmedico.

Conclusiones

- La cobertura mediática de la salud ha experimentado una mejoría en las dos últimas décadas. Se constata un

incremento de los tratamientos positivos, si bien los contenidos negativos y estigmatizantes, vinculados sobre todo con la violencia, se mantienen en una cuarta parte de los difundidos. Los contenidos negativos suelen tener, además, un mayor impacto.

- La salud mental nunca ha tenido tanta presencia en los medios como durante la pandemia, algo que puede ayudar en la lucha contra el estigma. Su influencia deberá estudiarse a futuro.

- El suicidio ha experimentado un cambio de paradigma. Ya no se silencia y cada vez tiene más presencia, en la línea de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

- La publicación de guías y el activismo desde asociaciones y profesionales, como generadores de contenidos no estigmatizantes, juegan un rol importante para neutralizar el estigma.

- Las redes sociales pueden tener efectos negativos entre la población, pero también positivos como canalizar y dar visibilidad a una mayor sensibilización en el seno de la sociedad.

Referencias

1. **Aguilar, Isabel; Bengoa, Rafael** (2020). La crisis covid-19 como oportunidad para reducir estigma, renovar la estrategia en salud mental y la adherencia.
2. **Angel Luis Mena Jiménez, Águila Bono del Trigo, Andrés López Pardo, Domingo Díaz del Peral** (2010). Reflexiones en torno a la sensibilización de medios de comunicación sobre el estigma de la enfermedad mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2010; 30 (108), 597-611. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n4/04.pdf>
3. **Angermeyer, M. C., Dietrich, S., Pott, D. y Matschinger, H.** (2005). Media consumption and desire for social distance towards people with schizophrenia. European Psychiatry, 20, 246-250.
4. **Angermeyer, M. C. y Schulze, B.** (2001). Reinforcing stereotypes: How to focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. International Journal of Law and Psychiatry, 24, 569-486.
5. **Arab E.; Díaz A.** (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: Aspectos positivos y negativos DOI: 10.1016/j.rmclc.2014.12.001
6. **Asociación de la Prensa de Madrid**, 2019. Informe de la Profesión Periodística.
7. **Asociación de la Prensa de Madrid**, 2020. Informe de la Profesión Periodística.
8. **Benaissa Pedriza S.**, (2019). Medios impresos versus digitales: de la agónica lectura de periódicos a los nuevos consumos de información digital. <https://doi.org/10.4000/argonauta.3855>
9. **Brooks, Sam & Webster, Rebecca & Smith, Louise & Woodland, Lisa & Wessely, Simon & Greenberg, Neil & Rubin, Gideon.** (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet. 395. 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
10. **Cano-Orón L., Casero-Ripollés A.** (2019). Construcción periodística de la salud mental y actitud de los españoles en la búsqueda y producción de información digital. Federació Salut Mental Comunitat Valenciana.
11. **Casado, D.** (1991). Panorámica de la discapacidad. Barcelona INTRESS.
12. **Casero Ripollés, A.** (2020). Andreu Casero-Ripollés. La COVID-19 en el periodismo: un impacto ambivalente. Revista De La Asociación Española De Investigación De La Comunicación, 7(14), 2-26. <https://doi.org/10.24137/raeic.7.14.1>

- 13. Centro de Investigaciones Sociológicas** (2021). Encuesta sobre la salud mental de los/las españoles/as durante la pandemia de la covid-19. Avance de resultados. Estudio nº 3312 http://www.cis.es/cis/opencms/ES/NoticiasNovedades/InfoCIS/2021/Documentacion_3312.html
- 14. Cohen, B.C.** 1963 *The Press and Foreign Policy*. Princeton, Princeton University Press.
- 15. Confederación Salud Mental España**, 2015. Salud Mental e Inclusión Social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- 16. Coverdale, John; Nairn, Raymond; and Claasen, Donna** (2002): Depictions of mental illness in print media: a prospective national sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36 (5), 697–700. Doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x. <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1046/j.1440-1614.2002.00998.x>
- 17. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E, et al.** Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic — United States, June 24–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1049–1057. DOI: [http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1external icon](http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1external%20icon).
- 18. Daine, Kate & Hawton, Keith & Singaravelu, Vinod & Stewart, Anne & Simkin, Sue & Montgomery, Paul.** (2013). The Power of the Web: A Systematic Review of Studies of the Influence of the Internet on Self-Harm and Suicide in Young People. *PloS one*. 8. e77555. 10.1371/journal.pone.0077555.
- 19. Enric Aragonès, Judit López-Muntaner, Santiago Ceruelo & Josep Basora** (2014) Reinforcing Stigmatization: Coverage of Mental Illness in Spanish Newspapers, *Journal of Health Communication*, 19:11, 1248-1258, DOI: 10.1080/10810730.2013.872726
- 20. Cheng, Q., Chen, F., Lee, E. S. T. y Yip, P. S. F.** (2017). The role of media in preventing student suicides: A Hong Kong experience. *Journal of Affective Disorders*, 227, 643-648. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.007
- 21. Foster, Juliet** (2006): Media presentation of the mental health bill and representations of mental health problems. *Journal of Community & Applied Social Psychology*. John Wiley & Sons, Ltd., 16 (4), 285–300. Doi: 10.1002/casp.863.
- 22. Francis, Catherine; Pirkis, Jane; Bood, Richard; et al.** (2004): "The portrayal of mental health and illness in Australian non fiction media". *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (7), 541–546. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01407.x.

- 23. Gamo, E.** (1992). Información sobre salud mental en la prensa. Su repercusión en la educación sanitaria. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 12, 43-57.
- 24. Goffman, Erving** (1963): *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York, Simon & Schuster.
- 25. González, G.** (2018). *Hablemos del Suicidio*. Navarra, España: Editorial EUNSA.
- 26. Gold, Jessica** (2020). Could covid-10 finally destigmatize mental illness? <https://time.com/5835960/coronavirus-mental-illness-stigma/>
- 27. Houston, J. Brian, First, Jennifer M.,** (2021). How the media may be making the COVID-19 mental health epidemic worse. *The Conversation*. <https://theconversation.com/how-the-media-may-be-making-the-covid-19-mental-health-epidemic-worse-153616>
- 28. Hofmann, W. Vohs, y D. Baumeister, R.** (2012). What people desire, feel conflicted about, and try to resist in everyday life. *Psychological Science*, 23(6) 582-588. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0956797612437426>
- 29. Instituto Andaluz de Salud Mental de Andalucía.** (1987). *Salud mental y prensa*. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- 30. Jaelea Skehan, Sonia Greenhalgh, Trevor Hazell & Jane Pirkis** (2006) Reach, Awareness and Uptake of Media Guidelines for Reporting Suicide and Mental Illness: An Australian Perspective, *International Journal of Mental Health Promotion*, 8:4, 29-35, DOI: 10.1080/14623730.2006.9721749
- 31. Jenner, F.** (2015). At least 5% of young people suffer symptoms of social media addiction. Disponible en: https://horizonmagazine.eu/article/least-5-young-people-suffersymptomssocial-media-addiction_en.html
- 32. Kesic, Dragana; Ducat, Laurel; and Thomas, Stuart** (2012): Using force: Australian newspaper depictions of contacts between the police and persons experiencing mental illness. *Australian Psychologist*. Blackwell Publishing Asia, 47 (4), 213–223. Doi: 10.1111/j.1742-9544.2011.00051.x.
- 33. López Marcelino, Laviana Margarita, Fernández Luis, López Andrés, Rodríguez Ana María, Aparicio Almudena** (2). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 28(1): 48-83. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es.
- 34. Ma, Zexin.** (2017). *How the Media Cover Mental Illnesses: A Review*.

Health Education. 117. 90 - 109. 10.1108/HE-01-2016-0004. https://www.researchgate.net/publication/305722015_How_the_Media_Cover_Mental_Illnesses_A_Review

35. Magliano, Lorenza; Read, John; and Marassi, Riccardo (2011): Metaphoric and nonmetaphoric use of the term “schizophrenia” in Italian newspapers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (10), 1019–1025. Doi: 10.1007/s00127-010-0274-3.

36. Matas, Manuel; el-Guebaly, Nady; Harper, Donald; Green, Martin & Peterkin, Allan (1986): Mental illness and the media: Part II. Content analysis of press coverage of mental health topics. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 31 (5), 431-433.

37. McCOMBS, Maxwell y SHAW, Donald: "The agenda setting function of the media", en *Public Opinion Quarterly*, vol. XXXVI, 1972, págs. 176-187

38. McQuail, Denis, 2000. *Introducción a la teoría de la comunicación de masas*. Barcelona, Paidós.

39. Minnebo, J. y Van Acker, A. (2004). Does television influence adolescents' perceptions of and attitudes toward people with mental illness? *Journal of Community Psychology*, 32, 257-275.

40. Ministerio del Interior (2021). Balance de Criminalidad, cuarto trimestre 2020. <http://www.interior.gob.es/documents/10180/11389243/Balance+de+Criminalidad+Cuarto+Trimestre+2020.pdf/db5e26e7-3f14-4894-8e2f-600839326d04>

41. Montaña Blasco, M.; Ollé Castellà, C. y Lavilla Raso, M. (2020). Impacto de la pandemia de Covid-19 en el consumo de medios en España. *Revista Latina de Comunicación Social*, 78, 155-167. <https://doi.org/10.4185/RLCS-2020-1472>

42. Morgan AJ, Ross A, Reavley NJ. Systematic review and meta-analysis of Mental Health First Aid training: Effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLoS One*. 2018 May 31;13(5):e0197102. doi: 10.1371/journal.pone.0197102. PMID: 29851974; PMCID: PMC5979014.

43. Muñoz, Manuel; Pérez-Santos, Eloísa; Crespo, María; Guillén, Ana Isabel (2009): Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense. <https://webs.ucm.es/BUCM/ecsa//9788474919806.pdf>

44. Muñoz, Manuel; Pérez-Santos, Eloísa; Crespo, María; Guillén, Ana Isabel; e Izquierdo, Sara (2011): La enfermedad mental en los medios de comunicación:

Un estudio empírico en prensa escrita, radio y televisión. Clínica y Salud. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 22 (2), 157–173. En: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000200005

45. Murphy, Nayel; Fatoye, Francis; and Wibberley, Christohper (2013): The changing face of newspaper representations of the mentally ill. Journal of Mental Health, 22 (3), 271– 282. Doi: 10.3109/09638237.2012.734660.

46. Nairn, Raymond & Coverdale, John (2005): "People never see us living well: an appraisal of the personal stories about mental illness in a prospective print media sample". Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. SAGE PublicationsSage UK: London, England, 39 (4), 281–287. Doi: 10.1080/j.1440-1614.2005.01566.x.

47. Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis BMJ 2020; 368 :m575 doi:10.1136/bmj.m575

48. Niederkrotenthaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervic, K., & Sonneck, G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide: A population- based ecologic study. Social Science & Medicine, 69, 1085-1090. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.07.041

49. Nunnally, Jum (1957): A Comparison of the opinion of experts and the public with mass media presentations. Behavioral Science, Vol.2 (3), 222-230.

50. Nunnally, Jum (1962): Popular conceptions of mental health. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 134 (4), 380.

51. Obertament (2014-2019). Informes sobre el tratamiento de la salud mental en los medios de comunicación. Observatorio de la Salud Mental de Cataluña..

52. Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. <https://www.who.int/whr/2001/es/>

53. Organización Mundial de la Salud, 2020. Entender la infodemia y la desinformación en la lucha contra la COVID-19

54. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (2020) Health at a Glance: Europe 2020. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf

55. Organización Mundial de la Salud (2000). Prevención del Suicidio. Un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. [Informe] Recuperado de https://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

56. **Organización Mundial de la Salud** (2018). Suicide and suicide prevention in Asia. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/suicide_prevention_asia/en
57. **Paterson, Brodie** (2007): A discourse analysis of the construction of mental illness in two UK newspapers from 1985-2000. *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (10), 1087– 1103. Doi: 10.1080/01612840701581206.
58. **Pérez Álvarez, Candela; Bosqued Molina, Laura; Nebot Macías, María; Guilabert Vidal, Montserrat, Pérez Zaera, Jorge, & Quintanilla López, Miguel Ángel.** (2015). Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 721-730. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000400002>
59. **Phelan, Joe; Link, Bruce; and Dovidio, John** (2008): Stigma and prejudice: One animal or two?. *Social Science & Medicine*, 67 (3), 358–367. Doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4007574/>
60. **Prasad SK, Karahda A, Singh P, et al.** Role of mental health professionals in dealing with the stigma attached to COVID-19. *General Psychiatry* 2020;33:e100298. doi: 10.1136/gpsych-2020-100298
61. **Przybylski, A., Murayama, K., DeHaan, C.R., y Gladwell, V.** (2013). Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in Human Behaviour*, 29(4), 1841-1848.
62. **Rebollo C., Rosa J.J., Piedra J.,** (2017). El debate en torno a la Salud Mental en Twitter. *Análisis del Día Mundial de la Salud Mental. Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar.*
63. **Revuelta, Gema; De Semir, Vladimir; Armengou, Clara; Suárez Álvarez, Clara; Muñoz, Guillermo, Esteban Bonaviaa, Julia,** 2016. Informe Quiral 2016. La comunicación pública sobre la salud mental. Fundació Vila Casas.
64. **Rukavina, Tea Vukusic et al.** (2012): Development of the PICMIN (picture of mental illness in newspapers): instrument to assess mental illness stigma in print media. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (7), 1131–1144. Doi: 10.1007/s00127-011-0419-z.
65. **Sampietro, Hernán María.** Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación. ¿Una asociación ilícita? *Quaderns de Psicologia*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 95-107, may. 2010. ISSN 2014-4520. doi:<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.738>.
66. **Scott, H., Bielo, S., Gardani, M., y Cleland Woods, H.** (2016). Social

media use, fear of missing out and sleep outcomes in adolescence. Glasgow: University of Glasgow. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/308903222_Social_media_use_fear_of_missing_out_and_sleep_outcomes_in_adolescence

67. Sheridan Rains, L., Johnson, S., Barnett, P. et al. Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 56, 13–24 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01924-7>

68. Shinn, Ann K., MD, MPH,a* and Viron, Mark, MD, 2021 Perspectives on the COVID-19 Pandemic and Individuals With Serious Mental Illness. *Psychiatrist.com* <https://www.psychiatrist.com/jcp/covid-19/perspectives-on-covid-and-individuals-with-serious-mental-illness/>

69. Sieff, Elaine (2003): Media frames of mental illnesses: The potential impact of negative frames. *Journal of Mental Health*. Taylor & Francis, 12 (3), 259–269. Doi: 10.1080/0963823031000118249.

70. Skehan, J., Greenhalgh, S., Hazell, T., & Pirkis, J. (2006). Reach, Awareness and Uptake of Media Guidelines for Reporting Suicide and Mental Illness: An Australian Perspective. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8(4): 28-34. DOI :10.1080/14623730.2006.9721749

71. Statista (2020). Consumo diario de medios de comunicación en España. <https://es.statista.com/estadisticas/491058/consumo-diario-de-medios-de-comunicacion-en-espana-por-tipo/>

72. Statista (2020). Periódicos más leídos en España. <https://es.statista.com/estadisticas/476795/periodicos-diarios-mas-leidos-en-espana/>

73. Tiggemann, M., y Slater, A. (2013). The Internet and Body Image Concerns in Preteenage Girls. <https://doi.org/10.1177/0272431613501083>

74. Till, B., Strauss, M., Sonneck, G., Niederkrotenthaler, T. (2015). Determining the effects of films with suicidal content: A laboratory experiment. *The British Journal of Psychiatry*, 207(1), 72-78. doi: 10.1192/bjp.bp.114.152827

75. Treviño-Elizondo, F. A.; Willis, G., Siller-González, B., & Quiroga-Garza, A. (2018). La representación de la enfermedad mental en la prensa escrita. *Estudios Sobre El Mensaje Periodístico*, 24(2), 1861-1874. <https://doi.org/10.5209/ESMP.62251>

76. Venkatesh A, Edirappuli S. Social distancing in covid-19: what are the mental health implications? *BMJ* 2020; 369 :m1379 doi:10.1136/bmj.m1379

77. Wahl, Otto & Axelson, Gary (1985): A note on news staff views of mental illness and its coverage. *Journal of Community Psychology*, 13 (1), 80–82.

78. Whitley, Rob and Berry, Sarah (2013): "Trends in newspaper coverage of mental illness in Canada: 2005–2010". *The Canadian Journal of Psychiatry* Can J Psychiatry, 58 (22), 107–112. En: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674371305800208>

2.

Propuesta de
recomendaciones
para mejorar la
salud mental

12. La voz de las personas con problemas de Salud Mental



Iñigo Alli Martínez

Exvicepresidente ejecutivo del Consejo Español para la Defensa de la Discapacidad y la Dependencia, CEDDD. Exconsejero de Derechos Sociales del Gobierno de Navarra. Director General de la Consultora en Políticas Públicas UP!

A los profesionales del ámbito de lo social siempre nos ha llamado la atención la referencia “pacientes” cuando se trata de nombrar a personas que requieren apoyos en el entorno de la salud.

El lenguaje puede ser un factor no solo de exclusión sino también de estigmatización cuando nos referimos a alguien como un paciente. Paciente, ¿de qué?. Puede resultar agotador para los profanos del cuidado de las personas en especial a las personas con problemas de salud mental, la constante noción de PERSONA.

Tomás Castillo Arenal, un psicólogo referente en el liderazgo social en la discapacidad y en las personas con enfermedades raras, defiende a ultranza la lucha contra la estigmatización cuando hacemos referencia a “discapacitados”, “dependientes”, “esquizofrénicos”, “bipolares”... ya que condena a algunas personas que no podrán librarse de la “etiqueta de anormalidad” cuando la realidad demuestra que la vida sana, la enfermedad, la discapacidad forman parte de un binomio dinámico, inherente a la naturaleza humana de adquisición y pérdida de capacidades desde que nacemos hasta el final de la vida.

Sin embargo, este escrito no pretende ser un manual de buen estilo y de buena práctica en relación al uso del lenguaje cuando nos referimos a personas que en

un momento puntual o de modo crónico adquieren una condición circunstancial como puede ser una enfermedad mental. La identidad, el ser, la dignidad de las personas no dependen de circunstancias puntuales en su vida y mucho menos cuando se trata a una enfermedad.

Quede constancia de la extraordinaria relevancia que adquiere el buen uso de las palabras en la comunicación hacia las personas con cualquier problema de salud mental, a sus familias y a su entorno.

El informe desde la salud en Europa ***Health at a Glance: Europe 2019***, publicado por la Comisión Europea y por la OCDE - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico- pone el foco en el impacto de los problemas de salud mental tan significativos en Europa.

En relación a la inversión pública en Salud se estima que en 2030 se situará en el 10,2% del PIB en los países de la OCDE, muy superior al 8,8% en 2018. En el citado estudio se estima que una de cada dos personas experimentará un problema de salud mental en Europa durante su vida con lo que supone todo ello al ámbito sanitario, educativo, laboral, dependencia, etc.

En España, los casos de unidades familiares con alguno de sus miembros con problemas de salud mental se ha disparado, actuando como catalizador los efectos de

una pandemia atroz que ha vivido todo el Planeta en 2020.

Y ante el reto de un problema de Estado como es la Salud Mental de la sociedad española, el Consejo General de la Psicología de España ha denunciado la ausencia de profesionales de la psicología clínica en los centros de Atención Primaria, donde una de cada tres de las consultas están relacionadas con problemas psicológicos. De estos ellos solo el 10% se deriva a Salud Mental.

Las consecuencias severas en las que se estima que una de cada dos personas experimenta un problema de salud mental durante su vida, tendrá un impacto de los problemas de salud mental ampliándose a otros ámbitos igualmente dramáticos como el educativo, sanitario, social, laboral, etc.

En cualquier la consecuencia más real, cercana y dramática de los problemas de salud mental es el suicidio.

El suicidio

Sin un **Plan de Estado de Prevención e Intervención contra el Suicidio**^{1*} y, por tanto, sin apoyo eficaz, los problemas de salud mental tienen un efecto devastador en la vida de las personas e incluso pueden provocar la muerte por suicidio. Si bien existen razones sociales y culturales complejas que se relacionan con los comportamientos suicidas, la presencia de un problema de salud mental aumenta el riesgo de muerte por suicidio. Una tasa de suicidio más elevada contribuye también a una tasa de mortalidad general, significativamente más alta para las personas con trastornos mentales graves.

En 2017, hubo 11,2 muertes por suicidio por cada 100.000 habitantes en los países de la OCDE. Las tasas de suicidio han disminuido en casi todos los países de la OCDE, cayendo en más del 30% entre 1990 y 2017. En algunos países, esta reducción ha sido significativa, entre ellos, Finlandia, Suiza y Eslovenia, donde las tasas se han reducido en más del 40%. Suiza, concretamente, ha tomado medidas para ello, como la implementación de un plan

1: En Noviembre de 2017 en la **Comisión de Salud y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados**, un diputado por Navarra, Íñigo Alli Martínez, propuso de la mano de distintas organizaciones sociales – Teléfono de la Esperanza, Asociación la Barandilla, Depres de Suicidi, Besarkada, etc. - la **Proposición No de Ley** exigiendo al Gobierno de España que, de modo coordinado con las CCAA en sede del Consejo Interterritorial, el desarrollo de un **Plan de Estado Integral de Prevención e Intervención contra el Suicidio** para que fuese aprobado en el **plazo de seis meses**. A la iniciativa parlamentaria del diputado se le sumaron las enmiendas de los grupos parlamentarios Socialista y de C's. En la votación fue aprobada unánimemente por todas las fuerzas políticas.

de acción para la prevención del suicidio en 2016, que incorporó entre sus medidas, proporcionar un acceso rápido al apoyo de salud mental, tratar de reducir el estigma en torno al suicidio y crear conciencia sobre los riesgos de suicidio. Precisamente en nuestro país, en los últimos tiempos, se ha venido poniendo de relieve la necesidad de contar con una Ley Nacional de Prevención de Suicidio. A este respecto, el Ministerio de Sanidad ha manifestado estar trabajando en la actualización de la Estrategia de Salud Mental, donde se plantea una serie de objetivos y acciones concretas y de utilidad para los usuarios y las usuarias, y los profesionales de la Salud Mental, en el contexto de nuestro Sistema Nacional de Salud, incluyendo entre sus principales líneas estratégicas, la incorporación de medidas de prevención del suicidio mediante la “redefinición” de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia vigente.

El Suicidio en los jóvenes

El servicio de psiquiatría del hospital Infanta Leonor de la Comunidad de Madrid nos alarma que durante la pandemia del COVID-19 se han multiplicado por cinco el número de casos semanales de atención a niños y jóvenes con conductas suicidas. Hoy es más necesario que nunca el incremento de la inversión en los planes de salud mental a nivel nacional para ser más eficaces en la prevención e intervención

en la ideación suicida, haciendo hincapié en el incremento de profesionales de la psicología y la psiquiatría en la salud pública.

La Voz de las Asociaciones de Supervivientes

La asociación Despres del Suicidi, reconoce los derechos de los supervivientes, familiares que han pasado por el proceso de la pérdida de un ser querido y recuerdan que tienen derecho a llorar cuando lo necesiten y el tiempo que sea necesario; a saber la verdad acerca del suicidio, a ver el cuerpo del difunto y a organizar el funeral con respeto a las propias ideas y rituales; a considerar el suicidio como el resultado de varias causas interrelacionadas que producen un dolor insoportable; a entender que el suicidio no es una elección libre; a vivir en su totalidad, conviviendo con la alegría y la tristeza, libre de cualquier estigma o juicio; a encontrar el apoyo en familiares, amigos y profesionales de la salud que tengan conocimiento y comprensión sobre el proceso del duelo; a tener una vida privada respetada y el respeto hacia la vida de la persona fallecida; a ponerse en contacto con el médico o el cuidador que atendió a la persona fallecida; a no ser considerado como un candidato al suicidio o como un paciente; a ofrecer la propia experiencia del superviviente al servicio de otros supervivientes y cualquiera que

desee comprender mejor el suicidio y el duelo por suicidio. En esencia, reconocer el derecho a no ser como antes, hay una vida antes del suicidio y una vida después.

Desde la asociación Besarkada –*abrazo, en euskera*- defienden que a veces en la vida suceden acontecimientos que sacuden profundamente el sentido de la existencia. para las familias y amigos de personas fallecidas por autolisis la vida como la conocíamos ha cambiado de manera radical para siempre. el suicidio de un ser querido es una experiencia límite que nos deja sumidos en un intenso dolor formado de complicados pensamientos y emociones. El Estado debe proporcionar recursos que ayuden a sostener el dolor, seguramente el más intenso que pueda soportar el ser humano, para sanar la herida tan profunda y volver a dar sentido a la vida. Abogan por el derecho a la absoluta confidencialidad y al respeto incondicional, y exigen la ayuda tanto telefónica como presencial para las personas que han perdido a un ser amado; e incluso el apoyo a un grupo para gritar: NO ESTÁS SOLO, NO ESTÁS SOLA.

Una de las organizaciones del ámbito social más destacadas en la prevención, el apoyo, el acompañamiento y la intervención ante el suicidio es el Teléfono de la Esperanza. Más de 50 años de atención integral desde el ámbito educativo, la rehabilitación, la psicología, la psiquiatría y la educación profesional.

Desde su acta fundacional del 1 de octubre del año 1971, atendido telefónicamente como el medio más rápido y eficaz de intervención ante las crisis con especial foco en los conflictos psicosociales más graves actuando conjuntamente equipos profesionales y equipos de voluntarios no profesionales pero debidamente preparados.

Es el momento de la acción para exigir y modificar las voluntades políticas actuales hace un Plan de Estado de Prevención e Intervención contra el Suicidio. Un plan de Estado integral no exclusivamente desde el punto de vista sanitario, sino integral: comunidad educativa, servicios sociales, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, medios de comunicación, asociaciones, etc...

13. Mujeres y Salud Mental: propuestas de mejora desde la experiencia propia



**Aroa
Cremades
Becerril**

*Técnica en
Intervención
Familiar en
Asaenes. Graduada
en Trabajo Social y
Sociología.*



**Juan Manuel
Jiménez
Figueroa**

*Técnico en
Comunicación en
Asaenes.
Graduado en
Periodismo.*



**Sara
Miño
Amillategui**

*Alumna en
prácticas
del Grado de
Psicología de la
Universidad de
Sevilla.*



María Teresa Marcos Sierra

*Coordinadora Técnica de Proyectos y
Estudios en Asaenes. Psicóloga General
Sanitaria especializada en Problemas
de Salud Mental e Intervención Familiar.*



Eva Martínez de León García

*Dinamización Asociativa en Asaenes.
Pedagoga. Máster de Género y experta
en Metodologías Participativas.*

Aproximación y marco teórico

Para cumplir con el cometido de dar voz a las necesidades y propuestas por parte de las personas que frecuentan los servicios públicos de Salud Mental, desde Asaenes Salud Mental Sevilla² y atendiendo al principio de igualdad de oportunidades, se ha considerado necesario incluir las propuestas y reflexiones a partir de las experiencias de las mujeres con un Problema de Salud Mental al constituir un colectivo especialmente vulnerable, invisible y silenciado en la sociedad.

Los últimos estudios realizados sobre la violencia ejercida contra mujeres con Problemas de Salud Mental^{1,2,3} ponen de manifiesto los siguientes datos:

- 3 de cada 4 mujeres con un Problema de Salud Mental grave han sufrido algún tipo de violencia en el ámbito familiar y/o de pareja.

- Un 80% de las mujeres con un Problema de Salud Mental que han tenido pareja han sufrido algún tipo de violencia procedente de ésta.

- El riesgo de sufrir violencia en la pareja se multiplica entre 2 y 4 veces en el

caso de las mujeres con un Problema de Salud Mental.

- Más del 50% de las mujeres con un Problema de Salud Mental que han tenido una pareja, han sufrido violencia física. Además, un 40% han sufrido violencia sexual.

- Más del 40% de las mujeres con un Problema de Salud Mental grave que están sufriendo violencia en la pareja no lo identifican como tal.

Pese a las escalofrantes cifras arrojadas por estos estudios, las instituciones públicas, los servicios de salud mental públicos y las asociaciones que trabajan con este colectivo no suelen realizar una intervención con perspectiva de género. De hecho, en la mitad de los casos de violencia de género contra mujeres con un Problema de Salud Mental, el equipo de salud mental de referencia no conocía la existencia del maltrato². En suma, a la innegable violencia tanto física como sexual de la que las mujeres con Problemas de Salud Mental son víctimas, hay que añadir que son constantemente invisibilizadas e infantilizadas.

El modelo de intervención desarrollado por Asaenes Salud Mental Sevilla se basa en los

2: Asociación de familiares y personas con Problemas de Salud Mental, constituida en el año 1987 y cuya misión es la mejora de la calidad de vida de estas personas, de sus familiares y la defensa de sus derechos.

principios del Modelo de Recuperación y el enfoque biopsicosocial, cuya intervención toma en consideración a la persona, la familia y el entorno. Dicho modelo promueve procesos de empoderamiento para que la persona sea protagonista de su historia, controlando su vida y el problema, con el fin de poder vivir una vida con dignidad y esperanza. El empoderamiento de mujeres con un Problema de Salud Mental es doblemente importante, dado que la situación de discriminación que viven está atravesada por dos aspectos: el género y el estigma asociado a los Problemas de Salud Mental. Esta realidad las hace más vulnerables y con menores oportunidades para su autonomía, empoderamiento y ejercicio de su libertad. La menor presencia de mujeres que acuden a los servicios para personas con Problemas de Salud Mental está relacionada con su bajo nivel de empoderamiento, el rol tradicional que las sitúa como cuidadoras en el sistema familiar, la infantilización de sus necesidades y capacidades y el hecho de que el sistema de Salud Mental esté diseñado para cubrir un patrón de necesidades de carácter tradicionalmente masculino.

Desde este enfoque, es fundamental que la persona tenga esperanza y que crea que una recuperación es posible, asumiendo mayor control sobre su vida y facilitando la toma de decisiones. De manera paralela, este proceso debe ser acompañado por

una relación de carácter más parecido al de compañero/a que al tradicional de persona experta/paciente con él o la profesional de referencia. También es aconsejable que para facilitar este proceso los y las profesionales utilicen un lenguaje que refuerce una sensación de esperanza, posibilidad y control, evitando términos que puedan conducir a la desesperanza como “cronicidad”. En general, los servicios basados en la recuperación se deben apoyar en las cualidades de los/as pacientes, cultivando habilidades para la esperanza, creatividad, empatía, resiliencia, etc. También es necesario que se lleve a cabo un proceso de inclusión social y que la persona consiga un rol con sentido y satisfacción en su vida separada del Problema de Salud Mental. La familia suele ser a menudo crucial para la recuperación, por ello es fundamental una intervención integral en la que sean partícipes del proceso.

En el estudio, además de considerar la perspectiva de género que subraye las necesidades de las mujeres con un Problema de Salud Mental, se ha tenido en cuenta la etapa del ciclo vital. El Problema de Salud Mental impacta de manera diferente en personas jóvenes que en personas adultas, ya que las necesidades e hitos “tradicionales” del ciclo vital difieren entre sí. Por ejemplo, a edades tempranas el concepto de la maternidad no va a suponer una preocupación, mientras que

en edades más avanzadas puede llegar a ser un tema central.

Con el objetivo de formular propuestas de mejora del sistema de atención a personas con Problemas de Salud Mental, se ha realizado un grupo focal con mujeres de adultez emergente (22-28) y otro con mujeres de adultez media (42-56) con el propósito de recoger las necesidades y propuestas de mejora de las mismas.

Metodología

La metodología empleada ha sido participativa, atendiendo al modelo de recuperación al que hemos aludido en el apartado anterior, en el que las personas con experiencia propia son agentes activos de la construcción de sus propios procesos y generación del conocimiento. De esta forma, las mujeres con Problemas de Salud Mental realizan propuestas, partiendo de sus propias experiencias, situaciones, vivencias, sentimientos en relación a la atención de su salud mental.

Muestra

Se ha utilizado el muestreo en una población finita, atendiendo a la normativa Covid-19. Además, se ha facilitado un clima que generara las condiciones oportunas de confianza, complicidad, intimidad y privacidad para poder hablar con naturalidad y tranquilidad de los

diferentes temas propuestos.

Para ello, se han realizado dos grupos de discusión con mujeres de diferentes edades, con el objeto de conocer sus intereses, ideas y visión de diversos temas relacionados con el proceso de su Problema de Salud Mental y que frecuentan los programas de Club Joven y Club Social de Asaenes.

En el grupo 1, Grupo de Adultez Emergente, constituido por 4 mujeres de entre 22 y 28 años, siendo todas convivientes en el núcleo familiar de origen. Y en el grupo 2, el Grupo de Adultez Media, constituido por 7 mujeres de entre 42 y 59 años, viviendo cada una de ellas en diferentes núcleos familiares, con sus progenitores, con su pareja, sola o con sus hijos/as.

Técnica utilizada

El proceso se facilitó mediante la formulación de 4 preguntas guía, dando respuesta a ellas mediante la técnica de lluvia de ideas y recogidas con tarjetas. Las participantes, con diferentes tarjetas podían expresar en ellas lo que pensaban de la pregunta en cuestión, la idea que le pudiese parecer más oportuna para sugerir algún cambio o plasmar una necesidad.

Al finalizar, con todas las ideas y propuestas se realizó una votación para llegar a un consenso, de la que surgieron las propuestas principales que se han

elaborado para la presentación de este artículo.

A continuación, se exponen los enunciados guía:

1. *¿Qué actitudes y comportamientos de familiares y profesionales consideras que perjudican o no favorecen tu recuperación?*

2. *Puntuación del 1 al 4 el grado de control que sientes sobre tu recuperación.*

3. *¿Qué propuestas consideras necesarias para mejorar tu recuperación y la de otras mujeres?*

4. *Puntúa las tres que consideres esenciales.*

Análisis de la Situación

En las aportaciones realizadas por ambos grupos de mujeres en relación a aquellos elementos, actitudes, situaciones o experiencias que dificultan el proceso de recuperación, han señalado cuestiones referidas a sus vivencias como mujeres y en relación a la etapa del ciclo vital en el que se encuentran y que bien pueden ser

idénticas a las de muchas mujeres, y por tanto extrapolables. No obstante, desde nuestra perspectiva es necesario, y no se puede obviar, el hecho de considerar otras variables como la ruralidad, el sinhogarismo, diversidad de género o la interculturalidad para poder presentar un espectro más diverso y completo sobre cómo viven otras mujeres con Problemas de Salud Mental su proceso de recuperación de acuerdo a estas consideraciones.

A continuación, se exponen dichas aportaciones en relación a tres categorías resultantes de la clasificación realizada de acuerdo a éstas. La primera categoría es la *familia*, y en ella se encuentra lo relacional y emocional que tiene lugar en ésta y que interfiere en la recuperación de manera poco eficaz. Otra categoría hace referencia al equipo de *profesionales de servicios sanitarios y sociales* y que constituyen agentes claves para la recuperación y normalización. Finalmente, la última categoría es la que hemos denominado *socialización de género*, ya que en esta han quedado recogidas aquellas consideraciones relacionadas directamente con la condición de ser mujeres en nuestra cultura y sociedad y que perjudican gravemente el proceso de recuperación respecto a los hombres.

a) Familia

<i>Mujeres de adultez emergente</i>	<i>Mujeres de adultez media</i>
Invasión de la privacidad como forma de control y sobreprotección por parte de las figuras parentales.	Ausencia de apoyos de otros/as familiares fuera del núcleo de convivencia.
Censura y dificultad para apoyar lo emocional.	Tabú sobre la existencia de un Problema de Salud Mental
Impaciencia y presión en relación al proceso de recuperación por parte de la familia.	No tener apoyo familiar en el proceso de recuperación. Presión para la recuperación.
Poca información y conocimientos de la familia para acompañar un Problema de Salud Mental.	Infantilización por parte de la familia.

Tabla 3. Aportaciones realizadas por las participantes sobre la categoría “familia”.

En ambos grupos es relevante el sentimiento de no percibir los apoyos necesarios a nivel emocional por parte de las familias, así como sentirse exigidas en cuanto a la celeridad de la recuperación. Destaca igualmente la infantilización con la que son tratadas por parte de la familia

tanto las mujeres de adultez emergente como las mujeres de adultez media.

La diferencia entre ambos grupos está en el modo en que la familia se relaciona y actúa en relación al Problema de Salud Mental, tal como se observa en el cuadro.

b) Profesionales de servicios sanitarios y sociales

<i>Mujeres de adultez emergente</i>	<i>Mujeres de adultez media</i>
Sentimiento de poca credibilidad por ser jóvenes.	Insuficientes profesionales de la Salud Mental.
<i>Atención sanitaria no personalizada</i>	
Profesionales del ámbito de la educación con actitudes estigmatizantes ante la Salud Mental.	Seguimiento profesional insuficiente en cuanto al número de citas o sesiones.

Tabla 4. Aportaciones realizadas por las participantes en la categoría “profesionales de servicios sanitarios y sociales”.

Coinciden nuevamente en la percepción de no disponer de una atención personalizada, entendiendo por ésta una verdadera, genuina y auténtica vinculación terapéutica, denunciando como una de las causas la sobrecarga que tienen los y las profesionales de la salud mental por ser insuficientes el número que hay y el tiempo y frecuencia de las consultas.

Es importante la aportación que las mujeres jóvenes hacen sobre el tratamiento por parte del profesorado sobre los Problemas de Salud Mental, con actitudes, comentarios y gestión de situaciones que

reproducen y promueven los prejuicios y el estigma contra las personas con un Problema de Salud Mental en el ámbito educativo, como la institución en la que se promueven valores y se ofrecen los escenarios idóneos para la convivencia, tolerancia e inclusión.

c) Socialización de género

<i>Mujeres de adultez emergente</i>	<i>Mujeres de adultez media</i>
Presión social sobre la imagen de las mujeres que influye en una menor autoestima e inseguridad.	Maltrato psicológico por parte de pareja y/o familiares.
Alusión a las catalogaciones recurrentes.	Prejuicio ante la maternidad de las mujeres con Problemas de Salud Mental.
Expectativas menores en relación a la recuperación por el hecho de ser mujer.	Culpa por sentirse una carga para los hijos e hijas.
Exigencia de la feminidad.	Exigencia del rol de cuidadora y de realizar las tareas domésticas.
Presión de tener una pareja.	Sentimiento de culpa por no “satisfacer” sexualmente a la pareja como consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento farmacológico.
Mayor vulnerabilidad por ser mujer con Problema de Salud Mental a ser víctima de violencia de género y/o agresión sexual.	
Mayor inseguridad y desconfianza para desarrollar relaciones afectivo sexuales.	Sobrecarga de tareas y el rol de cuidadora impide oportunidades de participación en otros espacios como el ocio y tiempo libre, o el plano laboral y de formación.
	Fragilidad para el empoderamiento económico: menor acceso al empleo, sueldos o prestaciones insuficientes, precariedad laboral, gestión de su dinero por parte de otros familiares.

Tabla 5. Aportaciones realizadas por las participantes en la categoría “socialización de género”.

La conciencia acerca de sentirse y percibirse con una mayor vulnerabilidad por ser una mujer con Problema de Salud Mental para ser víctima de violencia de género es algo en lo que coinciden ambos grupos.

En el caso de las mujeres jóvenes, la presión social en cuanto a las expectativas por tener pareja y ser atractivas física y sexualmente, les hace sentir una alta exigencia en momentos además de gran fragilidad y vulnerabilidad que le lleva a ganar inseguridad, baja autoestima y desconfianza en sí mismas.

Respecto a las mujeres maduras, esta presión y cuestionamiento está relacionado con la maternidad y con la función del maternaje así como, con la sobrecarga de tareas y el rol de cuidadoras asignados históricamente a las mujeres, impidiendo el propio autocuidado mediante espacios de participación, ocio, actividad física e incluso

en el ámbito laboral o formativo, teniendo consecuencias a la vez importantes para su empoderamiento económico y para su proceso de recuperación.

Igualmente, respecto a las relaciones de pareja, la vivencia interna es la de estar disponible para la otra persona, posponiendo sus necesidades, deseos o con malestar por no poder satisfacerlos.

Propuestas

Tras las aportaciones realizadas por ambos grupos de mujeres, en las que expusieron aquellas actitudes y comportamientos de familiares o profesionales que perjudicaban o no favorecían el propio proceso de recuperación, pasaron a elaborar propuestas para su mejora. A continuación, aparecen detalladas en la siguiente tabla y clasificadas por categorías.

<i>Mujeres de adultez emergente</i>	<i>Mujeres de adultez media</i>
<i>Apoyo psicosocial</i>	
• Necesidad de un espacio de escucha entre iguales, en el que se narren testimonios de superación y recuperación a través de referentes positivos.	• Tener una ocupación que ayude a desconectar, ya sea social o laboral. • Poder salir y disponer de espacios de ocio y tiempo libre.

<i>Apoyo psicosocial</i>	
• Poder socializarse con vinculación afectiva. • Construcción de la autoestima a través de los mensajes positivos de otras personas. • Tener un apoyo positivo por parte del entorno familiar.	• Fomentar relaciones sociales basadas en la confianza, comunicación y en el poder compartir. • Más información, formación y asesoramiento a las familias. • Sentir apoyo por parte de las familias. • Normalizar y amplificar las relaciones sociales con personas que no tengan estos problemas. Poder interactuar con otros sectores sociales. • Poder encontrar una pareja, con o sin Problemas de Salud Mental.

Tabla 6. Propuestas realizadas para la mejora del apoyo psicosocial.

<i>Sensibilización social contra el estigma</i>	
• Mayor sensibilización en edades tempranas. Charlas informativas sobre los distintos Problemas de Salud Mental en centros educativos • Incluir la sensibilización de los Problemas de Salud Mental en el currículum escolar. • Talleres formativos e informativos sobre Salud Mental en dispositivos públicos, tales como Centros Cívicos, etc. • Que en las tiendas de ropa haya tallas para todo tipo de cuerpos.	• Poder contar con jornadas de puertas abiertas en la entidad para una mayor sensibilización. • Una mayor sensibilización en centros educativos, incluyendo la temática de Salud Mental en el currículum escolar. • Más y mejor información a los medios de comunicación para que sean aliados contra el estigma. • Normalización de los Problemas de Salud Mental.

Tabla 7. Propuestas realizadas para la mejora de la sensibilización social contra el estigma.

<i>Mujeres de adultez emergente</i>	<i>Mujeres de adultez media</i>
<i>Promoción del empoderamiento y la autonomía</i>	
• Tener derecho a vivir y amar. Derecho a elegir pareja y poder tener preferencias sexuales y afectivas. • Tener derecho a equivocarse y a corregirse. • Necesidad de libertad para que la mujer con Problema de Salud Mental decida en su proceso de recuperación y se respete su propio ritmo. • Respetar las emociones (tanto las consideradas negativas como positivas). • Respetar el espíritu crítico de la persona. • Respetar la imagen de una misma y aceptar la propia personalidad. • Mayor comunicación para poder dar a conocer lo que nos pasa.	• Tener libertad de elección y como consecuencia, tener derecho a la maternidad. • Poder tener más información y psicoeducación sobre los Problemas de Salud Mental. • Ganar en autonomía económica para poder establecer relaciones y poder tomar otro rumbo en la vida.

Tabla 8. Propuestas realizadas para la mejora de la promoción del empoderamiento y la autonomía.

<i>Mujeres de adultez emergente</i>	<i>Mujeres de adultez media</i>
<i>Recursos y trato con profesionales de la Salud Mental</i>	
• Un mayor número de profesionales de Salud Mental. Aumento de recursos humanos en el sistema público de salud para que se garantice una atención adecuada.	• Tomar decisiones compartidas con los y las profesionales que genere autonomía en el proceso de recuperación.

<i>Recursos y trato con profesionales de la Salud Mental</i>	
• Profesionales de la Salud Mental con formación basada en la evidencia científica. • Necesidad de confianza y confidencialidad con profesionales de la Salud Mental.	• Una óptima relación con profesionales de la Salud Mental (cercanía y empatía). • Necesidad de una red de asistencia social de calidad. Poder obtener una vivienda temporal alejada de la red pública de alojamientos específicos.

Tabla 9. Propuestas realizadas para la mejora de los recursos y trato con profesionales de la Salud Mental.

Tras recoger todas las propuestas elaboradas por cada grupo de mujeres, eligieron aquellas que creían esenciales para mejorar el proceso de recuperación de

una mujer con Problema de Salud Mental, las cuales aparecen en la siguiente tabla ordenada por prioridad.

<i>Mujeres de adultez emergente</i>	<i>Mujeres de adultez media</i>
1. Incluir la sensibilización sobre los Problemas de Salud Mental en el currículum escolar.	1. Poder tener más información y psicoeducación sobre los Problemas de Salud Mental.
2. Tener espacios de escucha entre mujeres con Problemas de Salud Mental.	2. Necesidad de una red de asistencia social de calidad. Poder obtener una vivienda temporal alejada de la red pública de alojamientos específicos.
3. Poder socializarse con vinculación afectiva.	3. Una óptima relación con profesionales de la Salud mental

<i>Mujeres de adultez emergente</i>	<i>Mujeres de adultez media</i>
4. Ampliar número de profesionales de la Salud mental en el sistema público de salud con el tiempo necesario para cada paciente.	4. Necesidad de tomar decisiones compartidas con los y las profesionales que genere autonomía en el proceso de recuperación.
5. Contar con referentes positivos de mujeres recuperadas.	5. Sentir apoyo por parte de las familias.
6. Charlas informativas sobre los distintos Problemas de Salud Mental en centros educativos.	6. Ganar en autonomía económica para poder establecer relaciones y poder tomar otro rumbo en la vida.
7. Que en las tiendas de ropa haya tallas para todo tipo de cuerpos.	7. Información, formación y asesoramiento a las familias.
8. Respetar la imagen de una misma y aceptar la propia personalidad.	8. Una mayor sensibilización en centros educativos, incluyendo la temática de Salud Mental en el currículum escolar.

Tabla 10. Propuestas consideradas por las participantes como esenciales para la mejora del proceso de recuperación de una mujer con Problema de Salud Mental.

A modo de síntesis, destacar que las mujeres con Problemas de Salud Mental otorgan suma importancia a las necesidades relacionales como prioritarias y esenciales en su proceso de recuperación:

- Necesidad de apoyo y pertenencia.
- Necesidad de aceptación y seguridad.

- Necesidad de vinculación afectiva y experiencia compartida.
- Necesidad de validación y autodefinición.

Referencias

1. **Aguado, F. G., Cases, J. C. G., López-Gironés, M. L., Zarco, D. O., Usaola, C. P., & Trincado, M. R.** (2013). Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave. *Norte de Salud mental*, 11(45), 23-32.
2. **Avifes. Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental** (2018). *Investigación sobre la calidad de vida de las mujeres con enfermedad mental*.
3. **Cases, J. C. G., Liria, A. F., & Usaola, C. P.** (2012). *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave* (Doctoral dissertation, Universidad de Alcalá).
4. **Shepherd, G., Boardman, J., Slade, M.** (2008). *Hacer de la recuperación una realidad*. Servicio Andaluz de Salud.

14. Empoderamiento del paciente



Gorry

Como Gorry le conoce todo el mundo. Escribe en este libro por ser uno de los socios fundadores, tesorero y coordinador de proyectos de la Asociación Tú Decides. Dicha asociación es de pacientes en primera persona que trabajan para crear ambientes adecuados de ocio y tiempo libre para personas con problemas de salud mental, eliminar el estigma que existe y lograr cambios en lo que a la salud mental se refiere.

Para empezar este capítulo he de dejar muy claro dos cosas:

1. La definición de empoderamiento, que viene del verbo empoderar, que según la Real Academia Española tiene dos acepciones que nos pueden servir para este caso.

a. Hacer poderoso o fuerte a un individuo o grupo social desfavorecido.

b. Dar a alguien autoridad, influencia o conocimiento para hacer algo.

2. La diferencia entre adhesión o adherencia y **apego** al tratamiento. Las primeras se definen por el seguimiento del tratamiento sin ningún tipo de explicación, entendimiento o confianza en el mismo y, en el segundo, la confianza es la clave para que la persona afectada continúe con el tratamiento.

Una vez dejado estos dos conceptos claros, hemos de decir que el empoderamiento en la salud mental en nuestro país es una quimera.

Para empezar, en todas las unidades de psiquiatría de los hospitales de España se tiene más poder con los ingresados que cualquier centro penitenciario con sus reclusos. Esto se puede dilucidar si hablamos con alguna persona que ha

estado en algún ingreso psiquiátrico y ya no digamos, como es nuestro caso, si hemos hablado con muchas personas que han vivido esa situación. Los primeros tienen muchísimo más limitadas sus libertades que los segundos, ya que en una unidad psiquiátrica de cualquier centro hospitalario del país se vulneran la mayoría de los derechos fundamentales de las personas. Puede ser: desde estar atado a una cama las 24 horas del día (soltándonos solo para ir al baño), que nos retiren el móvil para impedirnos hablar con nuestros familiares y amigos, que se nos restrinjan las llamadas y las visitas para acabar prohibiéndonos el poder fumar un cigarro, en el caso de que seas fumador, aplicándonos un parche de nicotina para el síndrome de abstinencia del tabaco. Esto no ocurre en la mayoría de los calabozos de España, donde es posible fumarse un pitillo de vez en cuando y no digamos lo de estar atado mientras estás en él. Jamás hemos vivido ni conocido esa acción por parte de los policías que nos atienden. Quitar la libertad de decidir cuándo, quién, cómo y por qué se van a realizar las acciones que favorezcan nuestro problema de salud mental es una tortura que vulnera la mayoría de las libertades fundamentales de las personas, según la OMS.

Es tal el miedo a ser ingresados de los pacientes por lo que hemos vivido, visto y oído, que seríamos capaces de muchas imprudencias con tal de no

tener que ser ingresados en una unidad psiquiátrica de ningún hospital. Hemos oído contar verdaderas atrocidades a nuestros compañeros que, como nosotros, comparten el terror de los ingresos. Hemos podido contrastar con diferentes personas que han preferido un accidente de tráfico grave e ingresar en traumatología antes que tener un ingreso psiquiátrico. Hemos vivido las últimas consecuencias de ese miedo y llegar a un intento de suicidio. Podríamos decir, sin error a equivocarnos, que es una experiencia aterradora.

Siendo como es esta especialidad, la única en la que todavía existe el ingreso involuntario del paciente, no ofrece mucha confianza en la misma por parte de los que la necesitamos. Para poder realizar estos ingresos a petición, normalmente de un familiar, sufrimos un auténtico calvario. En un principio, en casa, a donde acuden policía y unidades de emergencias con todas sus luces y sirenas puestas, como si de una verbena se tratara. Esto hace que todo el vecindario se percate de que algo está pasando. Si además esta acción se repite varias veces, la curiosidad del vecindario se verá tranquilizada con comentarios negativos sobre nuestra persona y, al salir del ingreso, acabaremos encontrándonos con esos vecinos en las calles, tiendas o escaleras del vecindario, con la vergüenza que esto nos produce. Se cuchichea a nuestras espaldas en vez de ir de frente a preguntar qué nos pasa y si, como vecinos,

podrían hacer algo por nosotros. En estos casos no aparece el razonamiento ni el intento de convencernos de manera sosegada y tranquila, todo se hace de una manera desorganizada y, si es como en una feria, mejor. Una vez ingresado, te atan y te drogan hasta que consiguen que llegues a un estado casi catatónico para poder empezar a “trabajar” contigo. Luego te controlan para que no se produzca ningún incidente que pueda dañar las estadísticas de dicha unidad, vigilantes jurados o, en su defecto, bedeles remangados con grandes y fuertes brazos, cámaras por todas partes, incluso en tu habitación, cristales blindados y un nulo trato de cercanía con los profesionales que te tratan en el día a día. Estos se suelen quedar en una jaula blindada donde, por unos agujeros en ella, te van dando las cosas que solicitas, siempre y cuando ellos lo consideren beneficioso o, por lo menos, no perjudicial para tu recuperación. La sala de usos comunes suele tener un plasma en el que generalmente está puesta una cadena de televisión que nadie ha elegido, si quieres elegir una cadena tienes que ponerte de acuerdo con tus compañeros de ingreso y después solicitarlo a las enfermeras para que dispongan si es o no es adecuado para ti y para el resto de los pacientes.

Una vez, el jefe de la unidad de psiquiatría de un hospital universitario dijo que las unidades psiquiátricas son como una UCI y que por eso deben estar totalmente

aisladas del exterior. Se debe evitar la contaminación de estímulos exteriores de manera que los pacientes podamos recuperarnos solamente con los estímulos controlados que en estas áreas existen. Si alguien, como es mi caso, ha entrado en alguna de estas áreas psiquiátricas podrá darse cuenta de que el ambiente en ellas es totalmente aséptico y nada favorable a una rehabilitación. Ese ambiente en el que nos encontramos no favorece en nada nuestra recuperación. Es más, lo que solemos hacer es que comparemos nuestro problema con el de los demás ingresados, que siempre están peor que nosotros, haciendo que nos preguntemos qué hacemos allí. Este estado que sufrimos en los ingresos hace que nos puedan ocurrir dos cosas: que continuemos en las consultas con el psiquiatra y tengamos una adherencia, que no apego, al tratamiento por miedo a volver a sufrir otro ingreso o, por otra parte, que al no confiar ni en el tratamiento ni en nuestros terapeutas abandonemos el tratamiento a la primera oportunidad. Esto produce que, para poder continuar con nuestra vida normal, engañemos a todo nuestro entorno sobre lo que nos han dicho los terapeutas, sobre la ingesta de la medicación, sobre cómo nos encontramos, habituales consumos de estupefacientes, habituales comportamientos disruptivos que acaban en un círculo vicioso que, en el mejor de los casos, hará parar con nuestros huesos, otra vez, en el hospital o en una celda una y otra vez hasta que ocurra la

primera opción o la cosa acabe mal por muchos y distintos motivos. Este segundo camino es el que suele acabar con el sujeto viviendo en la calle, en el mejor de los casos, o con el fallecimiento del protagonista ya sea por accidente o por suicidio, lo que convierte a los problemas de salud mental en mortales, en muchos de los casos.

Todo lo anterior no nos hace fuertes como afectados ni nos da autoridad, influencia o conocimiento sobre nuestro tratamiento. Más bien nos la quita, produciéndonos una gran resistencia y desconfianza tanto en los profesionales de la salud mental como a los tratamientos que estos mismos administran.

Esto nos lleva al segundo punto de nuestro inicio. Las áreas psiquiátricas favorecen, como mucho, la adhesión o adherencia al tratamiento como una continuación del trabajo que en ellas se realiza, pero es muy poca la confianza que podemos tener en un tratamiento que se nos ha impuesto en un espacio donde nuestras libertades han sido totalmente violadas. Por lo tanto, el apego al tratamiento es casi nulo. De ahí que el seguimiento de las prescripciones psiquiátricas por parte de la mayoría de los afectados sea, en el mejor de los casos, intermitente si no hay por detrás alguien que este continuamente controlándolo, generalmente familiares, o tengamos un interés superior que haga que continuemos con el tratamiento (en mi caso, ese interés

superior es mi hija, a la que no quiero hacer daño con mi sufrimiento). Es por eso por lo que los empoderados, en este caso, son las familias, que son las que normalmente sufren nuestros desequilibrios y son a los que hablan y convencen de la importancia del seguimiento del tratamiento que, por lo general, no se consulta con nosotros y no se procura el tiempo suficiente para explicarnos, al paciente o a su familia, qué es lo que está sucediendo y va a suceder después en la resolución del problema según vayamos avanzando en el mismo. Esto conlleva que la responsabilidad de aceptación y seguimiento del tratamiento recaer sobre la familia. Los problemas familiares que esto nos acarrea son enormes llegando a ser insalvables por nuestra parte o de nuestras familias, produciéndose una ruptura familiar, en muchos casos, irreconciliable.

Es una realidad que los psiquiatras son los médicos que más poder tienen sobre las personas a las que dicen curar. Si uno de ellos te diagnostica una esquizofrenia, sin aportar prueba empírica alguna, el resto de la población te va a tratar como tal, lo seas o no. Se da un gran poder a unos médicos que en la mayoría de los casos dan prioridad a la medicación que administran que a la verdadera repercusión que esos fármacos puedan tener en nuestras vidas o a las metas que nos hemos propuesto alcanzar.

Podríamos decir que la psiquiatría es, de la medicina, la especialidad que menos conoce las enfermedades que tratan. Somos realmente los pacientes los que más conocemos nuestras enfermedades y los síntomas de esta. La imposibilidad de dos casos iguales, como resultan en otras disciplinas médicas, los diferentes resultados de las medicaciones con los pacientes, la diferencia de la cantidad de medicamento administrada entre un paciente u otro para que el medicamento haga el mismo efecto, hace de la psiquiatría un arte de ensayo - error continuo, donde los que verdaderamente sufrimos somos los pacientes que acabamos cansándonos de tantas pruebas y errores sin saber qué y cómo esto afecta de verdad a nuestro problema de salud. Los afectados sólo nos damos cuenta de que, en la mayoría de los casos, nuestros problemas de salud no se solucionan y a ellos hay que sumarles los efectos secundarios que las medicaciones nos producen. Es muy difícil que dos psiquiatras diagnostiquen lo mismo cuando uno no sabe del diagnóstico del anterior y más difícil aún que el tratamiento sea, ni de cerca, el mismo. Todo ello, mezclado con el miedo que padecemos a compartir con el psiquiatra todo lo que nos pasa, hacen de la psiquiatría una especialidad muy compleja de practicar.

Por nuestra privilegiada posición, a la hora de hablar con los diferentes compañeros, hemos podido comprobar que muy pocos de

los protagonistas tenemos una visión total de lo que nuestro diagnóstico significa. La mayoría de nosotros lo hemos mirado en internet y tenemos un gran problema para comprender el contenido de esas páginas web que explican con palabras difíciles de comprender lo que nos aqueja. Además, a lo poco que comprendemos sumamos, a nuestro juicio, que el diagnóstico no se corresponde a lo que sentimos tener.

Esto es en pocos rasgos la situación actual de los pacientes en salud mental. Ahora pongamos en cómo sería si de alguna manera se empoderara al enfermo.

Primero, tendríamos que hablar de un nuevo terapeuta en las unidades de psiquiatría. El llamado “Enfermo Experto”. Esto es una persona que, habiendo pasado unos episodios de problemas graves en salud mental, ha salido de ellos con éxito y que, después de una buena formación, sirve de ejemplo de lo que se puede llegar a ser o lograr si continuamos con los tratamientos que se nos receta. Esa persona podrá disponer de tiempo para explicar que es una enfermedad mental, cómo evolucionaría si se confía en los profesionales que nos tratan, en los tratamientos que nos recetan y lo que puede ocurrir si no los seguimos. Este nuevo profesional ya sería el primer paso para que los futuros protagonistas puedan ver el empoderamiento que la psiquiatría hace de sus propios pacientes, siendo el

principal protagonista de acercamiento de la situación al paciente, creando un clima de confianza que, después, será de inestimable valor para conseguir el apego al tratamiento.

Segundo, deberíamos tener claro que, tanto médicos o terapeutas como pacientes, somos personas y como tal debemos ser tratados los pacientes en todo momento. Hay que minimizar la distancia entre los terapeutas y los pacientes. Cambiar esta distancia por la confianza terapéutica. El profesional de salud mental debe hablarnos tanto de sus certezas como de sus miedos, tanto hacia nuestro diagnóstico como del tratamiento que nos van a recetar, preguntarnos y pedirnos opinión de manera que, si hay un error, sea de ambos, pero si hay un acierto, el acierto no sea sólo del psiquiatra. Los profesionales de la salud mental nos piden que confiemos en ellos y en sus tratamientos, tratamientos con muchísimos efectos secundarios, sin que ellos, por otra parte, confíen nada en nosotros y no nos expliquen más que lo justo por: falta de ganas, de tiempo, de miedo, falta de empatía, falta de confianza en ellos mismos y sus posibilidades, desconfianza de hacer entendernos lo que de verdad nos pasa y cuál va a ser la situación vital si seguimos ignorando nuestros problemas de salud mental y como nos va a afectar y a cambiar la vida si seguimos el tratamiento.

Los pacientes debemos ser los que

impongamos las diferentes metas terapéuticas y no los profesionales de la salud mental. Todos los que acudimos a salud mental lo hacemos por que sufrimos de una u otra forma y no sabemos cómo liberarnos de ese sufrimiento. Pero para dos personas con los mismos síntomas el sufrimiento puede ser muy diferente. Pongamos un ejemplo muy simple de manera que pueda ser comprendido perfectamente: dos personas que tienen alucinaciones visuales. Para uno de los pacientes puede ser muy importante que le quiten la visiones del todo y para el otro a lo mejor no le importa mantener sus visiones y lo que le molesta de verdad es que, como nadie más las ve, no puede compartirlas con nadie. Al primero le recetaríamos antipsicóticos para dejar de ver las visiones y al segundo paciente lo que deberíamos recetar son clase de pintura para que pueda hacer que todas las personas puedan ver lo que él ve. En estos dos casos la felicidad es totalmente opuesta y no deberíamos, como los dos ven visiones, tratarlos con el mismo tratamiento ya que cada uno quiere hacer con sus visiones cosas totalmente opuestas.

Ahora viene la gran duda... Si las visiones pueden hacernos daño o a los que están cerca de nosotros, ¿cómo se actuaría? Para ello, como terapeuta, hay que tener unas habilidades para poder convencernos de que la terapia que se nos ofrece es lo mejor para nuestra vida y para las personas que nos rodean (no hay mayor poder que el de la

convicción). Esto no se hace ingresándonos, recetándonos medicación y terapia. Se hace pasando horas con nosotros, hablando y sobre todo **escuchándonos** hasta que nos sintamos comprendidos y hayamos interiorizado lo que el psiquiatra nos ha explicado, sin que esto suponga una clase magistral entre médico y paciente como suele ser la mayoría de las veces. Este momento de entendimiento mutuo debe extenderse en el tiempo, todo lo necesario, hasta que se haya generado una confianza mutua en la que confiemos plenamente en nuestro médico y viceversa. Cuando entendamos y tengamos claro qué significa, en su totalidad, asumir la terapia y la medicación recetada, tanto para nuestro bien, como para la gente que nos rodea. Es entonces, y solamente entonces, cuando se debe empezar a elaborar un diagnóstico, recetarnos un tratamiento suministrándonoslo de manera adecuada, que sea en cierta manera “pactada” y, sobre todo, comprendida y la recomendación de una terapia y un buen terapeuta (la recomendación de un buen terapeuta es muy importante y se hace muy poco por lo que veremos más tarde) por parte de nuestro psiquiatra. Si no confiamos en la persona que nos receta un tratamiento hará que no continuemos con el mismo. Y si el médico no confía en nosotros, los pacientes, nunca sabrá si nuestras recaídas son por sus fallos a la hora de diagnosticar y plantear un tratamiento o si, por otra parte, somos nosotros los que

no seguimos el tratamiento de manera adecuada, situación que se vive más de lo que debería en el mundo de la salud mental. Nos sentimos bien, dejamos el tratamiento, volviendo en pocos días a la casilla de salida. Por eso es tan importante el apego con los médicos, terapeutas y con los tratamientos prescritos.

Tercero, aparecería lo que nos gustaba llamar el “apego” al tratamiento. En principio, el poder formar parte de la solución al problema, y no estar alimentando el problema, hará que aceptemos en mayor grado la administración del tratamiento. Para esto el psiquiatra debe tener muy claro nuestras necesidades y no tratar todos los síntomas iguales de la misma manera, como hemos expuesto antes en el caso de las visiones. En todo momento el objetivo final de la psiquiatría debe ser conseguir que nos encontremos seguros con lo que sentimos y poder disfrutar de una vida lo más plena y feliz posible. Esto no se logra imponiéndonos tratamientos, se logra sabiendo cuáles son nuestras metas vitales y cómo hacer que alcancemos las máximas posibles, restando importancia a las diferencias que podamos tener con otra persona a la que la psiquiatría consideraría un sujeto sano.

En **cuarto** lugar, tendríamos una mejor visión de la psiquiatría y de todo lo que le rodea si concedieran más tiempo a escucharnos y a centrarse en el propio

paciente y no ir directamente al final de la ecuación que es el tratamiento y qué nos van a recetar. En estos momentos tanto la psiquiatría (salud mental) como todo lo que le rodea tiene una aureola tabú que hace que todo sea cuestionable desde los tratamientos, fármacos, terapias, etc. donde cualquiera puede tener opinión menos el propio interesado. En las familias todos tienen una opinión de lo que hay que hacer con nosotros, pero sin contar con nosotros. Como en el Despotismo Ilustrado, “Todo por el pueblo, pero sin el pueblo”. Esto hace que nos neguemos a cualquiera de las posibles soluciones que nos ofrecen, buscando por nuestra cuenta soluciones “mágicas” que luego llevan a grandes desastres, pues muchas veces en esas soluciones no hay vuelta atrás. Hay aquí dos hechos que tengo que recalcar. Una la mala praxis de algunos terapeutas que nos ven como su fuente de ingresos y que no quieren dejarnos escapar y otra los falsos terapeutas que nos “venden” todo tipo de milagros que nunca llegan. Tenemos que huir de este tipo de influencias y es en este sentido donde la familia y nuestra confianza en los tratamientos administrados por buenos profesionales tienen que demostrar toda su fuerza y en eso es imprescindible que confiemos en la gente que nos rodea y en las personas que nos tratan. Un mal tratamiento, un mal terapeuta o una cura mágica son tres de las peores opciones de cura para nosotros, personas con problemas de salud mental.

El apego hará que la confianza a los tratamientos mejore y con ellos los resultados de estos. Con ellos, la visión que las personas tenemos de los problemas de salud mental mejorará. Mejorará la visión que se tendrá de los psiquiatras, medicamentos, diferentes terapias, etc. acabando con las famosas frases contra la industria farmacéutica que tanto daño nos hacen en muchas ocasiones a los pacientes con los numerosos bulos que continuamente escuchamos sobre ellos. Se valoraría a la farmacología como una parte importante de la solución a nuestro problema, incluso, en algunas ocasiones, como la solución definitiva al mismo si se apoya en la terapia adecuada. Este enfoque farmacológico cambiaría la forma que tenemos de sentir a los productos farmacéuticos que ayudan, más de lo que se cree si se usan correctamente, a la mejora de las personas con problemas de salud mental y significan un gran problema si no se administran de la manera correcta.

En **quinto** lugar, al confiar en sus tratamientos sufriremos muchas menos recaídas y podremos vivir nuestra vida de forma más plena. Esta confianza lleva de manera implícita el conocimiento que tendremos en todo momento de nuestro problema de salud, de en qué estado nos encontramos en cada momento y cuáles son las metas que nuestro tratamiento espera alcanzar. De forma que lleguemos a ser parte de la solución del problema en el que

nos encontramos sumergidos y no, como muchas veces es el caso, el mayor obstáculo para nuestra recuperación. Encontramos en muchas ocasiones que, por las causas anteriormente indicadas, los pacientes nos convertimos en el principal escollo en nuestra recuperación. Es por ello por lo que puedo asegurar que el conocimiento del estado en que nos encontremos y de cómo nos vamos a encontrar durante la evolución de nuestro problema va a eliminar de raíz el mayor obstáculo que la psiquiatría se encuentra en estos momentos, nosotros (los pacientes) mismos.

Sexto, los espacios en las conversaciones favorecen siempre al terapeuta que nos recibe en una consulta llena de papeles y libros que hacen que nos sintamos como uno más de los muchos que por allí pasan. Los escenarios donde realizar las **consultas** (remarco consultas porque eso es lo que deberían de ser, consultas del paciente al profesional y espacios de decisión conjunta para la continuación del tratamiento) deben ser espacios normalizados donde nos sintiéramos cómodos. Espacio sin papeles, sin libros, sin mucho mobiliario y decoración que nos hagan distraernos, pero por otro lado deben ser espacios cómodos y agradables, de manera que nos sintamos que estamos en un espacio donde se puede tratar aspectos importantes de nuestras vidas con confianza. Debemos tener muy claro, como en el caso de la medicación, que dos personas no nos

sentimos igual en el mismo sitio. Es por eso por lo que no se puede realizar las consultas siempre en el mismo sitio, de la misma manera y con diferentes personas. Esto también pasa con las personas que no tienen problemas de salud mental, no todos prefieren contar sus confidencias a los amigos en el salón de una casa, los hay que prefieren una cafetería detrás de un buen café, los que prefieren un paseo por la ciudad o por un parque y los hay que prefieren la intimidad que proporciona una llamada telefónica. Es por esto por lo que el escenario donde hemos de realizar las diferentes consultas debe cambiar según el paciente, si es posible. Incluso el escenario debería cambiar dependiendo del estado del paciente.

Séptimo, se debe saber crear y aprovechar el llamado momento terapéutico. Se debe tener muy en cuenta que los pacientes no siempre tenemos ganas de hablar en los momentos que tenemos programados para ello. Por ello, el terapeuta debe saber crear momentos terapéuticos útiles de manera que puedan aprovechar al máximo el tiempo que tienen destinado a ello. Para ello es importante saber aprovechar, de alguna manera, los momentos que tenemos la necesidad de decir algo y que queremos comunicárselo a alguien de nuestra total confianza, al terapeuta. ¿Cómo lograr esto? Los terapeutas no pueden estar 24 horas a nuestra disposición. De lo que sí disponemos, gracias a la tecnología,

son maneras de poder comunicar vía WhatsApp, correo electrónico, SMS, etc. lo que nos ocurre en ese momento y el terapeuta nos responda con una simple frase de manera que: nos sintamos aliviados y atendidos en todo momento y el terapeuta pueda iniciar un momento terapéutico de calidad más rápidamente simplemente regresando al momento en el que nos pusimos en contacto con él. Esta disposición parcial haría que el tiempo de consulta fuera mucho más productivo y que se pudieran tratar temas más profundos al empezar desde un punto que consideramos importantes.

Octavo, es muy importante que los pacientes conozcamos profundamente nuestro problema de modo que sepamos reconocer nuestro estado en todo momento. Para ello, necesitamos comprender qué es lo que nos ocurre y que se nos explique muy bien cuáles y cómo son los síntomas de una nueva recaída de forma que podamos reaccionar cuanto antes a esos marcadores que conocemos, gracias a las explicaciones y a las charlas con los profesionales que nos tratan, evitando, si es posible, una nueva recaída o un nuevo ingreso anticipándonos a ello.

La anticipación es importantísima en los problemas de salud mental. Si reconocemos los síntomas que tendremos antes de recaer, ganaremos mucho tiempo para poder reaccionar ante ellos y evitar

que se manifiesten en toda su virulencia. Esto último es lo realmente importante. Conociendo nuestros síntomas nos ahorraremos mucho sufrimiento que es de lo que de verdad trata la salud mental.

Para todo lo anterior es fundamental el conocimiento de nuestros problemas, tratamientos y terapias de manera que evitemos los sufrimientos que padecemos en cada brote. Para adquirir este conocimiento es fundamental la información que los diferentes profesionales de la salud mental puedan ofrecernos y todo el tiempo que se nos pueda dedicar para conocer y reconocer los ya mencionados síntomas.

Los ocho puntos anteriores son una serie de ideas para poder empoderarnos como pacientes y hacernos a nosotros responsables principales de nuestra recuperación. Tengo la completa seguridad de que el empoderamiento del enfermo hará que las terapias mejoren en calidad y cambiarán la visión que el mundo tiene de los problemas de salud mental.

Es, por todo lo anteriormente expuesto, que el empoderamiento en salud mental del paciente resultará en un ahorro significativo en recursos, ingresos, medicaciones..., en definitiva, en dinero, pero sobre todo será un gran ahorro en sufrimiento.

Para cuando las personas con problemas de salud mental se empoderen, la psiquiatría dejará de ser la brujería del siglo XXI para ser la medicina del alma.

El empoderamiento del paciente significa que pueda ser parte importante de su proceso de cura. Para ello, es fundamental que sienta confianza en el tratamiento, los médicos y los terapeutas. Habría que tener claras las metas y los deseos de la persona a tratar. Con ello, habrá un ahorro económico importante en la salud mental, pero sobre todo un ahorro de sufrimiento emocional.

15. Futuro de la atención clínica



Benedicto Crespo-Facorro

Jefe de Servicio de psiquiatría del hospital Virgen del Rocío. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla



Miguel Ruiz-Veguilla

Psiquiatra. Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Universidad de Sevilla. UGC de Salud Mental Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.



**Cándido Manuel
García Sánchez**

Psiquiatra. UGC Salud Mental Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Introducción

La sociedad del siglo XXI está inmersa en una dinámica de cambios cuya inercia afecta a la salud tanto en sus demandas como en las expectativas. Esta actividad de cambios no es una novedad en la historia del ser humano, pero lo que sí parece novedoso es la velocidad de estos cambios.

La rapidez en la transmisión de información, la capacidad que tiene una persona de estar bien informada, así como una inversión en la relación médico paciente, permite que en ocasiones el paciente, gracias a las nuevas metodologías, pueda acudir al médico con el diagnóstico realizado a través de su iPhone. Todos estos cambios hacen que la organización de la salud mental tenga que responder con rapidez para adaptarse a nueva realidad social, y así evitar dejar sin responder las demandas no sólo de los usuarios, sino de la sociedad. De todo esto hemos de aprender que un sistema de salud mental público debería presentar como principales características: innovación, flexibilidad, agilidad, digitalización, accesibilidad, actualización y calidad. Además, debería considerar a los usuarios como parte activa, no sólo escuchando y teniendo en cuenta su voz, sino aceptando un nuevo modelo donde el paciente es parte activa de todo proceso encaminado a la salud.

En este contexto hay que añadir que la llegada de la pandemia por la COVID-19 nos golpeó sin estar preparados, con unas consecuencias dramáticas en todas las áreas de la sociedad. A su vez, ha supuesto una oportunidad para la reflexión sobre el sistema de salud que estábamos diseñando de espaldas a las nuevas demandas de la sociedad, manteniendo estructuras rígidas establecidas hace décadas, y un cada vez más preocupante sistema sanitario basado en curar procesos establecidos, pero no en la predicción y la prevención, donde debería incluirse no sólo la atención primaria, que es clave, sino otros estamentos sociales y educativos.

Los problemas relacionados con la salud mental son problemas clave de salud pública que tendremos que afrontar en las próximas décadas. Requieren de un diseño cada vez más multidisciplinar de evaluación (incluyendo evidencia desde la neurociencia), diagnóstico, tratamiento y cuidados que tiene en cuenta no sólo factores médicos, sino sociales y psicológicos. Conocimiento basado en la evidencia, humanización y personalización nos deben servir de guía en este camino. Este modelo ha servido como ejemplo para el diseño de otras unidades de patologías concretas en especialidades ajenas a la salud mental. Pongamos como ejemplo las unidades del pie diabético, de dolor torácico, postinfarto... Esa situación de pioneros en la gestión de la

enfermedad ha supuesto un cierto grado de autosatisfacción que no ha permitido, entre otras cosas, avanzar en otras estrategias que la sociedad demanda, como la especialización de la psiquiatría. Esto nos ha llevado a una situación casi insostenible de falta de especialización en áreas tan sensibles como la psiquiatría infantil, la neuropsiquiatría o la psicogeriatría. El diseño de una salud mental del futuro no se entiende sin tener a unos profesionales formados en áreas específicas, preparados para proponer soluciones complejas a problemas complejos. Esto supone no solo el reconocimiento de las autoridades competentes, sino un diseño de la asistencia de la salud mental donde se facilite el tratamiento de enfermedades complejas en centros donde los profesionales estén formados en esas áreas, así como un diseño donde la visualización de la formación dentro del diseño de las unidades de salud mental sea una realidad.

Este ambicioso plan de actualización de la salud mental futura es necesario, porque la realidad así lo indica. Partimos de una base de mucho y buen trabajo realizado, pero debemos elevar las miras para planificar el futuro. Esta sólo podrá ser materializada si exigimos sin vacilaciones la implantación del rigor científico y la aplicación de evidencia en las guías y rutas asistenciales, huyendo de los planteamientos personales que aún imperan en nuestra área. Debemos apoyarnos en la responsabilidad del análisis

de la realidad para proponer iniciativas innovadoras a la hora de responder a demandas de la sociedad, poniendo al usuario en el centro de las decisiones. Para llevar a buen puerto estas exigencias, la cultura de investigación debería ser uno de los tres pilares sobre los que se apoye una salud mental del futuro: asistencia de calidad, con una especialización de diferentes áreas de la psiquiatría, la docencia e investigación. Todo ello en un sistema flexible que permita la aplicación de nuevas tecnologías que ya están en la vida cotidiana, que colocan al usuario en un nuevo punto estratégico en la relación médico paciente.

Centrados en la predicción y prevención e intervención temprana

La mayoría de las enfermedades mentales comienzan antes de la edad adulta media. Nuestro actual sistema de salud mental está construido desde una perspectiva de eficacia del tratamiento, habiendo conseguido unas tasas de éxito altas, con porcentajes elevados de recuperación y remisión. Sin embargo, como en otras especialidades, históricamente se apostó por resolver problemas a corto plazo, con políticas de tratamiento de la enfermedad, dejando al margen políticas de predicción, prevención y de intervención precoz.

Uno de los retos a los que se enfrenta la

salud mental es el de implantar políticas de predicción y prevención en la población general, en la población de riesgo e implementar programas de intervención precoz. Debemos ofertar modelos asistenciales oportunos y necesarios que aseguren la mayor calidad de vida posible a las personas que sufren una alteración de su estado mental. Debemos potenciar la prevención (universal, selectiva e indicada) y la predicción como paradigma de la asistencia.

Atención Primaria (AP) y Salud Mental (SM) deberían implementar, junto con actores no sanitarios que puedan modificar conductas o hábitos de riesgo, políticas de prevención en la población general. El trabajo conjunto con otros agentes sociales, así como medios locales de comunicación, son claves para llevar a cabo políticas que supondrían un ahorro de sufrimiento y un ahorro económico a largo plazo. Cuando hablamos de prevención, pensamos en actuar en edades tempranas, que seguramente es donde más se debería actuar, pero no podemos olvidar la población geriátrica. Por lo tanto, la intervención universal, con actuaciones durante el embarazo para minimizar los riesgos que aumentan la enfermedad mental, como el consumo de tabaco o alcohol, escuelas de padres que han demostrado que reducen el trastorno de conducta en menores de 12 años, así como programas de intervención

para una política de consumo de drogas en la adolescencia y, en definitiva, tener una infancia segura supondrían una disminución en la incidencia de las enfermedades mentales. Pero no podemos olvidar otros factores asociados a la enfermedad mental, en particular los efectos de la soledad en nuestros mayores, que puede dar como resultado suicidios o enfermedades como la depresión.

La intervención sobre la población de riesgo debería tenerse en cuenta desde la AP, para una intervención temprana en las fases iniciales. En este sentido, los programas de coordinación son el eje fundamental: programas donde se incluyen poblaciones de riesgo biológico (SD 22q11, o bien de hijos de progenitores con TMG), o bien de grupos de riesgo sociales (víctimas de violencia, acoso o absentismo escolar, consumo de drogas), marginalidad y menores en centros de acogida con delitos.

El primer punto a llevar a cabo en esta fase de prevención primaria sería la identificación de estos grupos, con intervenciones efectivas que identifiquen personas con un alto riesgo, con un protocolo que permita una actuación homogénea y estandarizada en toda el área, así como una fácil accesibilidad a SM, dentro de un protocolo común con atención primaria.

Los programas de intervención precoz, especialmente el de psicosis, se han

consolidado dentro de las políticas de SM como una de las herramientas más eficaces a corto y largo plazo. El reto de la asistencia en SM en los próximos años es adaptar programas de intervención temprana a todos los trastornos mentales manteniendo el mismo axioma ya aceptado en el tratamiento de las psicosis, de que podemos modificar el curso evolutivo de muchas enfermedades si intervenimos de manera adecuada, intensiva e integradamente en fases tempranas de la enfermedad. Ejemplos serían el trastorno por estrés postraumático, la depresión resistente y el trastorno obsesivo compulsivo, donde existe suficiente evidencia de que una intervención temprana aumenta la efectividad del tratamiento.

**La especialización como
respuesta a la complejidad
de la enfermedad mental y
a la demanda de la sociedad**

Especialización en formación y en servicios. El avance en el conocimiento hace que seamos capaces de identificar cada vez más aspectos relacionados con la enfermedad mental que son susceptibles de acciones específicas y especializadas. La complejidad de la enfermedad mental, así como una demanda de la sociedad, hace ineludible el reconocimiento de especialidades dentro de la psiquiatría. Esta realidad es aun más flagrante cuando analizamos por problemas de

salud mental por grupo etario. ¿Cuál es el paralelismo entre un menor y una persona con edad avanzada con depresión? Este reconocimiento de áreas específicas dentro de la psiquiatría permitiría una formación de calidad de los profesionales que repercutiría en una asistencia de excelencia. Este reconocimiento de la especialidad no debe limitarse sólo al ámbito de la población infantojuvenil, sino que debería extenderse a otras poblaciones, como la psicogeriatría, la discapacidad intelectual, así como a áreas de conocimiento como la neuropsiquiatría o la psiquiatría forense. Dentro de la configuración de la asistencia de la salud mental, la psiquiatría general tendría un papel pivotal a la hora de identificar, detectar, tratar y derivar pacientes con patologías graves o bien que necesitan un tratamiento específico intenso.

El conocimiento procedente de la investigación y el avance de la neurociencia va a requerir cada vez mas una formación en ese ámbito del conocimiento que permita al clínico integrar esa información relevante a la hora de la toma de decisiones clínicas. No debemos entender que estamos hablando de manera aislada del conocimiento sobre el funcionamiento cerebral y su asociación a las patologías mentales, debemos ser conscientes de la evidencia creciente de la importancia que tiene de la interacción funcional del cerebro con sistema inmune, aparato digestivo,

sistema cardiovascular, mecanismos de inflamación como claros ejemplos de esta realidad de la salud mental.

Considero muy relevante entender y asumir la importancia en la formación y la provisión de servicios centrados en la psicoterapia. Las personas que tratamos necesitan de ese abordaje terapéutico y nosotros debemos estar formados con excelencia en ese campo y preparados para proporcionar una asistencia eficiente y basada en evidencia en este campo.

Independientemente del reconocimiento de la especialidad, también habría que tener en cuenta la creación de unidades de tratamiento específico, como respuesta a la complejidad de la enfermedad mental. Debemos abogar por la constitución de unidades de alta especialización que den asistencia de alta calidad, basada en evidencia, de problemas específicos. Un ejemplo de estas unidades o programas asistenciales lo constituyen las unidades de trastornos afectivos, niños con necesidades especiales, neuropsiquiatría del trastorno del movimiento y las unidades de salud mental perinatal.

Centrados en la investigación y la innovación

Costaría visualizar un servicio de salud mental del futuro ajeno a la investigación y a la integración de la información que

emana de la misma. Los clínicos que investigan son un valor añadido a los que un servicio de salud mental del futuro debe intentar captar para conseguir servicios de excelencia en la asistencia. Un servicio de salud mental que apueste por la investigación y la innovación está en condiciones de ofrecer tratamientos actualizados y de alta calidad como señal identificativa de su capacidad asistencial. Favorecer la investigación en la innovación en su sentido más amplio, promover una política activa de captación de ensayos clínicos y la cultura de integrar el conocimiento nuevo serán esenciales para la configuración de esa salud mental del futuro.

En este sentido, la salud mental como disciplina médica está inmersa en la búsqueda de encontrar nuevas dianas terapéuticas, así como ofrecer una medicina personalizada. Este objetivo, tal y como está diseñado el conocimiento científico, sólo se puede conseguir con trabajo multidisciplinar y traslacional.

Dentro de la cultura de la investigación está la evaluación de las intervenciones y conocimiento de indicadores de calidad. La implementación de una cultura de evaluación de la eficacia, de la satisfacción del paciente, así como del coste de las intervenciones son claves para una salud mental de calidad.

La innovación como forma de adaptación a las demandas sociales y a las oportunidades de incorporación de tecnología. Micro y macro innovación que facilite la accesibilidad y la agilidad de respuesta, donde el tiempo de monitorización del estado de la persona se amplíe mas allá del tiempo de la consulta establecida y donde los profesionales puedan acceder a análisis bioinformáticos complejos que abran posibilidades de proveer la mejor y más segura asistencia posible. Quizá con el objetivo de acercarnos a la personalización de tratamientos, suena bien.

Usuario y familia como centros del servicio de salud mental

La presencia y participación de las personas afectadas por la enfermedad y sus cuidadores en el diseño y desarrollo de programas / unidades asistenciales y de

investigación es una necesidad ineludible. La salud mental debe mirar al sujeto que presenta una enfermedad mental y a la familia que lo apoya. Hoy día, nadie discute este principio. Lo que sí puede ser debatido es cómo conseguir un engranaje en la toma de decisiones donde el paciente y su familia tengan su propia voz. La creación de protocolos, guías terapéuticas, no tiene sentido en los momentos actuales realizarlo sin contar con la visión de la familia o del paciente que presenta una enfermedad mental.

16. Futuro de la atención clínica



Julio Sanjuan Arias

Coordinador Unidad de Primeros Episodios Psicóticos del Hospital Clínico de Valencia. Investigador Principal de la línea de Psiquiatría y enfermedades degenerativas INCLIVA. Profesor Titular de Psiquiatría Universidad de Valencia.

En primer lugar, daré unos pequeños apuntes sobre la situación asistencial en salud mental en el presente (tipos de usuarios y tipos de asistencia) y sus problemas. Posteriormente mencionaré algunos de los desafíos más relevantes para el futuro.

La atención en salud mental: tipos de usuarios

¿Quién acude a pedir ayuda por sufrir un problema de salud mental? Se pueden clasificar a los usuarios que acuden o reciben ayuda de salud mental en tres grandes grupos: un grupo muy amplio de personas que sienten un malestar y buscan salir de él, a este grupo lo voy a llamar *“buscadores de la felicidad”*. Otro grupo que tienen, algún trastorno clínicamente identificable, aunque dicho trastorno no les impide funcionar razonablemente bien en su vida, a este grupo lo denominaré: *“trastornos mentales leves”*. Por fin hay un grupo, relativamente pequeño, que sufre alteraciones emocionales y del comportamiento severas, que afectan globalmente su funcionamiento en la vida, a este grupo lo denominaré *trastornos mentales graves*. Una de las grandes paradojas en la atención a la salud mental, que no ocurre en otros campos sanitarios, es que muy a menudo, quien pide más demanda de atención son los casos más leves mientras que los casos más graves, los que realmente precisan de una atención

indiscutible, muchas veces no tienen conciencia de estar enfermos por lo que es la familia o el entorno quien solicita su tratamiento (*Figura 17*).

En el grupo de los *buscadores de felicidad* se encuentran todas las personas que sienten, con causa justificada o sin ella, una insatisfacción vital. Aquí se incluyen: los desengaños amorosos, los insatisfechos con su trabajo, los descontentos con su imagen, los enfadados con el mundo, los gruñones perpetuos, los inseguros por el futuro, los resentidos por el pasado, los quejosos con su cuerpo, los decepcionados de la vida y un largo etc. El concepto de “ser feliz” es complejo, en las sociedades occidentales se identifica la felicidad o el estado emocional ideal, como un alto nivel de excitación que se relaciona con la euforia, el entusiasmo y la búsqueda de sensaciones. Por el contrario, en las sociedades orientales se conceptualiza la felicidad o el estado del bienestar, como un estado de bajo nivel de excitación, asociado a la tranquilidad y a la paz interior. Sea la “felicidad de la euforia” o de “la paz interior”, lo cierto es que hoy en día hay una gran demanda de felicidad. Como vivimos en un mundo capitalista, cuando hay una demanda aparece automáticamente una oferta, por eso la sociedad ha inventado numerosos dispositivos y estrategias (libros de autoayuda, coaching, Fito-terapia, meditación, yoga, redes sociales etc.) diseñados para dar respuesta a la epidemia

de insatisfacción que sufrimos, al menos en los países desarrollados occidentales. Sea como fuere, conseguir que una persona alcance la felicidad queda, en mi opinión, fuera de lo que deberían ser los objetivos de los servicios de salud mental, al menos dentro del sistema público. Como ha subrayado Alberto Ortiz Lobo, en muchas ocasiones los profesionales de la salud mental deberíamos estar preparados para saber explicar, de la forma más empática posible, a las personas “*no felices*” que acuden a consulta en demanda de ayuda (sin ningún trastorno psiquiátrico), las buenas razones del no-tratamiento¹ (Ortiz Lobo, 2013).

El segundo grupo es el de *Trastorno Mental Leve*. Este grupo es amplísimo, pero los Trastornos más frecuentes son los relacionados con la Ansiedad y la Depresión con todas sus variantes y ramas. La Depresión se ha considera por la OMS la gran epidemia del siglo XXI y la primera causa de discapacidad en el mundo occidental. Estamos hablando, en general, de cuadros clínicos fácilmente identificables tanto por sus síntomas como por la afectación en el funcionamiento del sujeto. Estos cuadros, en su mayor parte (70%), pueden responder a un tratamiento específico tanto psicofarmacológico como psicoterapéutico.

El tercer grupo, es el *Trastorno Mental Grave*. En este grupo se incluye

fundamentalmente la Psicosis (Trastorno Bipolar, Esquizofrenia y otros). Una de las características especiales de este grupo es el no tener conciencia de enfermedad, lo que se traduce en la no petición de ayuda. Muchos de estos pacientes requieren ingreso en unidad de agudos y en bastantes ocasiones (hasta un 50%) dichos ingresos hospitalarios se hacen, desgraciadamente, en contra de la voluntad del sujeto. Es también en estos casos, donde el grado de adherencia (continuidad del tratamiento) es más bajo.

La atención en salud mental: tipos de asistencia

La asistencia en la salud mental se puede clasificar dependiendo de dos factores: el tipo de tratamiento y el contexto en el que se realiza dicho tratamiento.

El debate sobre el *tipo de tratamiento* se centra, en la psicofarmacológica frente a psicoterapia. Este tema que debería estar superado (dar lo más apropiado para cada paciente) es, en mi opinión una de las batallas más largas, encarnizadas y estériles en la atención a los pacientes. Esta batalla tiene sus raíces históricas en dos formas de conceptualización de la enfermedad mental: entenderla como una enfermedad del cerebro, o como un problema de la mente (Sanjuan, 2016). Aunque esto pueda parecer un debate puramente teórico se traduce, en la práctica

clínica, en enfoques, estrategias y diseños asistenciales diferentes. Para superar esta dicotomía cabe mencionar seis principios generales que paso a enumerar² (Sanjuan, 2016).

1. *Alianza terapéutica*. Cualquier tipo de enfoque terapéutico pasa, inevitablemente, por la creación de una alianza terapéutica.

2. *Integrar no es combinar*. Lo que llamamos enfoque integrador entre psicoterapia y psicofármacos no es solo dar ambos, sino que el equipo terapéutico trabaje conjuntamente en lograr objetivos comunes.

3. *Antidogmatismo*. Es muy importante estar dispuesto a revisar cualquier plan terapéutico sin tener prejuicios a priori. Evitar siempre convertirnos en predicadores de una única solución (tipo de terapia) para todos los trastornos.

4. *Búsqueda de evidencia*. Es imprescindible buscar el tipo de apoyo para cada paciente del que exista una mayor evidencia de eficacia.

5. *Marco teórico común*. Este puede ser el aspecto más difícil, entre la selva de escuelas o modelos psicoterapéuticos, pero es muy importante buscar al menos un lenguaje común. Lo que yo he venido defendiendo, desde hace algo más de 20

años, es que la Antropología puede ser ese marco de referencia³ (Sanjuan, 2010).

6. *Compromiso ético*. Cualquier actuación terapéutica debe estar siempre dentro del compromiso de respetar los derechos de los pacientes haciendo al paciente copartícipe de las decisiones terapéuticas sobre su tratamiento.

En relación con el *contexto terapéutico*, en términos generales podemos dividirlo en hospitalario o comunitario. En la práctica, el lugar donde se realiza el tratamiento dependerá de los dispositivos asistenciales, esto pueden ser muy variados, desde la unidad de agudos, consultas externas, hospital de día, unidad de hospitalización domiciliaria, centros de rehabilitación, pisos protegidos, unidades específicas para terapia infanto-juvenil, primeros episodios psicóticos, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación. En la práctica clínica la disponibilidad de estos dispositivos para un paciente concreto es muy, muy variable, no solo entre países, no solo entre comunidades autónomas, sino incluso entre distritos de una misma ciudad. Esta desigualdad, dentro del sistema público, genera unas diferencias espectaculares en el tipo de asistencia que puede recibir un paciente dependiendo de donde resida. Un ejemplo de estas enormes diferencias se puede ver en el libro blanco sobre la atención temprana a la psicosis en España⁴ (Libro blanco de

atención temprana a psicosis en España 2018). Además de la desigualdad, el otro gran problema que tiene la asistencia en salud mental es la distancia entre la investigación, la práctica clínica y los que piden los pacientes y sus familiares (Figura 18).

Los sistemas de evaluación y objetivos terapéuticos que se marcan en investigación o en un ensayo clínico están a mucha distancia que los que se realizan en la práctica clínica diaria (entre otras cosas porque en la práctica clínica rara vez se utilizan marcadores biológicos o escalas para ver los resultados del tratamiento). Por otro lado, los objetivos del clínico, tampoco coinciden plenamente con los deseos o expectativas del paciente y sus familiares.

Apuntes sobre el futuro

Con este panorama, hay que recordar que vivimos una época donde se están produciendo uno de los mayores cambios en sobre la forma de vivir los seres humanos, cambios de una importancia solo equiparable al descubrimiento de la agricultura. Me refiero a la revolución de las nuevas tecnologías, la globalización, y todo lo que esto conlleva.

Recordemos solo algunas cifras, en este momento hay más móviles que seres humanos en el planeta. El 57% de la

población mundial utiliza internet, este porcentaje sube al 83% en los países europeos. Esto, unido a la globalización, no es un simple avance tecnológico más. Implica una nueva forma de comunicación del *Homo sapiens*. Una forma de comunicación que no entiende de fronteras, que no está jerarquizada, en la que se pierde la narrativa y domina las imágenes y la inmediatez y en la que sufrimos una constante saturación de información. En el terreno de la salud mental esto ha provocado algunos fenómenos muy importantes. Por un lado, están emergiendo nuevas patologías, como por ejemplo el síndrome del *Hikikomori* que consiste en el aislamiento voluntario de un sujeto asociado a la adicción a internet. Este síndrome, que se describió como una rareza en Japón pero, es cada vez un fenómeno más común en el mundo entero⁵. (Kato, 2020). Por otro lado, la gran paradoja es que a pesar de que hemos multiplicado por mil, nuestras posibilidades de comunicación, la principal epidemia que sufrimos hoy en día, sobre todo en los grandes centros urbanos, se llama soledad. Esta soledad tanto en forma de aislamiento como de sensación subjetiva, se está convirtiendo en el primer problema que amenaza la salud mental de la población⁶.

La globalización y los cambios tecnológicos son imparables, no se trata de renegar de ellos, se trata de intentar reflexionar

como podemos utilizar dichos recursos de la forma que resulte más beneficiosa para los pacientes. Un ejemplo, que ya se está produciendo, es la integración de dispositivos móviles o internet en la atención en salud mental⁷.

Todo el problema de la pandemia del COVID-19 no se hubiera producido si no es por la globalización (una nueva mutación

del virus tarda solo unos días de saltar de un continente a otro).

En resumen, vivimos momentos de profundos cambios, como en toda crisis, depende de nosotros mismos que la convirtamos en una caída a los infiernos o en una oportunidad para mejorar nuestra vida en este planeta.

Referencias

1. **Ortiz Lobo A.** (2013). *Hacia una Psiquiatría Crítica*. Madrid. Grupo 5.
2. **Sanjuan J.** (2016). *¿Tratar la Mente o Tratar el Cerebro? Hacia una integración entre psicoterapia y psicofármacos*. Bilbao. Desclee.
3. **Sanjuan J.** (2005). *Teoría de la Evolución y Medicina*. Buenos Aires. Panamericana.
4. **Libro blanco de atención temprana a psicosis en España.** [http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/Libro%20blanco%20de%20la%20Intervenci%C3%B3n%20Temprana%20en%20Espa%C3%B1a%20\(2018\).pdf](http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/Libro%20blanco%20de%20la%20Intervenci%C3%B3n%20Temprana%20en%20Espa%C3%B1a%20(2018).pdf)
5. **Kato TA, Shinfuku N, Tatenos M.** (2020). Internet society, internet addiction, and pathological social withdrawal: the chicken and egg dilemma for internet addiction and hikikomori. *Curr Opin Psychiatry*.;33(3):264-270.
6. **Morina N, Kip A, Hoppen TH, Priebe S, Meyer T.** (2021). Potential impact of physical distancing on physical and mental health: a rapid narrative umbrella review of meta-analyses on the link between social connection and health. *BMJ Open*.;11(3):e042335.
7. **Bonet L, Torous J, Arce D, Blanquer I, Sanjuan J.** (2020). ReMindCare App for Early Psychosis: Pragmatic Real World Intervention and Usability Study. *JMIR Mhealth Uhealth*;8(11):e22997.



Figura 17. La paradoja de la salud mental más demanda de los usuarios menos graves.

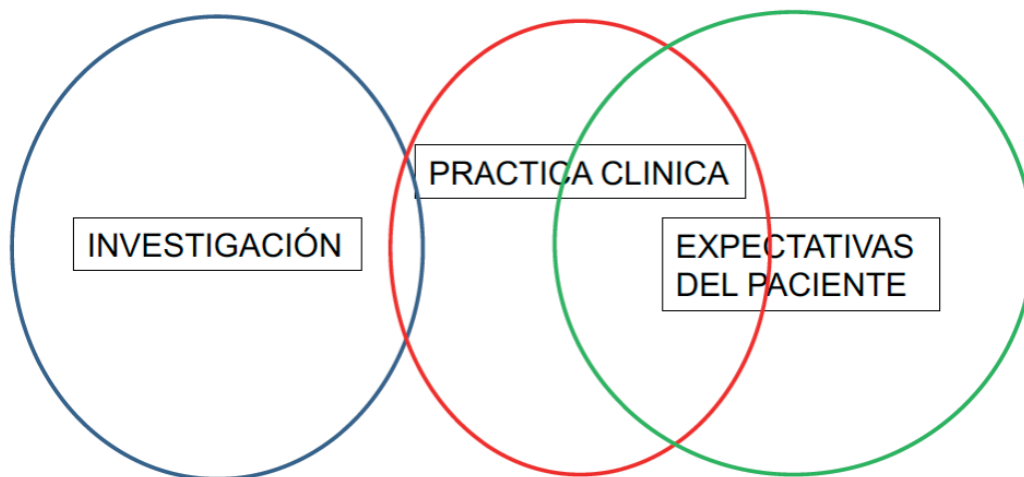


Figura 18. Distancia entre la investigación la práctica clínica y las expectativas del paciente en salud mental. La investigación desgraciadamente incide muy poco en cambios en la práctica clínica y los objetivos de esta no siempre coinciden con las expectativas del paciente.

17. Avances en la investigación



Victor Pérez Sola

Presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Director del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Hospital del Mar, Barcelona. CIBERSAM. Universidad Autònoma de Barcelona.

Si crees que la educación es cara, prueba con la ignorancia.

Derek Bok

1. De dónde venimos

En el caso de la Psiquiatría y la Salud Mental, la formación y la investigación son las únicas opciones frente a la ignorancia. Nuestro país es actualmente una de las principales potencias en investigación en salud mental, pero eso no siempre fue así y hasta hace pocas décadas en nuestro país, había que demostrar que las enfermedades mentales eran enfermedades del cerebro y que el método científico era la forma de avanzar en la detección, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

Con ese fin en 1974 se funda la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) que se posiciona como la organización profesional que impulsa el modelo Biomédico en el área de conocimiento de la Psiquiatría y en su práctica clínica y promueve la defensa del método científico para entender la salud y la enfermedad mental. Es posible que en la actualidad estos objetivos suenen antiguos, pero hace muy pocas décadas los grupos que realizaban investigación en nuestro entorno eran la excepción y por ello en los objetivos de la sociedad se explicita la necesidad de investigar en el

estudio de la eficacia de las psicoterapias, o de la influencia de los aspectos sociales o de los eventos traumáticos en la enfermedad mental, además de la investigación de las bases biológicas etiológicas y fisiopatológicas de las enfermedades mentales, factores de riesgo y tratamientos biológicos.

Este posicionamiento busca como último fin la mejora de la salud mental de la población y para conseguirlo la SEPB establece las siguientes líneas de actuación, recogidas en su página web¹:

- Promueve el intercambio científico entre los profesionales de la Psiquiatría.
- Contribuye a impulsar el avance del conocimiento e investigación en la clínica psiquiátrica, como puede ser el efecto de intervenciones terapéuticas de cualquier tipo sobre la salud mental.
- Impulsa la formación de los profesionales (tanto formación básica como formación continuada) en los conocimientos científicos necesarios para el ejercicio y la investigación en Psiquiatría.

- Mantiene contactos y reuniones con asociaciones de pacientes y familiares.

- Mantiene contactos con la Administración y otros órganos relevantes para la atención psiquiátrica.

- Busca sinergias y comparte experiencias en el marco de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica

- Promociona la búsqueda de evidencias científicas en las que basar las prácticas clínicas y apoyar la existencia de Guías de Buena Práctica Clínica y Procedimientos Normalizados de trabajo basados en la evidencia.

Es más que probable que en la actualidad muchos de estos objetivos se den por asumidos y que la SEPB se pueda fusionar con la Sociedad Española de Psiquiatría sin que sus objetivos se vean alterados, pero durante décadas la SEPB fue un autentico refugio de la psiquiatría científica y de los investigadores que se sienten identificados con la misma o para los que, como es mi caso, no podemos entender otro tipo de Psiquiatría.

No hay salud sin Salud Mental.

OMS

2. La Magnitud del problema

La magnitud y el impacto que suponen los trastornos mentales no se corresponden con los recursos que se dedican a su investigación y a la asistencia. Una de cada cuatro personas (en Europa, el 27% de la población adulta) ha presentado un trastorno mental en el último año². En 2010 se estimaba un coste de 136.300 millones de euros, cantidad que sigue aumentado³. De acuerdo con el estudio Global Burden of Disease los trastornos psiquiátricos son responsables de aproximadamente la pérdida del 5% (4,89%) de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad teniendo en cuenta todas las enfermedades en general. Seis los diagnósticos psiquiátricos (depresión mayor, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con el uso de sustancias, abuso de alcohol, esquizofrenia, trastorno bipolar y distimia) están entre las 20 primeras causas de discapacidad. Casi el 50% de todas las bajas laborales por enfermedad de deben a trastornos mentales y casi la mitad de las personas que reciben ayudas por discapacidad lo es por padecer una enfermedad mental ^{4,5,6}.

Además, el estigma social asociado a este tipo de patologías tiene un impacto negativo no solo en el día a día de los enfermos, también suponen un obstáculo significativo con relación a la capacidad

de detección de las personas que padecen alguna enfermedad mental, dado que un porcentaje significativo de estos individuos nunca llegarán a ser detectados ni diagnosticados.

Si quieres ir rápido, camina solo. Si quieres llegar lejos, ve acompañado.

Proverbio africano

3. La investigación en salud mental en España: los beneficios de la colaboración

En estos momentos nuestro país es una de la primeras potencias en investigación en salud mental, el portal SCImago Journal&Country Rank (SJR), sitúa a España en la novena posición en producción científica en la categoría de Psiquiatría y Salud Mental⁷. Sin duda para conseguir este nivel han sido imprescindibles los investigadores individuales que junto a sus grupos han ganado en competitividad siendo alguno de ellos referencia mundial en su área de trabajo, pero un paso esencial para este éxito ha sido la creación de estructuras que faciliten la investigación colaborativa y traslacional.

Las estructuras de investigación cooperativa, impulsadas por el ISCIII, se crearon a principios del este siglo con el objetivo de optimizar el avance en

el conocimiento, en el caso de la salud mental inicialmente como Red Temática de Investigación Cooperativa Sanitaria (RETICS) y posteriormente como Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER).

La primera estructura cooperativa centrada en las Enfermedades Mentales fue la **Red Trastornos Afectivos y Psicóticos (REM-TAP)**⁸ formada gracias a la asociación de varios centros y grupos de investigación biomédica al Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) en 2006. La financiación de esta red se realiza a través del ISCIII y la incorporación de los diferentes grupos tuvo lugar mediante un proceso de selección en régimen de publicidad, objetividad y concurrencia competitiva.

En el año 2008, y tras una evaluación muy positiva de la REM-TAP, se creó el **CIBERSAM**, organismo que tiene como misión la investigación en Salud Mental con una serie de objetivos específicos. Es una estructura constituida por diferentes grupos de investigación dispersos desde el punto de vista geográfico, pero con objetivos y líneas de investigación comunes, cuya coordinación fructificaría en la consecución de resultados científicos difícilmente alcanzables en un entorno de no colaboración.

En 2014, se creó el Consorcio Centro de

Investigación Biomédica en Red (CIBER) con sede en Madrid en el que se fusionaron, por absorción, los 8 centros CIBER existentes hasta el momento (CIBERBBN, CIBERESP, CIBEROBN, CIBEREHD, CIBERES, CIBERER, CIBERDEM Y CIBERSAM). Más adelante, en el año 2016, se incorporaron las restantes áreas temáticas (CIBERCV, CIBERFES y CIBERONC). En la actualidad CIBER está formado por más de 400 grupos de investigación, provenientes de 100 instituciones consorciadas repartidas por 16 Comunidades Autónomas⁹.

En la actualidad, CIBERSAM está compuesto por 23 grupos de investigación consolidados y 3 Grupos Clínicos Vinculados repartidos entre 10 comunidades autónomas. Todos los años, los grupos se someten a un proceso de evaluación objetiva que, siguiendo un principio de equidad, prima a los grupos según su competitividad. Este procedimiento permite que la estructura de CIBERSAM sea dinámica y competitiva, con entrada y salida de grupos en función de su actividad investigadora, fomentando siempre el mantenimiento de la excelencia científica¹⁰.

Cuanto mayor es el obstáculo, más gloria hay en superarlo.

Molière

4. Investigación en Psiquiatría, cuáles son los retos

La complejidad de las enfermedades mentales a nivel etiológico y terapéutico y que, a diferencia de otras disciplinas de la medicina, en Psiquiatría, el diagnóstico se base casi exclusivamente en el juicio clínico y en criterios basados en la presencia o no de determinados síntomas, sin que existan marcadores, hace que marcar las prioridades de investigación en el área sea ya un auténtico reto.

Uno de los mayores logros internacionales logrados por el CIBERSAM ha sido, sin duda, la oportunidad de liderar el proyecto europeo 'ROAMER' ¹¹, dirigido por el Dr. JM Haro, su objetivo era diseñar una hoja de ruta para la investigación en salud mental en Europa. De acuerdo con los resultados de este proyecto colaborativo en el que participaron más de 1.000 investigadores, pacientes, familiares y grupos de profesionales de todo el continente¹² las seis áreas prioritarias para la investigación en psiquiatría son:

- 1.- **Prevención de los trastornos mentales, promoción de la salud mental y atención a las personas jóvenes.**
- 2.- **Buscar los mecanismos causales de los trastornos mentales.**

3.- Creación de **colaboraciones internacionales** y **redes de investigación** en salud mental.

4.- **Desarrollo e implementación de intervenciones novedosas** y mejores para la salud mental y el bienestar.

5.- **Reducción del estigma** y facilitación del **empoderamiento de los usuarios** de servicios y sus cuidadores.

6.- **Investigación** en sistemas sanitarios y sociales.

Estas prioridades para los próximos 10-15 años, no son ajenas a otras áreas de la medicina, que, para conseguir estos retos, en los últimos años han abierto las puertas de lo que conocemos como Medicina de Precisión. Este nuevo abordaje para el tratamiento de las diferentes enfermedades abandona el concepto de tratar a los pacientes basándose en los promedios y busca determinar qué tratamientos serán más efectivos y mejor tolerados en un individuo concreto. En la actualidad, gracias al avance y abaratamiento progresivo de determinadas tecnologías, gran parte de la actividad investigadora actual en Psiquiatría está centrada en la Psiquiatría de Precisión¹³. Y aunque estamos en fases muy precoces, los datos invitan a pensar que una psiquiatría que permita definir subtipos de pacientes o determinar los diferentes estadios de

enfermedad mediante biomarcadores es factible y que, sin duda, este conocimiento ayudará a guiar tanto las estrategias de prevención y detección temprana como el tratamiento más adecuado para un paciente concreto en un momento concreto. De momento, puede que los resultados de este tipo de estudios no sean tan contundentes que permitan su aplicabilidad generalizada en la práctica diaria, pero el avance rápido de la tecnología disponible, el uso de Big Data y la incorporación de la Inteligencia Artificial al servicio del establecimiento de algoritmos de decisión augura resultados muy prometedores en este campo en los próximos años.

Cuando en 2015 el proyecto ROAMER marco estas prioridades pocos podíamos imaginar una pandemia como la que estamos viviendo en los últimos 18 meses. El mundo está experimentando el impacto sin precedentes debido a la actual emergencia sanitaria por COVID-19 que también incide en la salud mental de millones de personas. Sabemos que los niveles de ansiedad, miedo, aislamiento, distanciamiento social y restricciones, incertidumbre y angustia emocional experimentados se han generalizado a medida que el mundo lucha por controlar el virus y encontrar soluciones. Sin duda, hoy en día la investigación de las consecuencias de la pandemia en la sociedad es una de nuestras prioridades en la investigación en salud mental.

Referencias

1. **Sociedad Española de Psiquiatría Biológica.** Disponible en: <https://sepb.es/>
2. **OMS - Organización Mundial de la Salud** (2014). World Health Statistics 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671>
3. **Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi, Olesen J.** (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, 21, 718–779.
4. **Vigo D, Thornicroft G, Atun R.** Estimating the true global burden of mental illness. The Lancet Psychiatry. 2016; 3(2): 171–8.
5. **Rehm J, Shield KD.** Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. Curr Psychiatry Rep. 2019;21(2).
6. **Global Burden of Disease Study 2017** (GBD 2017) Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability 1990-2017. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2018.
7. **SJR - International Science Ranking 2.** Disponible en: <https://www.scimagojr.com/countryrank.php?category=2738>
8. **Salagre E, Arango C, Artigas F, Ayuso-Mateos JL, Bernardo M, Castro-Fornieles J, et al.** CIBERSAM: Ten years of collaborative translational research in mental disorders. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2019 Jan 12(1):1–8.
9. **Ciber: Centro de Investigación Biomédica en Red | CIBERISCIII.** Disponible en: <https://www.ciberisciii.es/>
10. **CIBERSAM.** Disponible en: <https://www.cibersam.es/>
11. **Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarragó C, Arango C, et al.;** ROAMER consortium. Mental health research priorities for Europe. Lancet Psychiatry. 2015 Nov;2(11):1036-42.
12. **ROAMER.** Disponible en: <http://www.roamer-mh.org/>.
13. **Vieta E.** Personalised medicine applied to mental health: Precision psychiatry. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2015;8(3):117–8.

18. Promoción de la Atención Farmacéutica en Salud Mental



José Manuel Martínez Sesmero

Director de Innovación de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Jefe del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital Clínico San Carlos.

Introducción

En la última década ha surgido con fuerza en las publicaciones científicas y en los medios de comunicación internacionales y nacionales el concepto de salud mental como un problema prioritario de salud pública. A menudo se ha enmarcado en planteamientos más globales relacionados con las enfermedades crónicas y más concretamente con cáncer, problemas cardiovasculares, trastornos metabólicos y nutricionales (obesidad, diabetes) y del aparato locomotor. Sin embargo, a diferencia de enfermedades con gran recorrido histórico en definición, etiopatogenia, factores de riesgo y medidas preventivas, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, el ámbito de acción en la salud mental tanto para vigilancia como para la prevención es todavía mal conocido.

La salud mental abarca nuestro bienestar emocional, social y psíquico y como tal, es indispensable velar por ella en todas y cada una de las etapas de la vida. Los números, sin embargo, no aportan datos esperanzadores. Según la OMS, una cuarta parte de la población mundial sufrirá de algún trastorno mental a lo largo de su vida. En otro estudio, sobre la carga global de enfermedades, se ha evidenciado que la patología mental representa el mayor coste sanitario a nivel global, y que dicho coste

va en aumento, de manera que en el 2030 se calcula que superará los US\$ 6 trillones al año (más que el coste de la diabetes, el cáncer y las enfermedades pulmonares juntas). La inmensa carga sanitaria y económica se explica en parte por el hecho de que prácticamente la mitad de los trastornos mentales comienzan ya en la juventud y de que padecerlos aumenta a su vez el riesgo de otras patologías crónicas. Tal vez por ello dice la sabiduría popular que *“sin salud mental, no hay salud”*.

Salud mental y patologías de interés en salud mental

El conocimiento del estado de la salud mental en las poblaciones, entre ellas la española, es a menudo referido de forma dicotómica: 1) la reflejada por las encuestas poblacionales amplias, como la Encuesta Nacional de Salud, que lo hacen por medio de instrumentos específicos de salud mental, como los cuestionarios referidos a la presencia de síntomas depresivos, ansiedad o disfunción social (véase el Cuestionario de Salud SF-36 o el Cuestionario de Salud General de Goldberg), y 2) las que reflejan medidas de frecuencia (en general prevalencia o mortalidad por trastornos específicos) o utilización de recursos/servicios, como los ingresos hospitalarios. Si bien el diagnóstico de las enfermedades mentales caracteriza el estado de salud de ciertas personas, es la discapacidad (un fenómeno resultante de

la interacción social de la enfermedad con los servicios sanitarios y sociales) la que más exactamente define el estado de salud de los individuos afectados. A partir de una visión de la OMS más completa y positiva, como la expuesta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, la salud mental estaría reflejada independientemente del o los diagnósticos subyacentes por el nivel de funcionamiento. En esta perspectiva, es la discapacidad (por ejemplo, en reducción de actividad y limitaciones en participación social) una resultante de la interacción del nivel funcional mental con el resto de determinantes biológicos personales, ambientales-físicos o sociales, donde se incluyen familia y amigos, servicios y políticas sociales u otros trastornos.

Prevención en salud mental

La definición de la OMS de prevención en salud mental es compleja, multidimensional y consiste en las medidas dirigidas a “reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, la duración de los síntomas, los factores de riesgo de las enfermedades mentales, previniendo o retrasando la aparición de recaídas y reduciendo el impacto de la enfermedad en la persona afectada, sus familiares y la sociedad”. En términos ya tradicionales esta definición podría cubrir los siguientes aspectos:

1. *Prevención primaria.* Descansa en las intervenciones dirigidas a la eliminación de los factores de riesgo, siendo la prevención primaria el objetivo primordial de la salud pública.

2. *Prevención secundaria.* De acuerdo con las definiciones tradicionales, la prevención secundaria es la relacionada con el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano del trastorno. Suele incluir las campañas de cribado. De acuerdo con otros autores se señala la importancia del diagnóstico en fases iniciales y la prevención secundaria, tanto de la progresión de la enfermedad como de sus consecuencias.

3. *Prevención terciaria.* Independientemente de las acciones llevadas o no a cabo en prevención secundaria, abarcaría las relativas a discapacidad global, grave por trastorno mental o con dependencia no atendida en aspectos instrumentales (actividades domésticas) o integración social (relaciones interpersonales, economía, trabajo, educación).

En nuestro país existen modelos diversos de organización de servicios sobre los que desarrollar actividades preventivas y falta información sobre aspectos sociales. Un modelo de prevención propuesto se desarrollaría en 4 espacios: 1) escuela y servicios de salud pública; 2) atención

primaria con énfasis en detección precoz; 3) servicios específicos de salud mental (tratamiento y rehabilitación), y 4) hospitalización en casos graves y gran dependencia.

Planes estratégicos en salud mental

En 2011 se publicó la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013”. En la primera parte aborda temas contextuales, OMS, Unión Europea (UE), etc. y en el resto plantea 6 líneas de actuación: promoción y prevención en salud mental, servicios-atención, coordinación institucional, formación e investigación. No se prevé un sistema integrado de información-vigilancia epidemiológica que pueda documentar el sentido de los progresos. Sin embargo, en el documento de Evaluación de la Estrategia de 2015 se especifica que los objetivos logrados se refieren a aspectos relacionados con la participación, la formación de los profesionales y la investigación. Ninguno de los objetivos relacionados con la población o con la atención a los usuarios fue clasificado como logrado.

Una aproximación a la situación de la salud mental en España (epidemiología y farmacoepidemiología)

En el informe “Salud mental y Salud Pública

en España: vigilancia epidemiológica” se constata que los indicadores clínicos y asistenciales disponibles en España son poco útiles y resultan costosos a pesar de su gran número, y se destaca la utilidad de las encuestas de salud para monitorizar la morbilidad psíquica de la población, tanto para adultos como para menores. Además, las ENSE permiten recoger otros indicadores de salud, relacionados con la salud mental de la población y su diversidad regional debido a la descentralización de la sanidad a las comunidades autónomas.

Según los datos aportados por Henares Montiel J. y cols. la morbilidad psíquica global en España fue del 22,2% en 2006, el 22,1% en 2011 y el 19,1% en 2017. En los tres periodos analizados, la frecuencia de morbilidad psíquica fue mayor en las mujeres que en los hombres: 26,7% vs. 15,3% en 2006, 26,1% vs. 17,5% en 2011, y 22,8% vs. 14,6% en 2017 (ver tabla 11).

Las diferencias entre las cifras de morbilidad psíquica de los tres periodos estudiados fueron estadísticamente significativas, tanto las globales como las de los hombres y las de las mujeres, y tanto para el conjunto de España como para cada una de las comunidades autónomas, excepto Castilla y León, Cataluña y Comunidad Valenciana, donde no se observaron diferencias en las cifras globales, en las de los hombres ni en las de las mujeres; Castilla- La Mancha, donde

no hubo diferencias en los hombres ni en las mujeres; y Aragón, Asturias, Navarra y La Rioja, donde no hubo diferencias en los hombres.

En la Figura 19 se muestran los datos de 2017 correspondientes a la prescripción de tranquilizantes y antidepresivos en las últimas 2 semanas. Respecto a la prescripción de tranquilizantes, se observó variabilidad entre las comunidades autónomas. La media global fue del 9,2%, destacando con la frecuencia más alta Galicia (global 20,1%, hombres 12,6%, mujeres 26,0%) y con las más bajas Cantabria (global 10,2%, hombres 4,1%) y Ceuta y Melilla (mujeres 13,3%). La mayor frecuencia de prescripción se observó en mujeres en todas las comunidades, destacando Aragón, donde la prescripción de tranquilizantes en las mujeres fue más de tres veces mayor que en los hombres (20,1% vs. 5,5%).

En la prescripción de antidepresivos también se observaron diferencias entre las comunidades autónomas y entre hombres y mujeres. La media de España se situó en el 3,6%, mientras que las frecuencias más altas se observaron en Asturias (global 13,2%, mujeres 18,5%) y en Galicia (hombres 6,9%), y las más bajas en Ceuta y Melilla (global 1,7%, hombres 0,0%, mujeres 2,9%). En siete comunidades autónomas la prescripción de antidepresivos en las mujeres fue al menos

tres veces mayor que en los hombres: Asturias (18,5% vs. 5,5%), Cantabria (5,5% vs. 1,5%), Castilla-La Mancha (8,1% vs. 2,0%), Comunidad Valenciana (7,3% vs. 2,4%), Extremadura (8,8% vs. 2,5%), Madrid (8,7% vs. 2,2%) y Ceuta y Melilla (2,9% vs. 0,0%).

La mayor frecuencia de consumo de psicofármacos en las mujeres es uno de los indicadores más utilizados, sobre todo por el incremento del gasto sanitario. En 2017, el consumo de tranquilizantes en las mujeres fue más del doble en casi todas las comunidades autónomas, y casi se triplica en Aragón, Asturias, Cantabria y La Rioja. Y aún se observan más diferencias en el consumo de antidepresivos, pues las cifras se multiplican casi por tres en las mujeres en la mitad de las comunidades. Estos datos parecen indicar que puede haber casos de sobreprescripción de psicofármacos a las mujeres en comparación con los hombres, ya que aunque las mujeres presentan mayor prevalencia de morbilidad psíquica, las cifras de prescripción de psicofármacos no son acordes con su perfil de salud mental, aunque también puede haber posibles sesgos en la práctica clínica habitual.

Una mirada desde la farmacia hospitalaria

Tal y como se ha descrito anteriormente, está ampliamente documentado que la morbilidad psíquica en la población

general es muy frecuente, constituye una importante fuente de discapacidad que provoca una marcada disminución de la calidad de vida y causa elevados costes para los sistemas sanitarios. La prevalencia de la morbilidad psíquica es mayor en las mujeres que en los hombres. Se estima que tanto en España como en el resto de Europa más del 25% de la población sufrirá algún problema de salud mental a lo largo de su vida. Es por ello que, ante esta situación presente y futura, el colectivo de farmacéuticos de hospital debe trabajar de manera coordinada e integrada con el equipo asistencial, demostrando sus competencias clínicas y gestoras, y siempre con el objetivo de mejorar los resultados en salud de la farmacoterapia.

Para ello es indispensable la formación continuada, pero también la que se dedica a lo largo del período de formación de futuros especialistas. Actualmente en el área psiquiátrica, se aborda de un modo general dentro de la especialidad de Farmacia Hospitalaria como una actividad más dentro de las respectivas áreas de actividad del Servicio. En cambio, el área clínica de psiquiatría, tiene una serie de características que hacen que sea necesario un conocimiento más especializado con el objetivo de:

1) Asegurar una adecuada continuidad asistencial en los pacientes con esquizofrenia, con patología dual y

otras comorbilidades y en los pacientes con trastornos del neurodesarrollo (psiquiatría infanto-juvenil).

2) Mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos.

3) Incorporar técnicas y métodos de información farmacoterapéutica a los pacientes (psicoeducación) en aras de lograr el empoderamiento del paciente y la toma de decisiones compartidas en cuanto a la selección de la mejor terapia, de forma individualizada.

4) Promocionar la toma de decisiones clínicas, basadas en evidencia científica.

5) Colaborar con el resto de profesionales para lograr establecer un régimen terapéutico individualizado, eficaz y seguro, propiciando la integración del farmacéutico en los equipos asistenciales.

La polifarmacia es frecuente en pacientes con alteraciones neuropsiquiátricas debido, entre otras causas, a la naturaleza sindrómica de las alteraciones psiquiátricas, a la alta prevalencia y la necesidad de tratar los efectos adversos inducidos tanto por los psicofármacos como por fármacos de otros grupos terapéuticos concomitantes, al gran aumento en las últimas décadas de la comercialización de nuevos medicamentos psicoactivos y al aumento de la esperanza

de vida de la población. Una de las consecuencias de la suma de todos estos factores es un incremento del riesgo de presentación de reacciones adversas y de interacciones farmacológicas. Además, algunos psicofármacos presentan márgenes estrechos de seguridad. Por ejemplo, la pimozida, clozapina, antidepresivos tricíclicos, algunos antipsicóticos típicos y algunos anticonvulsivantes pueden causar toxicidad grave si aumentan sus niveles plasmáticos por inhibición de su metabolismo enzimático.

Por otro lado, hasta hace unos 20 años, el arsenal terapéutico de este grupo de fármacos estaba constituido fundamentalmente por los antidepresivos tricíclicos, las benzodiacepinas, los antipsicóticos típicos y el litio, y el conocimiento de sus características farmacocinéticas, incluyendo aquellas que pueden afectar a las interacciones farmacológicas, estaba limitado, debido a los menores requisitos de las agencias reguladoras en aquel tiempo y al menor desarrollo de las técnicas de evaluación de isoenzimas mitocondriales y proteínas transportadoras, entre otras causas. Esto hace que sea difícil en ocasiones determinar el mecanismo de la interacción.

Muchos fármacos de este grupo terapéutico están implicados en interacciones de tipo farmacodinámico y pueden producir tanto efectos terapéuticos, como p.ej. los de

tipo sedante, en ocasiones terapéuticos y deseables, como efectos perjudiciales como podrían ser el desarrollo de un síndrome serotoninérgico (SS), síndrome neuroléptico maligno (SNM) o la prolongación del segmento QT. Por ejemplo, los fármacos más frecuentemente implicados en el desarrollo del SNM corresponden al grupo de los fármacos con acción sobre el sistema nervioso central y destacan antipsicóticos como amisulprida, aripiprazol, clotiapina, haloperidol, quetiapina, risperidona, tioridazina, ziprasidona y zuclopentixol.

El paciente con problemas de salud mental cumple en muchas ocasiones el de un paciente crónico complejo y polimedicado, que necesita un abordaje multidisciplinar en el que diferentes profesionales colaboren para la optimización de los problemas de salud y sociales que pueden presentar estos pacientes.

Entre los riesgos de la polimedicación se encuentran la aparición de interacciones farmacológicas relevantes, de reacciones adversas, de errores de medicación, de baja adherencia al tratamiento o de un mal cumplimiento, que repercute en problemas de salud, incremento de recursos sanitarios y de costes y un incremento en la mortalidad. Los acontecimientos adversos asociados a la medicación en los pacientes mayores duplican a los de la población adulta joven y está implicados en el 5-20%

de los ingresos hospitalarios, siendo muchos de ellos prevenibles.

En este sentido, el farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria ha demostrado un papel muy activo en la detección y disminución de problemas relacionados con la medicación, colaborando con el médico responsable del paciente en la revisión del tratamiento crónico al ingreso hospitalario y en las transiciones asistenciales, en el ámbito de atención primaria y en los centros de asistencia social.

La colaboración con los médicos psiquiatras, internistas, geriatras, etc., es un hecho en el día a día del trabajo asistencial, siendo los farmacéuticos profesionales cada vez más demandados por los

diferentes especialistas. Especialmente en pacientes vulnerables frágiles con mucha polifarmacia.

En general, las diferentes Comunidades Autónomas han ido generando e implantando planes estratégicos sobre salud mental. En relación a estas estrategias que se están desarrollando, sería recomendable diseñar diferentes programas de trabajo en común, que promuevan un uso seguro, eficaz y adecuado de los medicamentos en los pacientes psiquiátricos. En todos los modelos el farmacéutico de hospital debe tener un papel relevante en la aplicación de estrategias que pueden minimizar o prevenir el efecto negativo de los medicamentos en la aparición y agravamiento de los problemas asociados a la farmacoterapia.

Referencias

1. **Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al.** No health without mental health. *Lancet*. 2007;370:859–77.
2. **Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013.** Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
3. **IOM (Institute of Medicine).** A Nation-wide Framework for Surveillance of Cardiovascular and Chronic Lung Diseases. Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
4. **World Mental Health Day** <https://www.who.int/campaigns/world-mental-health-day/world-mental-health-day-2020>
5. **Murray CJL, Lopez AD.** The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Geneva, Switzerland; World Health Organization, 1996.
6. **Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJ, Vos T.** Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
7. **MentalHealthEconomics.** Disponible en: <http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/research/PSSRU/mheen.aspx>
8. **2Murray CJ, Lopez AD.** Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*. 1997 May 24;349(9064):1498-504. 3.ISCIII, Ministerio de Ciencia e Innovación. Disponible en: www.isciii.es
9. **Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.** Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2014.
10. **De Pedro Cuesta J, Saiz Ruiz J, Roca M, et al.** Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr Biológica*. 2016;23:67-73.
11. **Henares Montiel J, Ruiz-Pérez I, Sordo L.** Salud mental en España y diferencias por sexo y por comunidades autónomas. *GacSanit* 34(2) Mar-Apr 2020 22 Mayo 2020.
12. **El Farmacéutico de Hospital certificado en Psiquiatría: BPS-BCPP.** Disponible en: <http://blog.sefh.es/farmaceticohospital-certificado-psiquiatria-bps-bcpp/>

Comunidad autónoma	Morbilidad psíquica											
	2006						2011					
	Total		Hombre		Mujer		Total		Hombre		Mujer	
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)
Andalucía	22,2	(20,6-23,9)	14,5	(12,3-16,9)	26,6	(24,4-28,8)	22,1	(20,5-23,8)	16,4	(14,4-18,6)	27,0	(24,7-29,5)
Aragón	18,3	(16,9-19,8)	11,7	(10,0-13,6)	23,8	(21,7-26,1)	15,2	(13,0-17,8)	11,3	(8,6-14,8)	18,7	(15,4-22,5)
Asturias	25,9	(23,2-28,8)	16,3	(12,9-20,4)	32,2	(28,5-36,1)	21,1	(18,5-24,0)	19,1	(15,5-23,3)	22,9	(19,2-27,0)
Canarias	31,7	(29,0-34,5)	20,1	(16,6-24,2)	38,7	(35,2-42,4)	31,0	(28,3-33,8)	27,6	(23,8-31,7)	33,9	(30,1-37,8)
Cantabria	14,4	(12,8-16,1)	10,2	(8,2-12,8)	17,1	(14,9-19,5)	58,3	(54,7-61,8)	61,7	(56,2-67,0)	55,9	(51,2-60,5)
Castilla-La Mancha	19,4	(17,1-21,9)	12,9	(10,1-16,3)	24,2	(21,0-27,7)	16,7	(14,5-19,0)	10,6	(8,2-13,7)	21,8	(18,6-25,4)
Castilla y León	17,5	(15,6-19,7)	12,0	(9,5-15,1)	21,2	(18,5-24,2)	17,9	(15,9-20,1)	14,8	(12,2-17,8)	20,9	(18,0-24,1)
Cataluña	18,3	(16,8-19,9)	14,0	(12,1-16,2)	21,5	(19,4-23,7)	20,0	(18,4-21,7)	14,7	(12,7-17,0)	24,3	(22,0-26,7)
Comunidad Valenciana	25,8	(23,8-27,9)	18,6	(15,9-21,6)	31,1	(28,3-34,0)	25,5	(23,5-27,6)	20,5	(17,9-23,5)	29,9	(27,0-32,9)
Extremadura	21,0	(18,4-23,8)	11,7	(8,8-15,3)	27,8	(24,1-31,8)	20,5	(17,9-23,3)	13,8	(10,9-17,5)	26,9	(22,9-31,2)
Galicia	24,0	(22,6-25,5)	16,5	(14,6-18,6)	28,8	(26,8-30,8)	18,1	(16,1-20,3)	14,4	(11,7-17,5)	21,1	(18,2-24,3)
Islas Baleares	28,9	(26,8-31,1)	21,4	(18,2-24,9)	32,7	(30,0-35,4)	20,8	(18,0-23,9)	15,1	(11,6-19,5)	25,2	(21,2-29,6)
Madrid	24,6	(22,8-26,5)	18,8	(16,3-21,7)	28,1	(25,3-30,7)	21,5	(19,8-23,4)	18,5	(16,0-21,2)	24,0	(21,5-26,7)
Murcia	22,3	(20,5-24,2)	16,0	(13,4-18,9)	25,6	(23,3-28,1)	22,9	(20,1-25,9)	18,1	(14,5-22,4)	26,9	(22,9-31,3)
Navarra	27,6	(25,5-29,8)	20,3	(17,4-23,4)	32,8	(29,9-35,6)	23,0	(20,2-26,2)	17,3	(13,8-21,6)	28,0	(23,9-32,6)
País Vasco	15,9	(13,9-18,2)	10,6	(8,0-14,1)	18,8	(16,1-21,9)	17,9	(15,8-20,2)	12,4	(9,9-15,4)	22,8	(19,7-26,2)
La Rioja	16,1	(13,6-18,9)	12,6	(9,4-16,6)	19,0	(16,1-21,9)	20,0	(17,2-23,1)	12,6	(9,4-16,6)	26,7	(22,4-31,4)
Ceuta y Melilla	26,3	(22,7-30,3)	17,0	(12,3-23,0)	31,5	(26,8-36,7)	9,8	(7,4-12,9)	5,5	(3,1-9,5)	13,4	(9,7-18,2)
España	22,2	(21,7-22,6)	15,3	(14,6-16,0)	26,7	(26,0-27,3)	22,1	(21,6-22,7)	17,5	(16,8-18,3)	26,1	(25,3-26,9)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Las cifras en cursiva indican ausencia de diferencias significativas ($p > 0,05$) entre los tres periodos estudiados al aplicar la prueba de ji al cuadrado.

J. Herrera Montiel et al. / Gac Sanit. 2020;34(2):116-119

Tabla 11. Evolución de la morbilidad psíquica en España por comunidades autónomas 2006-2011-2014. Diferencias en la distribución por sexo

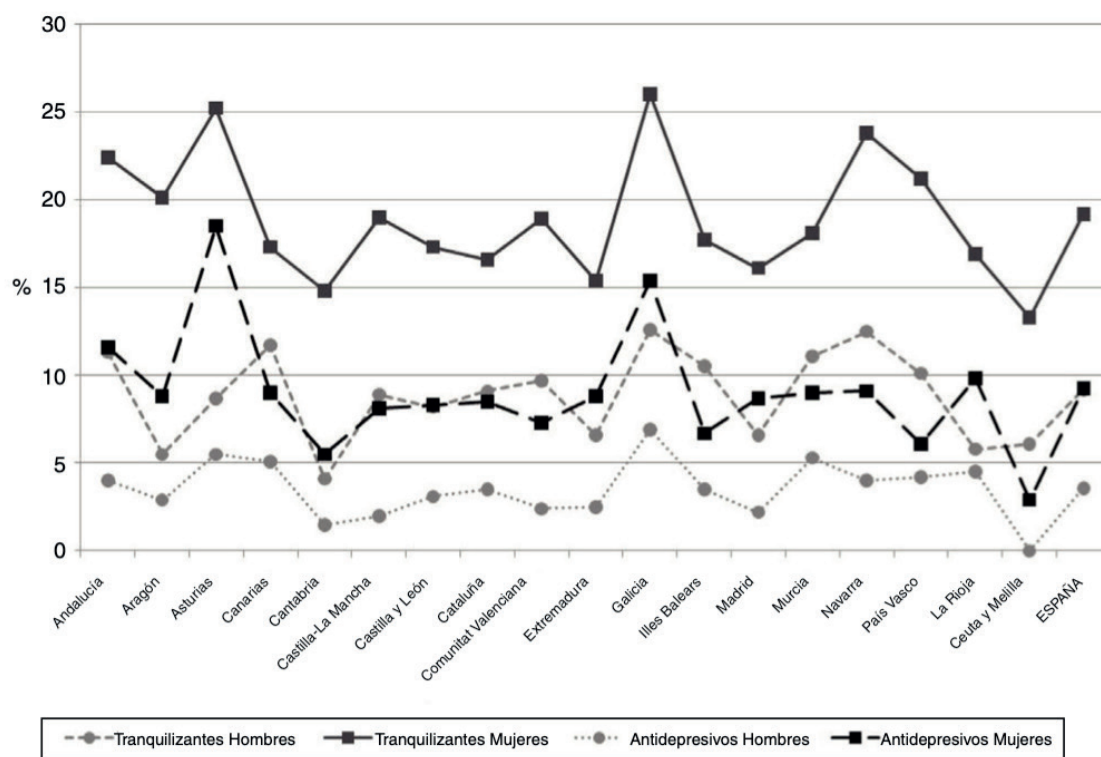


Figura 19. Consumo de tranquilizantes y antidepresivos en España por comunidades autónomas en 2017. Diferencias en la distribución según sexo

19. Promoción de la Atención Farmacéutica en Salud Mental



**M.^a Auxiliadora
Celdrán Hernández**

Especialista en farmacia hospitalaria. Titular del servicio de farmacia del hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante y del depósito de medicamentos del centro penitenciario Alicante-I. Tutora del programa de certificación Board of Pharmacy Specialties (Psychiatry) dirigido a especialistas en Farmacia Hospitalaria. Miembro del Comité Coordinador del grupo de trabajo de Farmacia Neuropsiquiátrica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).

Durante los últimos años, estamos viviendo un escenario de profundos cambios sociales en los que el ciudadano reivindica un mayor poder de participación y desea implicarse en la toma de decisiones que afectan a su vida.

El ámbito de la salud, en general, no escapa a ello: la sanidad está experimentando grandes cambios sociales entre los que destaca la transición desde una postura paternalista a un modelo de relación entre pacientes y profesionales basada en la toma de decisiones compartidas, siendo el centro del escenario un paciente más activo y que tiene acceso y, a la vez, demanda más información, un paciente que se corresponsabiliza, cada vez en mayor medida, de la gestión de su enfermedad y su proceso terapéutico, participando en foros y redes sociales y estableciendo relaciones tanto con otros pacientes como con profesionales sanitarios y, por último, a este nuevo escenario se le une el envejecimiento de la población, que lleva asociado un aumento en el número de personas afectadas por enfermedades crónicas que, además, se va a intensificar a lo largo de las próximas décadas.

En este sentido, si es importante señalar el papel del farmacéutico en la atención a la cronicidad, no podemos sustraernos a subrayar su papel en la atención al paciente con problemas de salud mental por sus especiales connotaciones de

vulnerabilidad y estigmatización, poniendo especial énfasis en el especial sufrimiento que le supone al paciente, a su entorno y al conjunto de la sociedad.

Existen determinados ámbitos asistenciales donde la prevalencia de los problemas de salud mental cobra especial relevancia. En concreto, en el medio penitenciario español, esta prevalencia es de un 49,6% según un estudio realizado en 2006¹ o de un 41,2% según un segundo trabajo de 2009² incluyendo, en ambos, el trastorno por uso de sustancias. Esta segunda investigación mostró que las personas en prisión tienen una prevalencia de problemas relacionados con la salud mental cinco veces superior a la población general y que la población extranjera es muy vulnerable a los trastornos mentales. La situación de privación de libertad es una de las experiencias más traumáticas que puede vivir una persona, ya que conlleva separación familiar, aislamiento, ritmo y horario de vida no elegido y limitación de movimientos. A esto se suman las características del medio penitenciario (saturación, ambiente estresante, convivencia involuntaria, falta de recursos, etc.) que configuran un entorno de riesgo para la aparición de trastornos mentales. Pese a que el contexto penitenciario es un entorno adverso, también puede ser considerado un enclave estratégico para el cuidado de la salud dado que las personas pueden ser capaces de reaccionar y

dinamizar activos que les permitan ganar salud³.

En concreto, el farmacéutico de hospital dedicado a la salud mental, desde cualquier ámbito en el que desarrolle su actividad, representa el último eslabón de la cadena de asistencia sanitaria y es el último agente de salud que, en ocasiones, ve al paciente antes de iniciar la terapia farmacológica y, en todo caso, es el responsable de la validación de los tratamientos prescritos y seguimiento farmacoterapéutico del paciente. Esto cobra especial relevancia cuando la medicación que lleva prescrita

es de dispensación hospitalaria pero, aun sin serlo, el farmacéutico de hospital aporta valor singular para el cuidado de la salud mental de los pacientes en su ámbito asistencial, gracias a su capacidad y formación en los aspectos que se señalan (Figura 20).

Las nuevas tecnologías han sido una herramienta de ayuda para el impulso de la atención farmacéutica. La implantación de programas de prescripción asistida integrados con la historia clínica del paciente, junto a la dispensación de medicamentos en dosis unitaria ha

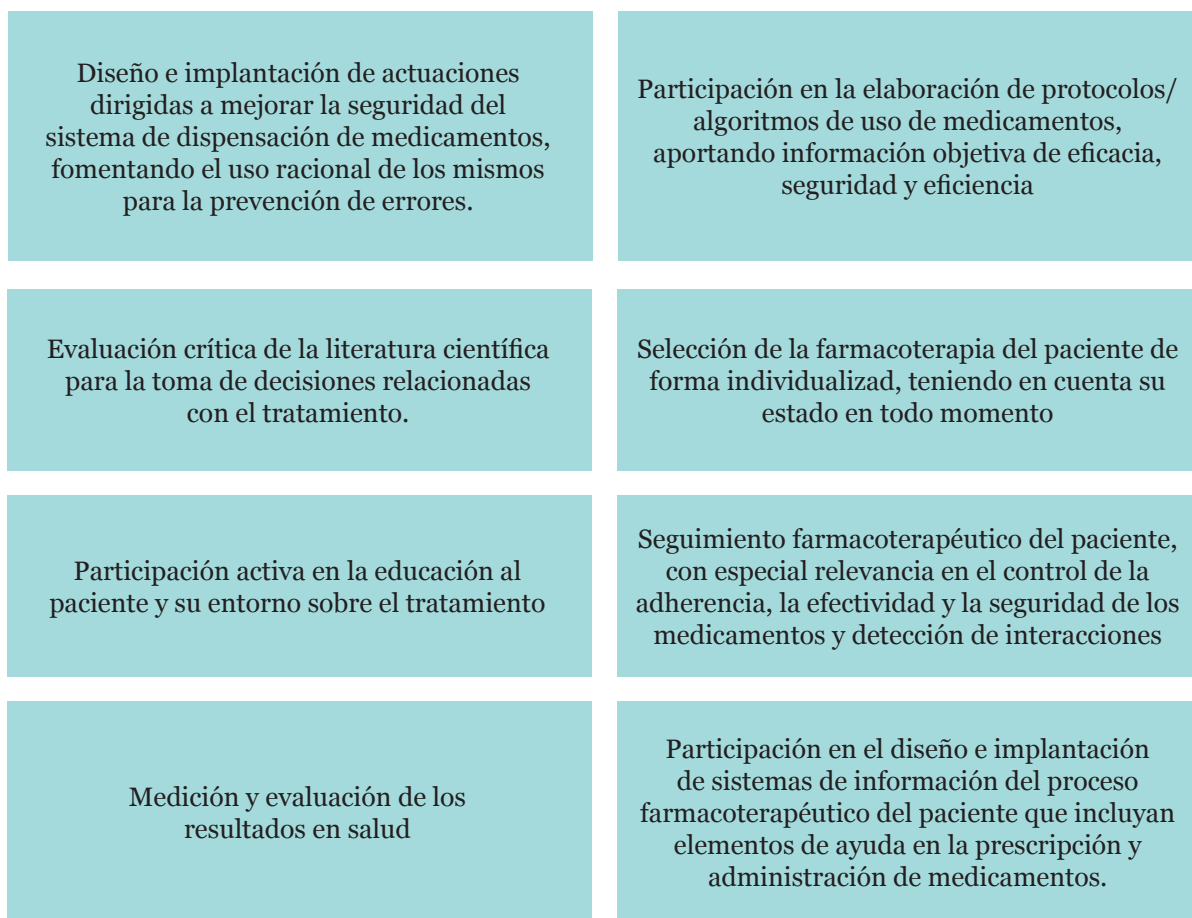


Figura 20. Relación de necesidades a cubrir y potenciar, en el campo de la salud mental, por parte del especialista en farmacia hospitalaria.

contribuido, en gran manera, a la mejora en la calidad de la farmacoterapia de nuestros pacientes.

Estos sistemas integrados de información-prescripción permiten al farmacéutico de hospital conocer el estado funcional del paciente, sus posibles alergias, datos antropométricos... para determinar la dosificación de determinados medicamentos, llevar a cabo ajustes posológicos en función de determinadas situaciones clínicas y fármacos que se manejen, detectar potenciales interacciones con significación clínica -de gran relevancia entre psicofármacos y psicofármacos y otros medicamentos-, detectar duplicidades terapéuticas y alertas relacionadas con la seguridad.

La validación de la prescripción permite una colaboración y comunicación del farmacéutico con el resto de sanitarios implicados en el proceso asistencial del cuidado a la salud mental, propiciando la integración del especialista en farmacia hospitalaria en los equipos multidisciplinares de atención a la salud mental, lo cual contribuye a la detección temprana de la enfermedad, promoviendo un seguimiento farmacoterapéutico desde el inicio del proceso que es de especial relevancia para evitar recaídas y, con ello, mejorar el pronóstico de la enfermedad.

Tras la validación de la prescripción, se

puede asegurar la contribución al logro de los resultados esperados en lo que se refiere a efectividad y seguridad de los tratamientos psicofarmacológicos y a una mayor eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios, ya que se disminuyen, de manera significativa, los problemas relacionados con el uso de los psicofármacos y se reduce la variabilidad en su prescripción.

Por último, el seguimiento farmacoterapéutico contribuye de una manera muy importante en la adherencia terapéutica que, según diversos estudios, es muy baja entre las personas con problemas de salud mental (Figura 21).

Los planes estratégicos de salud mental elaborados desde distintas consejerías de sanidad, los colectivos o asociaciones de personas con problemas de salud mental y sus familiares y los especialistas en farmacia hospitalaria que trabajan en el ámbito de la salud mental coinciden en la necesidad de cubrir o potenciar determinados aspectos. Entre ellos, caben ser destacados los siguientes:

- **Potenciación del rol del farmacéutico como agente de salud proactivo en actividades preventivas y educación sanitaria orientada a los pacientes y sus familiares.**

Los farmacéuticos deben constituir

Integración del farmacéutico de hospital en equipos multidisciplinares	Validación de la prescripción y dispensación de medicación en dosis unitaria	Seguimiento farmacoterapéutico
Contribución a detección temprana de síntomas	Disminución de problemas relacionados con los psicofármacos	Aseguramiento de la adherencia
Seguimiento farmacoterapéutico desde el inicio	Aseguramiento de la eficacia y seguridad del tratamiento psicofarmacológico	Conocimiento de las necesidades reales del paciente
Mejora en la evolución y pronóstico de la enfermedad	Selección de la farmacoterapia individualizada y eficiencia en la gestión de los recursos	Empoderamiento del paciente

Figura 21. Valor del farmacéutico hospitalario dedicado a la salud mental.

un recurso y un apoyo en la cadena asistencial. La actitud del especialista en farmacia hospitalaria debe ser proactiva, tanto en la atención farmacéutica como en la prevención y detección precoz de la enfermedad mental, colaborando en la resolución de dudas sobre la utilización de los medicamentos, remarcando la necesidad de informar específicamente sobre las posibles interacciones entre psicofármacos, psicofármacos y resto de medicación del paciente e interacciones entre medicamentos en general y alimentos, así como sobre los problemas derivados de una mala utilización de los fármacos.

Los farmacéuticos, independientemente

del ámbito asistencial en que se encuentren, tienen una posición privilegiada para detectar incumplimientos terapéuticos y poder impulsar programas de mejora de la adherencia, mediante sesiones grupales o individualmente, en las que se incremente el conocimiento de los medicamentos favoreciendo el uso adecuado, se aborden las principales causas de incumplimiento terapéutico y se ofrezcan estrategias de ayuda y apoyo en la toma de la medicación.

• Formación continuada para el desarrollo de las competencias científico-técnicas y de las habilidades de comunicación necesarias para ofrecer una atención farmacéutica adaptada a las necesidades de los pacientes.

La formación continuada del farmacéutico implicado en el campo de la salud mental es esencial para la adquisición de las competencias adecuadas para una buena atención farmacéutica. Para ello resulta necesario diseñar previamente un plan de formación sistemático que profundice en aquellas áreas que son necesarias y que deben dar respuesta a las necesidades percibidas por el grupo de personas que trabajan estrechamente junto al farmacéutico y por los mismos pacientes. El plan de formación debe identificar claramente los objetivos a alcanzar y la metodología más adecuada para alcanzarlos.

El farmacéutico dedicado al cuidado de la salud mental debe reunir, además de un perfil adecuado en cuanto a formación científico-técnica, una serie de cualidades que le hagan cercano al paciente: socialmente debe mostrar empatía y una actitud de escucha activa para atender de una manera individualizada a los pacientes, además de ser capaz de establecer una comunicación adaptada al lenguaje de pacientes y usuarios, utilizando un lenguaje menos científico y más divulgativo.

Es importante también que, a la hora de comunicarse con el paciente, el farmacéutico esté en sintonía con el resto del equipo, de manera que, tanto el modo de interactuar con el paciente como la información proporcionada estén

alineadas con los objetivos a trabajar dentro del plan conductual establecido.

- **Actualización constante de los conocimientos del farmacéutico como respuesta a la aparición de un nuevo modelo de paciente más activo y con canales de acceso a mayor información**

Se detecta la necesidad de que los farmacéuticos dedicados a la salud mental estén actualizados adecuadamente en este campo de acuerdo a los cambios sociales que han favorecido la aparición de un nuevo modelo de paciente más activo, que cada vez tiene más acceso a la información y que, por lo tanto, cada vez demanda información de mejor calidad y basada en la mayor evidencia científica disponible.

Esta realidad emergente hace imperativo el gestionar de una manera adecuada las expectativas de los pacientes en relación a los beneficios de las distintas alternativas terapéuticas, lo cual parece imposible sin un adecuado conocimiento y actualización en los conocimientos psicofarmacológicos.

- **Implantación de nuevas tecnologías que mejoren la atención farmacéutica al paciente.**

Están ya demostrados en numerosos estudios los beneficios que pueden reportar las nuevas tecnologías a la hora de evitar

errores en el inicio del proceso terapéutico, para evitar duplicidades, para detectar interacciones clínicamente relevantes entre medicamentos y para adaptar la terapia del paciente a la mejor evidencia de la que se dispone. En este sentido, para el farmacéutico de hospital es de una gran ayuda contar con un programa de prescripción asistida conectado a la historia clínica informatizada del paciente que, sin lugar a dudas, debería estar implementado en todos los centros asistenciales.

• Establecimiento de relaciones entre los farmacéuticos de hospital y sus sociedades o asociaciones y las asociaciones y organizaciones de pacientes.

Se ha expresado, de forma reiterada, la necesidad de una mayor vinculación y colaboración entre el colectivo de farmacéuticos y las organizaciones en pro de la salud mental, así como una mayor sensibilización respecto a la labor realizada por el asociacionismo.

Por un lado, los farmacéuticos debemos interiorizar la idea de las organizaciones de pacientes como un recurso y como un aliado, creando espacios comunes de colaboración a través de publicaciones en las que se puedan dar a conocer las actividades realizadas por las asociaciones, apoyando la difusión, organización y celebración de actividades de las asociaciones,

propiciando una mayor relación entre las asociaciones de pacientes y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) o los Colegios de Farmacéuticos y, por último, fomentando la participación de farmacéuticos que trabajan en el ámbito de la salud mental en las actividades formativas e informativas que organizan periódicamente las asociaciones.

Por otro lado, los representantes de las organizaciones de pacientes deben implicarse en la preparación y divulgación de actividades formativas e informativas dirigidas a los farmacéuticos, ya sea en el marco de iniciativas que surjan de los colegios profesionales, sociedades científicas o bien de las propias asociaciones.

• Garantizar la continuidad asistencial entre niveles y desarrollo de estrategias para mejorar la seguridad de la medicación en las transiciones asistenciales.

La transición asistencial se define como el traslado entre ámbitos asistenciales, servicios sanitarios o proveedores de salud que realiza el paciente o el establecimiento de contacto con un profesional de la salud, con el propósito de recibir determinada atención sanitaria.

Las transiciones asistenciales son momentos de gran vulnerabilidad⁴

puesto que, en múltiples ocasiones, se ha observado una deficiente coordinación y comunicación entre los profesionales y ámbitos sanitarios en relación al tratamiento y a los objetivos terapéuticos o de cuidados, además de la ausencia de una valoración global y centrada en la persona, aspectos todos ellos que pueden conducir a errores de medicación y problemas de salud relacionados con los medicamentos.

En la tabla 12 se recogen las principales consecuencias de una transición deficiente⁵.

El manejo seguro de la medicación en el proceso de transición destaca entre los componentes clave para incrementar la calidad de las transiciones asistenciales, siendo uno de los objetivos de las iniciativas dirigidas a reducir los reingresos hospitalarios. Esto implica,

aparte de otros procesos, enfatizar y poner en valor la participación del paciente, para lo que es esencial la educación sanitaria, el empoderamiento del paciente y sus cuidadores y la humanización de la asistencia (Figura 22).

La salud mental en tiempos de pandemia

No se puede dejar de hacer referencia, en este momento, al impacto de la pandemia por COVID-19 sobre la salud mental, no sólo en personas con trastornos de salud mental preexistentes, sino también en personas previamente sanas, tal y como lo reflejan varias publicaciones nacionales e internacionales.^{6, 7}

Por tanto, este nuevo escenario ha traído aparejado una rápida adaptación

- a) confusión en los planes terapéuticos (diagnóstico, medicamentos, objetivos y necesidades de cuidado...),
- b) duplicidad de servicios (cuidados no adecuados/deseados),
- c) eventos adversos (errores de medicación, resultados negativos en salud)
- d) prolongación de la estancia
- e) reingresos o readmisiones en el servicio utilizado
- f) frustraciones en el paciente/cuidador y/o demoras evitables
- g) estrés en los profesionales sanitarios
- h) incremento en la morbilidad, mortalidad y costes.

Tabla 12. Consecuencias de la transición asistencial deficiente

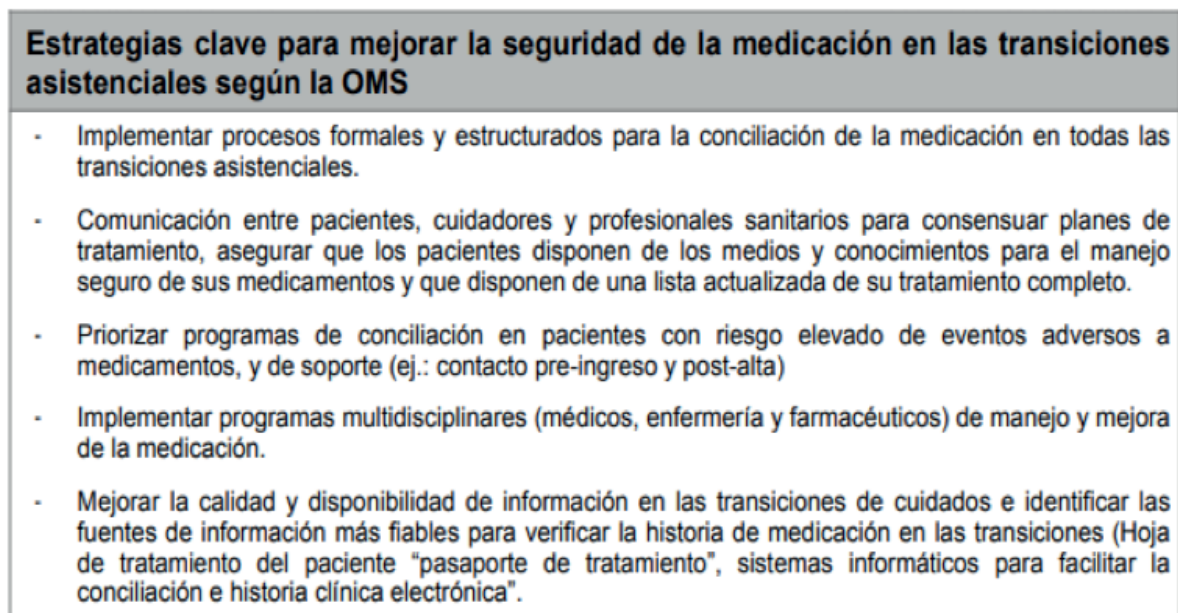


Figura 22. Estrategias clave para mejorar la seguridad de la medicación en las transiciones asistenciales según la OMS

y un replanteamiento de recursos y estrategias. De forma paralela al impulso de la telepsiquiatría, la hospitalización domiciliaria y la potenciación de la atención a grupos vulnerables, desde la farmacia hospitalaria se han desarrollado estrategias para cuidar la salud mental en este nuevo escenario:

1. Envío domiciliario, por parte de los servicios de farmacia de los hospitales, de medicamentos de Dispensación Hospitalaria (DH) en adaptación y cumplimiento de la Orden SND/293/2020⁸.

2. Refuerzo de la educación sanitaria en medidas preventivas a los pacientes ingresados en centros de larga estancia.

3. Participación del farmacéutico en programas cuyo objetivo ha sido la calidad de vida de la población afectada por la enfermedad mental.

4. Participación, a través de la SEFH, en la recopilación de información sobre cuestiones relacionadas con la infección y tratamiento de cara a generar evidencia y mejorar el manejo de la salud física y mental de los pacientes afectados por el virus SARS-CoV-2.

5. Aceptación de recursos telemáticos como herramienta para establecer comunicación proactiva entre los distintos profesionales en pro de la salud de las personas con problemas de salud mental y de las personas más

vulnerables al desarrollo de los mismos.

Con la situación que se ha vivido generada por la pandemia y con la incertidumbre que se sigue viviendo, se están diagnosticando más trastornos de ansiedad, afectivos y del sueño. El siguiente desafío, tal y como advierte la OMS, llegará en el terreno de la salud mental.

Esta nueva situación ofrece todo un reto para replantear la formación en salud mental y poner en valor el papel del especialista en farmacia hospitalaria dedicado a este ámbito asistencial.

PUNTOS CLAVE

El farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria dedicado al cuidado de la salud mental puede contribuir, desde distintos ámbitos asistenciales, a:



Reforzar el asesoramiento sobre psicofármacos e interacciones entre ellos y resto de medicación y con alimentos.



La selección de la farmacoterapia de forma individualizada.



El seguimiento farmacoterapéutico y mejora de la adherencia.



El empoderamiento en la toma de decisiones respecto a la farmacoterapia.



Garantizar la seguridad de la medicación en las transiciones asistenciales.

Referencias

1. **Estudio Sobre Salud Mental en el medio penitenciario (Internet).** Madrid: Dirección General de Instituciones Penitenciarias Ministerio del Interior. 2007. (citado 11 Sep 2012). Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf.
2. **Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al.** The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health*. 2011 Dec; 21(5): 321-32. doi: 10.1002/ cbm.815.
3. **Bustamante, R, Paredes-Carbonell, JJ, Aviñó, D, González, J, Pitarch, C, Martínez, L, et al.** Diseño participativo de una guía para la promoción de la salud mental en el medio penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit* (2013) 15: 44–53.
4. **Kripalani S, Jackson A, Schnipper J, Coleman E.** «Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitals.» *J Hosp Med*, 2007: 314-20
5. **Curso online.** Actualización en procesos transversales de la farmacia hospitalaria. Atención farmacéutica cronicidad. continuidad asistencial entre niveles conciliación-desprescripción. Elia Fernández Villalba.
6. **Moreno C, Wykes T, Galderisi S, Nordentoft M, Crossley N, Jones N, Cannon M, Correll CU, Byrne L, Carr S, Chen EYH, Gorwood P, Johnson S, Kärkkäinen H, Krystal JH, Lee J, Lieberman J, López-Jaramillo C, Männikkö M, Phillips MR, Uchida H, Vieta E, Vita A, & Arango C** (2020). How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; 7:813-24
7. **Ribot Reyes Victoria de la Caridad, Chang Paredes Niurka, González Castillo Antonio Lázaro.** Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Rev haban cienc méd*. 2020; 19(Suppl 1): e3307. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2020000400008&lng=es. Epub 10-Jun-2020.
8. **Orden SND/293/2020** que establece las condiciones excepcionales de dispensación y administración de medicamentos durante esta crisis de salud pública y el estado de alarma asociado.

20. Humanización en la gestión de la Salud Mental



Julio Zarco Rodríguez

Especialista en medicina familiar y comunitaria y médico del Servicio Madrileño de salud desde hace 30 años. Doctor en humanidades médicas por la UCM. En la actualidad Subdirector Gerente del Hospital Clínico San Carlos. Profesor de psiquiatría y psicología médica de la UCM. Presidente de la Fundación Humans para la promoción de la humanización. Fue 8 años presidente nacional de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria y durante 5 años fue Director General de atención al paciente del servicio madrileño de salud y Viceconsejero de sanidad de la comunidad de Madrid.

La humanización vinculada a la asistencia sanitaria, es uno de los conceptos más repetidos y utilizados en los últimos tiempos. En el sector sanitario cada década aparece un término que se pone de moda, como el cambio de paradigma que va a posibilitar una nueva visión y nuevo abordaje de los problemas de la sanidad. Es por ello que hayamos asistido a conceptos tan manidos y recurrentes en el sector sanitario como “la atención primaria como puerta de entrada al sistema sanitario”, “el espacio sociosanitario”, “el abordaje de la cronicidad” y en los últimos tiempos “la humanización de la asistencia sanitaria”.

Normalmente, estos conceptos y paradigmas, son abordados por los protagonistas sanitarios con intensidad con el objetivo de apoyarse en ellos como marco para un cambio de visión. Por ello, solemos asistir a su exposición en los congresos y jornadas del sector y llenan innumerables libros y artículos y, pasados algunos años, son sustituidos por otro término emergente que reinicia el ciclo.

En el caso de la humanización de la asistencia sanitaria, no será este el caso, pues estamos hablando de una dimensión transversal que impregna todas las capas del sistema sanitario y que es una seña de identidad de nuestro quehacer como profesionales y como organizaciones. Para profundizar más en esta cuestión debemos tratar de definir que entendemos por

humanización de la asistencia sanitaria en primer lugar. Una vez lo hallamos realizado debemos estudiar y reflexionar sobre si la atención a la salud mental en nuestro país esta humanizada o existen áreas de mejora donde tengamos que poner nuestro énfasis y atención. Para concluir reflexionaremos sobre la humanización en la gestión de la salud mental y como determinadas actitudes y aptitudes en la gestión y en el modelo de afrontar los problemas de la salud mental pueden impactar de una u otra forma en la consecución de los objetivos.

Es evidente que cuando hablamos sobre humanización de la asistencia sanitaria podríamos hablar sobre cualquier área de la atención sanitaria a las personas enfermas y sus familias, pero estimo que existen ciertas áreas de mayor sensibilidad por la mayor vulnerabilidad de las personas que padecen esas dolencias. La salud mental, es posible que sea una de las áreas de mayor sensibilidad en la percepción de los cuidados por parte de los pacientes y sus familiares, no solo por la mayor vulnerabilidad de las personas con trastornos mentales, sino por la importante estigmatización que existe con respecto a las enfermedades mentales y por el elevado coste emocional y social de las mismas. De igual manera, el abordaje de las enfermedades mentales exige una visión más integral y holista que nos obliga a poseer una perspectiva donde lo social y

lo sanitario van de la mano de una manera integral. Es por todo ello, y por otras múltiples razones que iremos analizando, por lo que se hace más necesario realizar análisis y enfoques sobre la humanización en la salud mental.

Humanización como concepto a definir

El concepto de humanización, es un concepto amplio en sus acepciones, aunque la definición de la Academia de la lengua lo sintetiza como hacer más humana una realidad.¹ Con esta definición, la Academia establece un marco genérico, difuso y poco definido que no sirve para tener en cuenta nuestros propósitos de contextualización en el ámbito sanitario.

En el año 2018 la Fundación Humans para la promoción de la humanización de la asistencia sanitaria realizó un estudio sobre cuál era la definición y la comprensión del concepto de humanización en diversos actores del sistema sanitarios como profesionales, ámbito académico, industria farmacéutica, etc.². El estudio muestra la prolija y diversa concepción que sobre la humanización tienen los diversos colectivos, ámbitos y actores del sistema sanitario. A modo de resumen y dependiendo de las distintas orientaciones que presentan los actores del sector, hay quien pone más énfasis en las actitudes humanas de los profesionales sanitarios,

otros ponen más énfasis en los aspectos de información y comunicación, así como otros ponen la atención en los aspectos bioéticos. Todo ello hace entender que el concepto de humanización es polisémico y ello genera el riesgo de desvirtuar la verdadera naturaleza de las acciones y el despliegue de los aspectos y dimensiones de humanización.

La humanización es la acción de dotar de características más personales y humanas a la atención sociosanitaria que se presta a cualquier individuo, sea paciente o familiar en cualquier ámbito asistencial. Esta cuestión no solo se circunscribe a las acciones personales e individuales, sino también a la planificación de las organizaciones, estructuras y formas de gestión y gobernanza de las instituciones sanitarias. La humanización requiere de una visión sistémica, ecológica y global. Partimos de la base de que, en los modelos sistémicos, no solo es importante el análisis de los elementos que intervienen en las acciones, sino lo que aún es más interesante, es de capital importancia el análisis de las relaciones que se establecen entre dichos elementos. Por todo ello, nuestra propuesta de humanización, es un marco global y sistémico, donde se aborden los problemas desde una perspectiva ecológica, teniendo en cuenta las relaciones del individuo con los distintos profesionales sanitarios y no sanitarios que intervienen en el proceso del enfermar, así como las relaciones que

pacientes y familiares establecen con los profesionales, con el centro asistencial y con los propios servicios de salud.

En esta perspectiva también es importante tener en cuenta la relación que establecen ciudadanos y profesionales con las organizaciones sanitarias. Como podemos ver, se establece un mapa relacional multidireccional entre pacientes/familias, profesionales, centros asistenciales y servicios de salud. Desde la Fundación Humans hemos acuñado el término “homosfera sociosanitaria”, para definir las dimensiones psicoafectivas que se ponen en juego en estas relaciones³. Este término tiene connotaciones evolutivas y procede de la visión filosófica que propiciaron Henri Bergson⁴ y Teilhard de Chardin⁵ el pasado siglo.

Dentro de este concepto ecológico, sistémico y relacional de la humanización, tenemos que tener en cuenta algo, que, por su obviedad, no debe de dejar de ser mencionado y es que pacientes, profesionales, centros asistenciales, servicios de salud, etc., son sociedad civil. Según las características que posea el tejido social donde se enmarcan e incardinan los elementos antes analizados, así se generaran dinámicas más fluidas y participativas o por el contrario dinámicas más cerradas y reverberantes.

Si el tejido social en el que nos movemos,

es una sociedad alineada, no democrática e involutiva, la dinámica relacional entre los diversos protagonistas de la atención sanitaria, pacientes, profesionales, centros y servicios sanitarios, será por lógica una dinámica asimétrica, no fluida y poco efectiva. En este tipo de marcos empobrecidos los elementos psicoafectivos y sociales son débiles y poco tenidos en cuenta en la gestión de los procesos y en la resolución de los problemas. Podríamos hablar de que este tipo de sociedades tienen una homosfera débil. Por el contrario, las sociedades democráticas, globalizadas y deliberativas poseen una homosfera más potente y los elementos psicoemocionales cobran una dimensión y protagonismo mayor. De ello se deriva que la humanización de la asistencia sanitaria necesite para su desarrollo de homosferas potentes en el marco de sociedades abiertas, siguiendo el concepto del pensador austriaco Karl Popper⁶.

Los principios y valores de una sociedad abierta están anclados en los principios del humanismo, es decir una exaltación de los valores humanos por y sobre todo. Estos valores fundamentalmente son tolerancia, respeto, democracia, participación, cultura, dignidad, ética, compasión, etc., es decir, todos ellos valores y principios fundamentales de una sociedad sana constituida por individuos sanos en el marco de unas relaciones sanas⁷. Este término se asimila al concepto “cultura

de la salud” que fue acuñado en los años 70 a raíz de la conferencia de Ottawa y del marco de reflexión sobre salud realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸.

Podríamos decir que este es el marco filosófico o conceptual en donde se desenvuelve la humanización. Es por ello que la acción de poner en marcha estos principios y dimensiones se denomina humanización y el marco conceptual se denomina humanismo. Sería mucho más coherente hablar de humanismo en la atención al paciente o en la asistencia sanitaria. Inclusive si queremos dotar de una visión más ecológica, deberíamos hablar de “Humanismo sociosanitario”⁹.

Como hemos seguido los principios filosóficos de pensadores como Popper y los conceptos de evolución creadora de Henri Bergson y de Teilhard de Chardin, deberíamos seguir explorando y desplegando este modelo y constructo teórico para desarrollar aún más el modelo y marco teórico donde desarrollamos nuestras acciones. Los nuevos paradigmas científicos de la mecánica cuántica, las neurociencias y el estudio de la conciencia, nos hace plantearnos que los modelos de pensamiento expuestos con anterioridad no solo son coherentes, sino que coinciden con estos paradigmas emergentes y con las nuevas teorías del cosmos y de la mente.

En un marco sistémico y ecológico donde todo tiene que ver con todo como apunta la moderna teoría de sistemas y donde la mente y la conciencia del individuo es coparticipe activa de la propia evolución y despliegue de la vida y de la existencia, todo desemboca en un modelo de mundo participativo que tan bien ha explorado el filósofo Polaco Henryk Skolimowski¹⁰. Este autor habla de “Ecofilosofía” o de “Filosofía participativa”¹¹. Nuestro modelo de humanización es heredero del modelo participativo de Skolimowski, por ello podríamos hablar de “Humanismo participativo”.

No quiero entrar en mayor profundidad con respecto a los basamentos filosóficos de nuestro modelo de “Humanismo participativo”, pero si me interesaba exponerlo en esta introducción, para demostrar que nuestro modelo de humanización está anclado en un sólido modelo filosófico y no es un mero capricho de la improvisación y la ocurrencia. El ser humano contempla su mundo y participa de él, según la representación mental que tenga del mismo, y no podemos abordar el mundo del ser humano sin tener previamente un modelo y representación del mismo.

Humanización en salud mental

Como hemos comentado anteriormente, si existe un área de la asistencia sanitaria

que tiene una especial sensibilidad a la hora de la dignificación y humanización de la prestación de los cuidados, esta es la salud mental. No podría entenderse una atención a las personas con enfermedades mentales y en la atención psicoafectiva de ellas y sus familias que no sea humanizada y que se fundamente en los principios del humanismo participativo. No obstante, la universalización de la asistencia sanitaria, la potente socialización de la misma y el anclaje aun existente en un modelo biologicista del enfermar, lastran el abordaje de la enfermedad mental desde una perspectiva del humanismo participativo.

Pese a que el modelo asistencial en las sociedades occidentales es un modelo de éxito de gran eficacia y efectividad, cuando realizamos un análisis de la percepción de los cuidados de pacientes y de familias, observamos una importante carencia que básicamente radica en ejecutar un modelo biologicista alejado de las necesidades de pacientes y de familias con una gran ausencia de participación del ciudadano en la toma de decisiones sobre su propia salud y sus propios procesos. Esta situación, que es generalizada para todos los procesos de enfermar, se pone mucho más de manifiesto, en las enfermedades mentales donde la importante estigmatización de las mismas y la alineación y exclusión del individuo y la familia, aun es patente por parte no solo de la sociedad, sino lo

que aún es peor, por parte de numerosos profesionales sanitarios y de los dispositivos asistenciales.

Esta percepción de la situación llevo a la Fundación Humans durante el año 2019, a realizar un ambicioso proyecto que aún está en marcha, sobre un análisis crítico de los planes estratégicos de salud mental de todas las CC.AA. junto con un pormenorizado análisis de las estrategias de humanización que se están llevando a cabo en los distintos servicios de salud¹². Nuestro objetivo era realizar un análisis fiel de cuál es la situación real en nuestro sistema de salud para obtener una fotografía de la situación, con la finalidad de hacer propuestas claras y concisas de mejora de la atención a pacientes y familias. Para realizar este análisis se contó con un panel de expertos en salud mental y en gestión sanitaria, así como con todos los coordinadores de las estrategias de salud mental de las CC.AA. Por último, todo el trabajo que se fue realizando por ambos grupos, se trabajó en un grupo donde estaban representados movimientos asociativos de familiares y pacientes con trastornos mentales.

Debemos recordar que en España la última estrategia de salud mental es del año 2009-2013 (¹³). En estos momentos estamos a la espera de una nueva estrategia que velara entre otras muchas cosas por la preservación de los derechos de las

personas con problemas en salud mental y que garantice la autonomía, participación y seguridad de las mismas. Producto de este estudio que se ha llevado a cabo, se han podido obtener los siguientes resultados:

1. IDENTIFICACIÓN DE LAS MEDIDAS Y ACCIONES RELACIONADAS CON LA HUMANIZACIÓN QUE INCLUYEN LOS PLANES DE SALUD MENTAL DE LAS CC.AA.

En el momento actual de las 17 CC.AA. son 14 las que tienen planes de salud mental activos. En todos los planes se ha podido estructurar las medidas en cuatro grandes grupos:

- Humanización y mejora de la calidad de la atención.
- Participación de usuarios y familiares en el cuidado de la salud mental.
- Lucha contra el estigma y la discriminación.
- Extremar atención y humanización de los cuidados en las personas especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social.

2. DECÁLOGO DE HUMANIZACIÓN EN SALUD MENTAL

Se han podido priorizar en este trabajo al menos 10 puntos clave comunes y prioritarios que toda estrategia debería tomar en consideración, que son los siguientes:

1) La humanización es un eje transversal que debe de ayudar a vertebrar los planes estratégicos. Se ha evidenciado que es muy importante establecer acciones de calidad y construir indicadores factibles y medibles relacionados con derechos humanos, instrucciones previas y consentimientos autorizados. De la misma manera debería emplearse cuestionarios de satisfacción y calidad percibida para profesionales, pacientes y familias.

2) Se debería realizar una gestión integral por procesos entre servicios sanitarios y sociales para establecer mapas asistenciales donde la equidad, accesibilidad y continuidad asistencial sean garantes de una adecuada atención.

3) En todos los planes estratégicos deberían presupuestarse los recursos humanos y económicos que son necesarios para llevar a cabo los planes de humanización, así como designar una persona que los coordine.

4) Los planes y contratos programas deben de incluir indicadores concretos que permitan valorar el alcance de los objetivos.

5) En la prestación de servicios se debe de priorizar los aspectos formativos del personal, la protocolización de las intervenciones involuntarias y las contenciones mecánicas, potenciar la creación de la enfermera especialista en salud mental y la implementación de cuestionarios y mapa de experiencia del paciente.

6) Utilizar la experiencia de los protocolos de humanización de las CC.AA. para potenciar en todo el territorio nacional una estrategia conjunta.

7) Incluir la perspectiva de la persona enferma y de su familia.

8) Revisar las estructuras residenciales para personas con trastornos de salud mental grave.

9) Potenciar la formación en salud mental a los profesionales de atención primaria, sobre todo en la lucha contra el estigma.

10) Facilitar el tiempo que la atención primaria dedica a realizar actividades comunitarias de educación para la salud.

Pese a que se ha avanzado mucho por y para la humanización de la asistencia sanitaria en el ámbito de la salud mental, aún quedan áreas de sombra en cuanto a

temas tan relevantes como la participación de la persona enferma y las familias o la evaluación de indicadores objetivos en la personalización de la asistencia sanitaria. Los esfuerzos que se están realizando desde distintas CC.AA. deben de verse refrendados con una política y estrategia estatal que homogenice y armonice todas las estrategias autonómicas.

En el estudio realizado por la Fundación Humans se puso de manifiesto que las principales áreas de mejora detectadas eran la comunicación con las personas con problemas de salud mental, la formación a profesionales sanitarios y no sanitarios, la mejora de los espacios de hospitalización y ambulatorios y la reducción de las medidas coercitivas tendiendo a su absoluta eliminación. Para llevar a cabo todo ello, desde este trabajo se establecen 5 propuestas de acción:

1. Realización de una campaña de difusión y comunicación de impacto nacional en favor de la salud mental y la prevención de las conductas suicidas en medios de comunicación y redes sociales con personalidades socialmente relevantes.

2. Promover foros de participación entre profesionales, pacientes, familiares y cuidadores que fomente el entendimiento, la comprensión mutua con el horizonte de suprimir las medidas coercitivas y la atención integral.

3. Crear una plataforma de entidades de apoyo que sirva de red para generar experiencia compartida, coordinar recursos y tener voz en los órganos de gobierno y decisión.

4. Implantar un programa de educación para la salud en materia de salud mental para edades escolares.

5. Incorporación en los planes de estudio de las profesiones sociosanitarias las competencias y habilidades en la relación terapéutica.

A modo de conclusiones

Como hemos comentado con anterioridad, el tema más fundamental que debemos abordar en el área de humanización de la asistencia sanitaria, es definir con claridad que entendemos por humanización. Este término, algo laxo y difuso, debe de dejar paso a un término que defina mejor el objeto de la atención personalizada y holística del ser humano, que es el concepto de “Humanismo Participativo”. Este término tiene una dimensión, origen y conceptualización filosófica arraigada en una tradición y corriente de pensamiento que atraviesa toda la historia de la filosofía

y que se reactualiza en nuestros días en el pensamiento contemporáneo. Esta filosofía o forma de entender y de “ver” el mundo, nos define la forma y manera en que la sociedad, los sistemas sanitarios y sus profesiones entienden el enfermar y los cuidados que se derivan de una asistencia sociosanitaria integral e integrada.

En las situaciones en las que las personas son más vulnerables, esta forma de aproximarse al paciente y su entorno alcanza una dimensión mucho más destacable y profunda. Este es el caso de las personas que padecen una enfermedad mental, donde se pone en juego la libertad del individuo, su estigmatización por la sociedad y los cuidados que se derivan de una determinada manera de entender esos cuidados.

Creemos que la profundización en el humanismo participativo anclado en principios y valores de respeto, dignidad, tolerancia y deliberación, hará que la percepción de los cuidados por parte de los pacientes y sus familias sea más cercano, cálido y empático y ello redundara en una mejora de sus procesos y en un ejercicio más humano y efectivo de las profesiones sociosanitarias.

Referencias

1. **Real Academia Española.** Diccionario de la lengua española. Edición 23.
2. **Fundación Humans:** Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España. Año 2017.
3. **Zarco J.** De la noosfera a la homosfera sociosanitaria. Clave de la humanización. Internet. Ser médico: el blog de Julio Zarco.2017. (citado el 27 de septiembre de 2019). Disponible en <http://juliozarco.com/de-la-noosfera-a-la-homosfera-sociosanitaria>.
4. **Bergson H.** La evolución creadora. Ed Cactus.2007.
5. **Teilhard de Chardin.**El fenómeno humano. Ed Taurus. 1986.
6. **Popper K.R.** La Sociedad abierta y sus enemigos. Ed Paidós básica.
7. **Zarco J.** El lugar del paciente en el sistema sanitario: una visión desde la gestión. En Medicina centrada en el paciente. Editores José Antonio Sacristán, Jesús Millán Nuñez-Cortes y José Antonio Gutiérrez Fuentes. Ed Unión Editorial. Fundacion Lilly.2018.
8. **Zarco J.** Ser y estar sano, cultura de la salud. Ed Península. Barcelona 2010.
9. **Zarco J.** No es lo mismo humanización que humanismo: hacia el humanismo sociosanitario. Ser médico. El blog de Julio Zarco. Internet. Ser médico. El blog de Julio Zarco.2017(citado 27 de septiembre de 2019). Disponible en <http://juliozarco.com/679-2/>
10. **Skolimowsky H.** La Mente participativa. Ed Atalanta.2016.
11. **Skolimowsky H.** Filosofía viva: la Ecofilosofía como un árbol de la vida. Ed Atalanta 2017.
12. **Fundación Humans:** Humanización en salud mental. Año 2020.
13. **Ministerio de Sanidad Política social e igualdad.** Estrategia en salud mental del sistema nacional de salud (2009-2013). 2011.p.1-170.

21. Contribución de la innovación farmacéutica a la mejora de la atención del paciente



Juan Carlos Valenzuela Gámez

Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria. Jefe del Servicio de Farmacia del HC "La Mancha-Centro" hasta 31-12-2019. Actualmente Coordinador Regional de Farmacia. Dirección General Asistencia Sanitaria. Servicio Salud Castilla La Mancha. Presidente Sociedad Castellano-Manchega de Farmacia Hospitalaria (SCMFH)



Rocío Ruiz Martín de la Torre

Farmacéutica Especialista en Farmacia Hospitalaria. Doctora en Farmacia. Actualmente Asesora Control farmacéutico ámbito hospitalario. Área Farmacia. Dirección General Asistencia Sanitaria. Servicio Salud Castilla La Mancha.



Luis León Allué

Psiquiatra y Psicoterapeuta. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Área Mancha Centro. Coordinador Grupo Regional de Trabajo de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles. Servicio de Salud de Castilla la Mancha.

Las tecnologías digitales y el uso de internet por parte de la sociedad han transformado nuestra manera de comunicación, nuestra capacidad de aprendizaje, la dinámica de trabajo y la generación de conocimiento. Si bien han supuesto un gran e importantísimo avance en muchos aspectos, como se ha podido ver durante la pandemia COVID-19 en lo referente a la comunicación entre familiares y amigos, así como en el tele-trabajo y la tele-medicina –con un nivel y una necesidad de desarrollo inéditos hasta la fecha-, por citar algunos aspectos clave para la sociedad actual, también están condicionando aspectos tales como el desarrollo psíquico infantil temprano¹ y la construcción de la identidad en la adolescencia: son un elemento más de la crianza, e incluso, en algunos casos, han aparecido nuevas formas de enfermar relacionadas con el abuso y la dependencia de las mismas. Su mal uso, y el exceso de información no filtrada desde el punto de vista de la salud, están contribuyendo a un aumento de la demanda de atención en Salud Mental, especialmente en el ámbito del niño y del adolescente.

Esta gran revolución se ha implantado, como no podía ser de otra manera, en la salud y en la atención sanitaria llegando a la instauración de términos como la “*salud digital*”, refiriéndonos a la integración de las tecnologías digitales para mejorar la salud humana, los servicios sanitarios y el

bienestar de la población², y otros términos como “e- pacientes”, haciendo referencia al uso de las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (en adelante, TIC) por parte de los pacientes para informarse, formarse, empoderarse e involucrarse en el cuidado de su salud.³

La pandemia COVID-19 ha supuesto un gran impulso en el empleo de la telemedicina, convirtiéndola en una herramienta indispensable, en determinados momentos como único método de comunicación con los pacientes. En esta situación de emergencia sanitaria, las instituciones sanitarias han optado por soluciones tecnológicas para atender a la población de manera segura, evitando el desplazamiento a los centros sanitarios con el fin de garantizar la seguridad, tanto del paciente, como de los profesionales sanitarios. Un ejemplo es la App “*LaMevaSalut*” del *CatSalut* de Cataluña, que permite el acceso del paciente a su información sanitaria, realizar consultas a los profesionales, así como realizar trámites online⁴.

Esta transformación digital de la salud pretende aportar mejoras como una mayor accesibilidad, prestando una asistencia sanitaria más participativa y personalizada, así como una mejora en la descentralización de los servicios, permitiendo un uso inteligente de datos que puedan emplearse como base para

la toma de decisiones y para la obtención de mejores resultados en salud, y brindar una atención sanitaria más adaptada a las necesidades de la sociedad⁵.

La Comisión Europea, a través del “plan de acción eHEALTH 2012-2020”, ya proporcionaba una hoja de ruta de empoderamiento de los pacientes y trabajadores sanitarios, apostando por vincular dispositivos y tecnologías e invertir en investigación, todo ello orientado hacia una medicina personalizada en el futuro⁶.

El uso de las TIC también se ha extendido en el ámbito de la Salud Mental. El perfil del paciente con problemas de Salud Mental puede implicar dificultades de participación en intervenciones web o en dispositivos móviles, asociado a su enfermedad o bien a la falta de familiaridad con las herramientas digitales. Por tanto, es necesario contar con la participación del paciente en el diseño, análisis y evaluación de diferentes aplicaciones digitales relacionadas con su enfermedad⁷.

Ya en el año 2013 casi el 6% de todas las aplicaciones móviles de salud eran específicas de Salud Mental⁸. En el ámbito de la Salud Mental se puede encontrar un número cada vez más creciente del uso de las TIC, como aplicaciones de autoayuda, aplicaciones para el manejo de enfermedades y de atención asistida, de seguimiento pasivo de sintomatología

y otras aplicaciones con el objetivo de recopilar datos que sirvan de ayuda para la toma de decisiones⁹.

Las instituciones deben liderar e impulsar estas estrategias, como el caso del Clúster Salut Mental Catalunya (CSMC) que promueve la innovación y servicios de valor añadido en Salud Mental, y la Fundación TIC Salut del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña, que acredita las aplicaciones móviles en Salud Mental.

A nivel europeo existen diferentes proyectos como “*ifightdepression*”¹⁰ (programa online de autoayuda dirigida a personas con depresión leve a moderada a autogestionar sus síntomas, a través de un cuestionario y como buscar ayuda), Proyecto SIMPLE (App de registro y monitorización de variables en trastorno bipolar)¹¹.

En el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), la empresa innovadora Akili Interactive ha desarrollado un videojuego de uso terapéutico “*AKL-To1*”, respaldado por grandes empresas farmacéuticas y tecnológicas, para mejorar la función de atención en niños con TDAH, siendo el primer y único tratamiento en formato de videojuego aprobado por la FDA.

Otros ejemplos de herramientas innovadoras en Salud Mental son las Click Therapeutics (www.clicktherapeutics.com), donde se desarrollan terapias basadas en software que actúan sobre mecanismos cognitivos y favorecen cambios de conducta en el trastorno depresivo mayor, insomnio, migraña, esquizofrenia... También se están realizando progresos importantes en aplicaciones que facilitan la comunicación con el entorno a personas que padecen el Trastorno de Espectro Autista. Se comercializan, incluso, sistemas de diagnóstico y tratamiento, con aplicaciones clínicas mediante gafas de realidad virtual, de algunas patologías (diagnóstico del Trastorno por déficit de Atención con Hiperactividad, y abordaje de fobias mediante exposición virtual, o realidad virtual para ayudar en la regulación conductual a pacientes con TEA), aunque todavía debe investigarse más en su efectividad.

Según el artículo publicado por Kemp y colaboradores¹², la plataforma digital más empleada por los profesionales de Salud Mental es la visita telemática mediante softwares de videoconferencias tipo Zoom, Skype... El uso de estas aplicaciones tiene ciertas ventajas como la flexibilidad horaria, rapidez de acceso y la no necesidad de desplazamiento del paciente al centro sanitario, que están teniendo buena acogida por parte del paciente – especialmente durante el confinamiento

que se realizó en España por la Covid-19 y, y en los meses inmediatamente posteriores- y que permiten mantener la privacidad, al encontrarse en un entorno seguro como puede ser su domicilio, y que permiten una mejora del autocuidado y la autorresponsabilidad.

Durante el confinamiento fueron importantes los esfuerzos realizados por parte de los profesionales sanitarios y pacientes para mantener el seguimiento de los pacientes con Trastorno Mental Grave o en situaciones especialmente críticas (cabría destacar el seguimiento de pacientes embarazadas y púerperas en el Programa de Salud Mental Materno-Infantil del Hospital Mancha Centro, en un momento donde el seguimiento al embarazo, las dificultades asistenciales en el parto y el puerperio por el estado de los hospitales y la situación de incertidumbre provocada por la pandemia, hicieron especialmente complicado todo ese proceso para esas mujeres y sus familias), que hubieron de limitarse al contacto telefónico y el acceso por parte del profesional sanitario a la historia clínica informatizada, al no disponerse de un mayor desarrollo informático ni dotación de kits de conexión de video-conferencia.

Pero el uso de las TIC en Salud Mental no está exento de limitaciones, como el cumplimiento de la normativa vigente de protección de datos y la confidencialidad del

paciente¹³, sumando la incertidumbre de la escasa bibliografía respecto a la eficacia de las TIC en Salud Mental, debilidad de los aspectos éticos, así como la inexistencia de análisis de resultados. A este respecto, en el sistema de asistencia sanitaria por video- consulta que se está poniendo en marcha en Castilla La Mancha, se cuenta con un Consentimiento Informado en el que el paciente se compromete a no grabar ni difundir el contenido de la entrevista clínica, así como filtros de seguridad desarrollados por los departamentos de informática¹⁴.

Otro de los beneficios de las TICs en el ámbito de la Salud Mental están relacionadas con la coordinación interdisciplinar: con Medicina de Atención Primaria para derivación y seguimiento médico y farmacológico de los pacientes (favoreciendo la adherencia, y evitando la polifarmacia y sus potencialmente efectos nocivos, así como previniendo el abuso de ciertos psico-fármacos, especialmente de ansiolíticos como consecuencia de la pandemia), y también con otras instituciones como Justicia, Educación, Bienestar Social... lo que ha permitido un abordaje integral (bio-psicosocial) del paciente.

En el ámbito farmacéutico, la implantación de nuevas tecnologías tiene como fin principal mejorar la seguridad y la gestión del medicamento, traducándose en una

mejora de la atención farmacéutica. Este nuevo paradigma nos dirige hacia un futuro digital, dentro y fuera de los hospitales, pero nos obliga como profesionales de la salud a readaptarnos acorde a los avances científicos, tecnológicos y sociales para poder ofrecer una atención farmacéutica de calidad a los pacientes. En los últimos años han aparecido iniciativas y plataformas financiadas por empresas farmacéuticas que facilitarían, desde el recordatorio de asistencia a consulta con enfermería para la administración de un fármaco inyectable Depot, por ejemplo, a páginas web donde el paciente, una vez se le facilite el registro en la misma, puede consultar posibles efectos adversos de medicamentos, en aras a favorecer una mayor adherencia al tratamiento farmacológico, un mejor registro de efectos secundarios y su correspondiente manejo clínico, vigilar posibles interacciones farmacológicas y, por ende, potenciar los aspectos positivos y aumentar la seguridad del tratamiento farmacológico. También un paciente puede solicitar cita previa con enfermería o con su médico mediante aplicaciones desarrolladas e implantadas en diversos sistemas de salud del ámbito nacional.

El ámbito de la farmacia hospitalaria ha ido adaptándose y evolucionando en todas sus competencias, apostando por la innovación digital. La *“Farmacia Hospitalaria Digital”*, estrategia liderada por FHUSIÓN, grupo de trabajo de Farmacia Hospitalaria

Digital de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, cuyo objetivo es mejorar la competencia digital de los profesionales sanitarios a través de 5 pilares básicos: autoaprendizaje online, salud 3.0, uso de las nuevas tecnologías, colaboración interdisciplinar e innovación digital. Para esta transformación digital es necesario conocer los canales de comunicación con los pacientes, tanto organizativos como culturales, formativos y de actitud, además de adquirir una formación adecuada en competencias digitales.

Toda labor farmacéutica debe ir dirigida hacia la prestación de una atención farmacéutica de calidad, siendo la seguridad del paciente un pilar fundamental. La implantación de nuevas tecnologías en el ámbito farmacéutico debe aportar una serie de ventajas adicionales en la eficiencia y en la seguridad del uso de los fármacos¹⁵. El estudio descriptivo realizado por Bermejo y colaboradores¹⁶, mediante una encuesta sobre la implantación de sistemas informáticos con la participación de 82 hospitales, concluía que la implantación de nuevas tecnologías aplicadas a mejorar la seguridad y gestión del uso de los fármacos en España tenía una tendencia creciente.

La prescripción electrónica asistida (PEA), los sistemas automatizados de dispensación (SAD), los registros electrónicos de administración de medicamentos, la dispensación segura y

la elaboración segura de fármacos, son un claro y evidente ejemplo de cómo el uso de las nuevas tecnologías es una realidad en la práctica asistencial, con el objetivo de sumar calidad, seguridad y eficiencia en la atención farmacéutica.

La prescripción electrónica asistida (PEA), los sistemas automatizados de dispensación (SAD), la elaboración y dispensación segura de fármacos y los registros electrónicos de administración de medicamentos, son un claro y evidente ejemplo de cómo el uso de las nuevas tecnologías es una realidad en la práctica asistencial, con el objetivo de sumar calidad, seguridad y eficiencia en la atención farmacéutica.

Los sistemas automatizados de dispensación (SAD) son un claro ejemplo de la implantación de las TIC en la asistencia farmacéutica. En EEUU en el año 2011 un 89% de los hospitales contaban con SAD de los cuales en un 63 % era el sistema mayoritario de dispensación¹⁷. En España, según los datos aportados por el grupo 2020 de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), en el año 2010 un 27,9 % de los hospitales españoles disponía de algún sistema automatizado de dispensación (SAD) y de ellos, un 15,4 % estaba vinculado a la prescripción electrónica asistida.

Los sistemas de soporte a la decisión clínica, concretamente aquellos dirigidos

a la prescripción asistida, son los que más impacto tienen en la seguridad¹⁸, donde se combinan el conocimiento clínico y la información de los pacientes, aportando calidad al proceso de prescripción. Estos sistemas poseen bastantes limitaciones que han dificultado su implantación, como la falta de interoperabilidad e integración, los problemas de gestión del conocimiento clínico, una insuficiente evidencia, su elevado impacto económico y el desconocimiento sobre las consecuencias en la seguridad de los pacientes (nuevos errores por omisión de alertas o “fatiga de alertas no relevantes”...)

Existen cada vez más proyectos que definen hacia dónde se encamina nuestro futuro e incluso nuestro presente¹⁹. Dentro del ámbito farmacéutico, la Salud Mental no es una de las áreas más desarrolladas si lo comparamos con otras áreas como la Farmacia Oncológica, atención farmacéutica al paciente VIH, enfermedades autoinmunes... Pero sí hay algún proyecto innovador de atención farmacéutica en Salud Mental; concretamente uno de ellos, el proyecto “PSICOFARMA”, que se trata de una aplicación móvil de consulta sobre medicamentos en salud mental, iniciativa de Hospital Arnau de Vilanova liderada por Enrique Soler, tanto para facultativos especialistas del ámbito hospitalario como de atención primaria. Incluye información no solo de fármacos comercializados en España sino también

de aquellos disponibles en otros países. En próximas versiones incorporaran nuevas secciones como la prescripción en la población mayor, la desprescripción, y la ayuda en la prescripción en pacientes con comorbilidades.

Existen muchos otros proyectos de innovación en el ámbito del paciente hospitalizado, y por tanto de aplicación en el paciente con diagnóstico de enfermedad mental que requiere ingreso hospitalario, como el proyecto “Higea” (herramienta inteligente de gestión de efectos adversos), del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Se trata de un sistema inteligente de soporte a la decisión clínica de validación, enriquecido con la información clínica del paciente (datos bioquímicos, hematológicos, resultados de inmunología, genética, etc) que genera alertas individualizadas para cada paciente sobre la conveniencia o no del tratamiento prescrito (ajuste posológico en insuficiencia renal, adecuación de terapia anticoagulante, de toxicidades y de optimización del tratamiento antibiótico).

El proyecto “STOP Errores de medicación”²⁰, liderado por Sergio Plata (Farmacéutico del Hospital de Albacete) y Alfredo Montero (Farmacéutico del Hospital del Nuestra Señora de la Candelaria), es una plataforma web 2.0 de difusión sobre seguridad del paciente, uso racional del medicamento, errores de

medicación e isoapariencia.

Por mencionar algún otro proyecto, el proyecto “E-DRUIDA”²¹, liderado por Emilio Monte y José Luis Poveda, farmacéuticos del Hospital La Fe de Valencia. Se trata de una iniciativa para el empoderamiento y la formación de ciudadanos y pacientes en el manejo de medicamentos y farmacoterapia con el programa predefinido “SaberDeFarma”, dirigido a pacientes, cuidadores y a la población general.

Existen otras aplicaciones para el teléfono móvil que, tras efectuar el médico el proceso de registro, proporcionan información sobre posologías, interacciones farmacológicas; también contienen aspectos formativos como, por ejemplo, la presentación de casos clínicos, y presentan variantes para algunas especialidades (realizadas incluso en colaboración con algunas sociedades científicas).

También existen multitud de páginas web que permiten consultar aspectos relacionados con la farmacología y situaciones concretas de salud como, por ejemplo, el nivel de seguridad de un fármaco durante la lactancia materna (e-lactancia.org), por citar un ejemplo.

La implementación de las nuevas tecnologías en las distintas áreas de la atención farmacéutica debe aportar eficiencia,

calidad y seguridad, siendo esta última como una de las ventajas de gran valor que debe aportar las TIC en el uso seguro de los medicamentos. Los SAD no están exentos de errores de medicación asociados²², siendo fundamental la implementación de prácticas seguras en la dispensación automatizada de los medicamentos en los distintos puntos críticos de tipo técnico, organizativo y de seguimiento. En esta línea, diferentes instituciones elaboraron recomendaciones y cuestionarios dirigidos a mejorar la seguridad del uso de los SAD; Así el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España) y la SEFH realizaron unas recomendaciones²³ y un cuestionario²⁴, adaptando las guías americanas a la práctica asistencial de España, como herramienta de evaluación de prácticas seguras en la implantación de nuevas tecnologías.

Otra limitación importante a la que nos tenemos que enfrentar como profesionales de la salud es la competencia digital de los profesionales sanitarios y el nivel de alfabetización digital. Es necesaria una formación adecuada para adquirir las competencias digitales adecuadas como profesionales de la salud, incluso de manera reglada en la formación especializada para desarrollarnos profesionalmente en un campo que evoluciona y cambia de manera tan exponencial.

Conclusiones y puntos clave

El ámbito de innovación farmacéutica en salud mental tiene aún un gran camino por recorrer. Se trata de un área de atención farmacéutica con un gran ámbito de mejora donde, paradójicamente, es un campo de la salud que afecta a una gran mayoría de la población. Según muestra el Informe de utilización de hipnosedantes en el SNS 2016- 2020, los indicadores de consumo aumentan exponencialmente año tras año, con diferencias entre comunidades autónomas, por sexo y edad.

Se trata por tanto de un problema de salud de gran relevancia para la sociedad y, por

tanto, toda esta revolución digital en el ámbito sanitario debe ser liderada por las instituciones sanitarias, como colectivo global para conseguir adaptar el nuevo mundo digital con la prestación sanitaria.

Sin olvidar las limitaciones y riesgos asociados de la salud digital, esta revolución digital debe servir de oportunidad para avanzar e integrar la atención sanitaria de los pacientes con problemas de salud mental acorde al mundo actual, con el objetivo final de prestar una atención sanitaria de calidad, eficiente y segura.

Referencias

1. **León Allué, L.:** El lugar de las nuevas tecnologías en el desarrollo infantil temprano, en Impacto de las Nuevas Tecnologías en la Salud Mental Infanto-Juvenil. VVAA. Entrelineas, España, 2020
2. **Kostkova P.** Grand Challenges in Digital Health. Front Public Health. 2015;3. Doi:10.3389/fpubh.2015.00134.
3. **Riggere S.** E-patients hold key to the future of healthcare. BMJ. 2018;360:K846.
4. **La Meva Salut.** Available from: <https://lamevasalut.gencat.cat/web/cps/welcome>
5. **Montero Delgado JA, Monte Boquet E, Martinez Sesmero JM.** Hacia una Farmacia Hospitalaria Digital. Rev.OFIL.ILAPHAR 2020,30;1:12-13.
6. **eHealth Action Plan 2012-2020:** Innovative healthcare for the 21st century. Communication from the Commission to the European Parliament, the council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Brussels, 6.12.2012 COM (2012) 736 final.
7. **Prefasi Gomar S et Magal-Royo T.** Principios de diseño en las aplicaciones de m- Salud Mental orientadas al control psicosocial. Innodoc 2020. Valencia, 11th-13th. November 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.4995/INN2020.2020.11831>.
8. **Donker T, Petrie K, Proudfoot J et al.** Smartphones form smarter delivery of mental health programs: a systematic review. J Med Internet Res 2013;15:e247.
9. **Hans Súper.** Estrategias de telemedicina y tratamiento digital en salud mental durante el confinamiento. Covid-19-Miradas poliédricas en torno a la salud mental ¿cómo podemos contribuir transversalmente? Cap 7. Volumen 1 número 1; 29:33. Enero 2021
10. **Start - iFightDepression [ES].** Available from: <https://ifightdepression.com/es/start>
11. **Hidalgo-Mazzei D, Mateu A, Reinares M, Undurraga J, Del Mar Bonín C, Sánchez- Moreno J et al.** Self-monitoring and psychoeducation in bipolar patients with a smart- phone application (SIMPLE) project: design, development and studies protocols. BMC Psychiatry (2015) 15:52. Doi 10.1186/s12888-015-0437-6.
12. **Kemp J, Zhang T, Inglis F, Wiljer D, Sockalingam S, Crawford A et al.** Delivery of Compassionate Mental Health Care in a Digital Technology-Driven Age: Scoping Review. Journal of Medical Internet Research, 22(3), e16263. <http://doi.org/10.2196/16263>.

13. **Lustgarten SD, Garrison YL, Sinnard MT et Flynn AW.** Digital privacy in mental healthcare: current issues and recommendations for technology use. *Current Opinion in Psychology*, 36, 25-31. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.03.012>
14. **Protocolo asistencial de videoconsulta en Salud Mental.** Red de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM). Pag 23. Versión: 1_18-11-2020.
15. **Oren E, Ellen R, Gulielmo J.** Impact of emerging technologies on medication errors and adverse drug events. *A J Health Syst Pharm* 2003;60:1447-58.
16. **Bermejo Vicedo T, Pérez Menéndez Conde C.** Aplicación de las nuevas tecnologías a la farmacia hospitalaria en España. *Farm Hosp* 2007;31:17-22.
17. **Pedersen CA, Schneider PJ, Scheckelhoff DJ.** ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: dispensing and administration 2011. *Am J Health Sys Pharm*. 2012; 69:768-85.
18. **Solá Bonada N, Álvarez Día AM, Codina Jané C and TENCO Word Gruop of the SEFH.** *Farm Hosp*. 2016; 40(6):457-476
19. **Rosa F et López JM.** Recopilación de proyectos de innovación en farmacia hospitalaria publicados en *Diariofarma*. SEFH and IQVIA <http://www.diariofarma.com/docs/Informes/Iniciativas-de-innovacion-en-farmacia-hospitalaria.pdf>
20. **Difusión a profesionales sanitarios sobre prevención de errores de medicación · Stop Errores de Medicación.** Available from: <https://www.stoperroresdemedicacion.org/>
21. **eDruida.** Available from: <https://edruida.com/que-es-edruida/>
22. **Otero López MJ, Bermejo Vicedo T, Moreno Gómez AM, Aparicio Fernández MA, Palomo Cobos L y Grupo TECNÓ de la SEFH.** Análisis de la implantación de prácticas seguras en los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos. *Farm Hosp* 2013; 37(6):469-481.
23. **Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos y Grupo TECNÓ.** Recomendaciones para el uso seguro de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos; 2011. <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Recomendaciones%20para%20el%20uso%20seguro%20de%20los%20SAD.pdf>
24. **Cuestionario de autoevaluación de la seguridad de los sistemas automatizados de dispensación de medicamentos;** Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos y Grupo TECNÓ. 2012. <http://ismp.espana.org/ficheros/Cuestionario%20%20SAD.pdf>

22. Contribución de la innovación farmacéutica a la mejora de la atención del paciente



Antonio López Andrés

*Subdirector de Farmacia y Prestaciones.
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea*

Pocos grupos de medicamentos han contribuido tanto, no solo a mejorar los cuadros clínicos de los pacientes, sino también a cambiar radicalmente el tipo de asistencia sanitaria a estos pacientes.

El siglo XX marca el comienzo del desarrollo científico de la psiquiatría, y podemos considerar hitos históricos en este periodo de tiempo:

- La psicoterapia.
- La clasificación de las enfermedades mentales mediante una forma estandarizada (*El Comité de Nomenclatura y Estadística de la Asociación Psiquiátrica Americana publicó en 1952 la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-I).*)
- La psicofarmacología.

Antipsicóticos y desinstitucionalización

Durante la década de los 50 tiene lugar, en el ámbito de la psicofarmacología, una auténtica "revolución", pues supone, por primera vez en la historia, la introducción en clínica de herramientas terapéuticas realmente eficaces en el manejo del paciente psiquiátrico. Con anterioridad, los médicos apenas contaban con tratamientos de contrastada eficacia

para manejar las enfermedades mentales graves. Entre ellos, destacaba únicamente el shock electroconvulsivo. En este sentido, la introducción de los psicofármacos constituye uno de los grandes avances de la medicina del siglo XX, evento comparado por algunos autores al descubrimiento de los antibióticos y las vacunas.

El descubrimiento de la clorpromacina en 1950 nos introduce en la era de los psicofármacos. Estos medicamentos demostraron su eficacia en el control de los denominados síntomas positivos de la esquizofrenia y otras psicosis aunque en su contra también tenemos que citar sus efectos secundarios que llegaron a hacer peligrar su uso.

Con los antipsicóticos típicos, de primera generación o neurolépticos, se comienza también a comprender los procesos neurobiológicos que acompañan a los trastornos psicóticos. En 1958 apareció uno de los más potentes de tranquilizantes descubiertos hasta la actualidad, el haloperidol (familia de las butirofenonas) esta sustancia, químicamente pura, soluble y estable en solución acuosa, exhibía una actividad antipsicótica más de 50 veces superior a la de la clorpromazina.

En 1961 aparecen los que se denominarán antipsicóticos atípicos o de segunda generación. La clozapina es el primero de esta serie de fármacos. Con la llegada

de los antipsicóticos atípicos se produce la última revolución farmacológica, abriéndose una gran ventana de esperanza en el tratamiento de la esquizofrenia u otras psicosis. Sus menores efectos extrapiramidales y una mayor actividad sobre los síntomas negativos les confieren un mejor manejo en un mayor número de situaciones. Los antipsicóticos de segunda generación, conocidos se introdujeron de forma generalizada a finales de la década de 1980 en la práctica clínica y actualmente se recomiendan, generalmente, como primera línea de tratamiento para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Gran parte de su éxito reside en la escasa incidencia de síntomas extrapiramidales, en comparación con los antipsicóticos clásicos o de primera generación. Risperidona, olanzapina, paliperidona, aripiprazol y otros, completan una variedad de antipsicóticos que permiten un uso más individualizado del tratamiento neuroléptico en función de sus características farmacológicas.

Hasta bien entrados los años 60 en casi todo el mundo occidental los pacientes con enfermedades mentales eran sistemáticamente institucionalizados (psiquiátricos o manicomios). Por institucionalización podemos entender un proceso en el que los internos se vuelven totalmente dependientes a las instituciones, aceptando las normas implantadas y la forma de vida dentro de

estas. Los internos se sienten totalmente aislados de la sociedad y comparten una rutina diaria, administrada formalmente.

En estas instituciones los individuos realizan todos los aspectos de la vida en un mismo lugar, realizan actividades programadas todos juntos de manera obligatoria sin poder disfrutar de un derecho básico como es el derecho a la intimidad. Las instituciones psiquiátricas, son lugares absorbentes simbolizadas con obstáculos (muros, pabellones, celdas, puertas cerradas, etc.) que se oponen al contacto e interacción de los internos con la sociedad, haciéndoles sentir inferiores, débiles y controlados en todo momento. Estos centros más se parecían a penitenciarías de alta seguridad que a sanatorios cuyo objetivo en principio sería curar a los pacientes y que retornaran a su ámbito social, familiar y comunitario. La triste realidad era que, en muchas ocasiones, estos pacientes pasaban el resto de su vida en estas instituciones.

Para hacernos una idea de cómo era la vida en estos centros es recomendable ver la famosa película “Alguien voló sobre el nido del cuco”

El proceso que se conoce como desinstitucionalización psiquiátrica se inicia oficialmente en los Estados Unidos en 1963. El final de la Segunda Guerra Mundial propicia en los países

occidentales la aparición de movimientos ciudadanos en pro de los derechos civiles y humanos. Las condiciones deplorables en las que se encontraban las personas ingresadas en los entonces superpoblados hospitales psiquiátricos norteamericanos comenzaron a trascender al público a través de los medios de comunicación y de las denuncias de muchos profesionales de la salud mental. Estas protestas provocan la creación en 1955 de la “Joint Commission on Mental Illness and Health” cuyas recomendaciones para la transformación de los hospitales en dispositivos comunitarios se hacen públicas en 1961 (Action for Mental Health).

El descubrimiento y comercialización de los neurolépticos a partir de 1952 es un factor determinante para el desarrollo de estas políticas.

La desinstitucionalización es un concepto que llegó a España a lo largo de los años 80 a través de la Reforma Psiquiátrica con la intención de cerrar todos los manicomios. Es en el año 1985 cuando se incorporó la corriente de la psiquiatría comunitaria, a través del “Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica” que estableció los principios generales y la filosofía a seguir para el proceso de transformación de la atención psiquiátrica.

En este proceso se pasa de mantener a las personas que padecen una enfermedad

mental en hospitales psiquiátricos, a darles una atención digna e integrada en la sociedad a través de modelos teóricos basados en mejorar la calidad de vida.

En España el proceso pasó por establecer una red comunitaria de centros de salud mental, donde el paciente es atendido puntualmente a imagen de los centros de atención primaria.

La aparición de las formas depot de los neurolépticos permitieron un mejor manejo de los pacientes más difíciles, aquellos en los que no se garantiza el cumplimiento terapéutico. De esta forma, no tenían que acudir frecuentemente a los centros de salud mental, hecho que ayudaba a desestigmatizar la enfermedad y suponía un alivio para las familias y cuidadores que podían tener “controlado” al paciente, liberándolo de la toma diaria de los antipsicóticos.

Actualmente gracias a la nueva percepción del tratamiento de las enfermedades mentales en el ámbito comunitario, es prácticamente impensable que una persona realice ingresos de larga estancia dentro de una institución.

Antidepresivos

La depresión es una enfermedad con una elevada prevalencia y que causa gran impacto en la calidad de vida del paciente,

resultando una de las principales causas de discapacidad y que en muchos casos puede convertirse en un problema de salud serio, llegando en algunos casos al suicidio. Por todo esto, la depresión sigue siendo un desafío para los sistemas de sanidad y, por tanto, para la sociedad.

El abordaje farmacoterapéutico de los trastornos afectivos, desde la perspectiva de la farmacología científica actual, tiene su origen en la década de los 50, la misma década en la que vieron la luz los primeros agentes antipsicóticos, con la introducción de la imipramina y la iproniazida. Estos agentes inauguraron una nueva era en el tratamiento de la depresión, relegando a la electroconvulsión a unas indicaciones muy puntuales, como el riesgo suicida elevado, las depresiones delirantes o el estupor melancólico. En 1958, se comprobó que la imipramina carecía de actividad antipsicótica, pero mejoraba el estado de ánimo de los pacientes esquizofrénicos tratados, observación que condujo a que más tarde se pudiera demostrar que era un antidepresivo eficaz en pacientes depresivos. El estudio de sus mecanismos de acción (inhibición de la recaptación de monoaminas) dio paso a la formulación de la anteriormente mencionada hipótesis monoaminérgica de la depresión y a la síntesis del resto de los antidepresivos tricíclicos, que han sido durante décadas el tratamiento de elección de la patología depresiva.

Sin embargo, mientras los antidepresivos tricíclicos continúan utilizándose en clínica de una forma importante, los inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) prácticamente han dejado de emplearse, salvo en las depresiones atípicas, debido, en gran medida, a sus problemas de interacciones con otros fármacos psicoestimulantes y con alimentos ricos en tiramina, que pueden desembocar en trágicas crisis hipertensivas.

En la década de los 70 aparecen los llamados antidepresivos atípicos, heterocíclicos o de segunda generación. Es a partir de la mitad de la década de los 80 que son desarrolladas nuevas familias de fármacos más selectivos y que supusieron una revolución en el tratamiento de la depresión.

Primero fueron los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). La comprobación de que presentaban una eficacia similar a la de los antidepresivos tricíclicos pero con la ausencia de algunos de sus inconvenientes modificó la situación previa, de manera que en los últimos años se ha incrementado progresivamente su uso.

Sucesivamente, surgieron los inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa (RIMA), inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRND), inhibidores de la recaptación de serotonina

y noradrenalina (IRNS) llamados también antidepresivos duales, noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos (NaSSA), inhibidores de la recaptación de noradrenalina (IRN), y recientemente un agonista melatoninérgico.

Como hemos visto, el tratamiento antidepresivo ha ido evolucionando con los años, llegando a fármacos más selectivos y por tanto con menos efectos adversos que los primeros que se desarrollaron. Por un lado, durante los últimos años se ha observado una disminución en el consumo de los antidepresivos de primera generación, con el objetivo de evitar estos efectos adversos que son mal tolerados por los pacientes y las interacciones importantes con otros fármacos o alimentos y dando por tanto más preferencia a otro tipo de antidepresivos con un espectro de efectos colaterales menor y que sin embargo poseen una eficacia comparable.

La manejabilidad y mejora en el perfil de efectos adversos de estos fármacos han generado en los últimos años un incremento progresivo del consumo de antidepresivos no solo en la indicación de depresión. Este hecho puede deberse también al aumento en la medicalización de la vida para sobrellevar situaciones que, si bien son corrientes y cotidianas, nos resultan complicadas y cada vez manejamos con más dificultad.

Manía y trastornos bipolares. Estabilizadores del estado de ánimo

El trastorno bipolar, también conocido como trastorno afectivo bipolar y antiguamente como psicosis maníaco-depresiva, es un conjunto de trastornos del ánimo que se caracteriza por fluctuaciones notorias en el humor, el pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.

El trastorno bipolar no es un estado de ánimo pasajero o un estado donde pueda pasarse de una emoción a otra en un corto lapso de tiempo. Este trastorno afecta al individuo durante meses o años por etapas, donde la calma y el comportamiento normal se intercala entre los episodios maníacos y la depresión.

La persona afectada por este trastorno alterna su estado de ánimo entre la manía o hipomanía —fase de alegría, exaltación, euforia y grandiosidad— y la depresión, con tristeza, inhibición e ideas de muerte.

Debido a que el trastorno bipolar se presenta en adultos jóvenes, desencadena un alto costo social, siendo la segunda causa de discapacidad laboral a nivel mundial; además, quienes lo padecen presentan un riesgo mayor que la población general de mortalidad por suicidio, accidentes y por

causas naturales como las enfermedades cardiovasculares.

El litio se empezó a utilizar en los trastornos afectivos a finales de la década de 1940, gracias a los experimentos del australiano J. F. Cade. El litio ha demostrado eficacia en el tratamiento de la manía, eficacia en el tratamiento de las manifestaciones maníacas de la demencia precoz, escasa eficacia en la depresión crónica y reaparición de los síntomas tras su retirada. A pesar de sus perspectivas, las sales de litio no llegaron a ser ampliamente utilizadas hasta mediados de la década de 1960, gracias al trabajo del danés M. Schou. Hasta hoy, las sales de litio constituyen el tratamiento de primera elección de las fases maníacas de los trastornos afectivos bipolares, así como un tratamiento indispensable en la profilaxis de episodios cíclicos de la enfermedad maniaco-depresiva.

Los anticomiciales se han venido utilizando desde la década de 1970, la carbamazepina y el ácido valproico han ido ganando interés como alternativas al litio; aunque con eficacia algo inferior pero mucha mejor tolerancia. Los últimos fármacos en incorporarse al tratamiento de la enfermedad bipolar han sido los nuevos antiepilepticos: gabapentina, topiramato, oxcarbazepina, lamotrigina, tiagabina y otros. Hasta la fecha, aunque las expectativas han sido son elevadas,

sólo la lamotrigina ha sido registrada como estabilizador del humor.

El tratamiento del paciente bipolar ha ido incorporando a lo largo de las últimas décadas la contribución de las diferentes innovaciones terapéuticas, como los nuevos antipsicóticos, y los nuevos antidepresivos, los primeros para coadyuvar en los episodios maníacos y los segundos en el manejo de los episodios depresivos.

Ansiolíticos o tranquilizantes menores

Hasta 1950, los barbitúricos fueron los agentes más frecuentemente utilizados como inductores del sueño y sedantes, además de su uso como anticonvulsivante. Dado su estrecho margen terapéutico entre dosis útil y letal y su alto potencial de abuso, se iniciaron investigaciones en busca de otros compuestos con propiedades ansiolíticas, las cuales llevaron al descubrimiento del meprobamato y de dos benzodiazepinas: el clordiazepóxido y el diazepam.

La mayor seguridad de las benzodiazepinas en caso de sobredosis y su menor potencial de dependencia determinaron que este grupo farmacológico desplazase a los fármacos ansiolíticos utilizados con anterioridad.

La síntesis de las benzodiazepinas marcó

el comienzo de los modernos ansiolíticos. Tras las dos primeras antes referidas, se fueron desarrollando numerosas moléculas derivadas, con más o menos predominio de alguno de sus comunes efectos: ansiolítico, hipnótico, miorrelajante y anticonvulsivante.

La buena tolerancia, seguridad y alto margen terapéutico han hecho de estos fármacos los medicamentos de referencia para el trastorno de la ansiedad y el insomnio. Sin embargo su alta prescripción debido a su seguridad y comodidad de uso ha generado en muchos pacientes un uso cronificado y dependiente no exento de problemas.

Implicaciones sanitarias y asistenciales de la innovación farmacéutica en los psicofármacos

Como resumen al descriptivo histórico que hemos visto de la innovación farmacológica en psiquiatría, podemos concluir que de toda esta “revolución psiquiátrica” se

derivan consecuencias directas y diferidas de la introducción de los psicofármacos y que podemos resumir en tres:

- Desinstitucionalización.
- Implicación de la Atención Primaria en la salud mental, especialmente en el manejo de los trastornos mentales menores.
- Reafirmación de las hipótesis biológicas sobre la génesis de las enfermedades mentales.

Referencias

1. **López Muñoz F, Alamo C, Cuenca E.** La "década de oro" de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos. *Psiquiatría.com* 2000; 4(3)
2. **Desviat, Manuel (2020).** Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria.
3. **Educació Social.** Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 17-45.
4. **Eguíluz Uruchurtu I.** Tratado de Psicofarmacología 2010. Capítulo I, Historia de la psicofarmacología. Editorial Panamericana.
5. **Guirado Ruiz M^a Mar.** De la institucionalización a la desinstitucionalización de los enfermos mentales. Trabajo fin de grado. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona 2015
6. **Gonzalez Pardo H.** Los fármacos antipsicóticos tras 60 años de su descubrimiento: ¿un hito histórico en el tratamiento de las psicosis?. *Infocop*
7. **Eyle J Van. INFOCOPONLINE** - Revista de Psicología. 2011. p. 9–11. Available from: <http://www.infocop.es/>
8. **Alonso JR.** La década prodigiosa de la Psicofarmacología. *Neurociencia*.
9. **Alonso JR. Neurociencia** - El blog de José Ramón Alonso. Available from: <https://jralonso.es/>
10. **Trastorno bipolar.** <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bipolar-disorder/diagnosis-treatment/drc-20355961>
11. **Germán Maldonado JC; Galán Ramos E.** Evolución de los antidepresivos utilizados en la historia reciente. Trabajo fin de grado 2015. Facultad de Farmacia. Universidad Complutense.

Artículo 20 de Ley General de Sanidad (1986)

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.
2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.
3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y de atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de la salud en general.

Figura 23. Artículo 20 de la ley general de Sanidad (1986)

1949	Introducción del litio en el manejo de cuadros maniáticos y esquizofrénicos
1950	Síntesis de la clorpromazina y del meprobamato
1951	Aislamiento de la reserpina
1952	Introducción de la clorpromacina en medicina: • En el cóctel de lítico Laborit con prometacina y dolantina • En el tratamiento de cuadros maniacos • Como agente antipsicótico, en solitario
1953	Introducción clínica de la reserpina y del meprobamato
1955	Síntesis de la imipramina
1956	Publicación del primer tratado de psicofarmacología (de Boor)
1957	Introducción de la imipramina. Descubrimiento del carácter neurotransmisor de la dopamina
1958	Síntesis e introducción clínica del haloperidol. Síntesis de la clozapina
1959	Síntesis del diazepam
1962	Introducción clínica de la clozapina. Utilización de la imipramina en fobias y crisis de angustia. Utilización de los inhibidores de la monoaminoxidasa en las fobias
1963	Introducción del enantato de flufenazina <i>retard</i>
1964	Estudio del National Institute of Mental Health (EE.UU.) sobre la eficacia de los neurolépticos
1966	Primeros datos sobre el efecto antimaníaco del ácido valproico. Síntesis de la mianserina
1967	Síntesis de sulpirida. Hipótesis catecolaminérgica de la depresión
1970	Demostración de las propiedades profilácticas del litio en la psicosis maniaco-depresiva. Hipótesis serotoninérgica de la depresión
1971	Utilización de la carbamazepina como regulador del estado de ánimo
1972	Síntesis de la fluoxetina. Utilización de la clorimipramina en el trastorno obsesivo-compulsivo
1975	Retirada de la comercialización de la clozapina por la inducción de agranulocitosis
1976	Hipótesis del bloqueo receptorial dopaminérgico como mecanismo de acción de los neurolépticos
1977	Descubrimiento de los receptores benzodiazepínicos en el sistema nervioso central
1984	Síntesis de la risperidona
1989	Comercialización de la fluoxetina
1990	Reintroducción clínica de la clozapina
1991-1993	Comercialización de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (paroxetina, sertralina y citalopram)
1994	Introducción clínica de la risperidona
1995	Comercialización de la olanzapina
1996	Comercialización de venlafaxina (inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina) y mirtazapina (antidepresivo noradrenérgico y serotoninérgico específico)
2000	Comercialización de la quetiapina y amisulprida. Primeros estudios como estabilizadores del estado de ánimo con gabapentina, topiramato y oxcarbazepina
2002	Comercialización de la ziprasidona
2003	Indicación como regulador del estado de ánimo para la lamotrigina

Figura 24. Hitos históricos de la psicofarmacología. Tomado de I. Egíluz Uruchurtu. Historia de la psicofarmacología 2010.

23. Legislar para avanzar



Ana Prieto Nieto

Diputada nacional por Lugo por el PSOE en el Congreso de los Diputados y portavoz de Sanidad en la XIII y XIV Legislatura. Licenciada en Farmacia por la Universidad de Santiago de Compostela. Concejala de Economía, Empleo y Desarrollo Económico y primera teniente de alcalde del Ayuntamiento de Lugo 2015-2019. Presidenta del Colegio Oficial de Farmacéuticos de la provincia de Lugo 2009-2015.

Cada día que pasa, queda un día menos para que acabe la pesadilla de la COVID-19. Gracias a las vacunas, vemos luz al final del túnel, pero aún quedan algunas batallas que librar contra el coronavirus. La crisis de salud pública, económica y social consecuencia de esta pandemia que afecta al mundo, ha provocado un grave golpe emocional que afecta a nuestra salud mental; tiene un enorme impacto en los problemas de enfermedad mental, tanto en adultos como en la infancia y la adolescencia.

Todos queremos seguir adelante, deseamos buenas noticias y mensajes esperanzadores. Arrastramos cansancio, experimentamos insomnio y humor cambiante; estamos desmotivados y sentimos angustia, ansiedad. Todo esto, junto con tanto tiempo que llevamos sometidos a la incertidumbre, son algunas de las consecuencias de un término que se ha hecho familiar, cotidiano: fatiga pandémica. No solo es el miedo y el agotamiento, la preocupación o que estemos más irritables, sino que de la mano de la pandemia a veces recorremos el camino de emociones como la tristeza, hacia la ansiedad y la depresión. Hans

Henri P. Kluge director regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que en algunos casos más el 60% de la población podría sufrir fatiga pandémica. La incertidumbre nos condiciona de manera integral. Y la soledad.

Según la investigación del Centro de Investigaciones Sociológicas, la primera encuesta sobre salud mental de los españoles publicada por el CIS refleja que el 23,4 % de la población ha sentido mucho o bastante miedo a morir debido al coronavirus; un 18,4 % entre hombres, y un 28,3 % entre mujeres; por edad, los que más miedo han sentido a morir a causa de la COVID-19 son las personas de cincuenta y cinco a sesenta y cuatro años, en torno a un 26 %.

Podemos leer en la encuesta que un 41,9 % ha tenido problemas de sueño, un 51,9 % ha reconocido sentirse cansado o con pocas energías y un 37,8 % ha tenido dolores de cabeza, entre otros problemas, como taquicardias, mareos o desmayos. En relación a la salud mental en menores, la encuesta refleja cambios en el comportamiento de los niños y adolescentes.

La salud mental de las personas es fundamental para el bienestar y para una vida sana y feliz. En España, y según la Encuesta Nacional de Salud 2017, una de cada diez personas mayores de quince años, declara haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental, como la ansiedad o la depresión, y dos de cada diez cuando son personas desfavorecidas o en desempleo.

En Galicia, mi tierra, la salud mental es el sexto problema crónico según los últimos estudios, y somos la segunda comunidad autónoma con mayor índice de suicidios. Muchas gallegas y gallegos no pueden disfrutar de la felicidad que proporciona la calidad de una vida sana y el bienestar. Por eso en Galicia y en España son necesarias medidas de prevención y de detección precoz, tanto en los mayores como en nuestros jóvenes y en la infancia; el desarrollo sano en la infancia es un factor de prevención de los problemas de salud mental en la edad adulta.

Desde el Congreso de los Diputados, en el marco de la soberanía nacional, donde habita el poder legislativo del Estado cuya función es legislar, valga la redundancia, se aprueban leyes que el poder ejecutivo gestiona para mejorar la vida de las personas. Leyes que parten de la escucha y del diagnóstico de situaciones problemáticas, para así conocerlas y poder aportar soluciones. En el caso que nos

ocupa, legislar para mejorar la salud de las personas. Esto es lo que entiendo por política.

La Constitución en su artículo 43 reconoce el derecho a la protección de la salud. Asigna a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Indica que ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Se busca con la **Carta Magna** combatir el sufrimiento que viven estas personas, que en ocasiones es tan grande que lleva incluso al suicidio, una realidad silenciada que se puede prevenir.

Ya en 2004, la mejora en la atención a la salud mental en España era uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad, y por este motivo a finales de ese año se tomó en consideración el proyecto de elaborar la Estrategia de salud mental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Es una buena noticia que el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, haya anunciado la creación de la especialidad de **Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia**, y la actualización de la **Estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud**, aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 11 de diciembre de 2006. El impacto de la COVID-19 hace imprescindible una revisión de la estrategia, que dará respuesta tanto

a necesidades que ya existían como a los nuevos retos que ha planteado la pandemia. La ministra Carolina Darias ha señalado que la atención y el cuidado de la salud mental es una tarea pendiente, que se ha visto agravada por la pandemia, por lo que el Ministerio seguirá trabajando en la actualización de la estrategia. Es un lienzo sobre el que a lo largo de los próximos años se plasmarán programas y acciones sobre salud mental por parte de las comunidades autónomas. Sin olvidar a los familiares que merecen atención y formación.

La política es una herramienta fundamental para mejorar la vida de las personas. El 15 de junio de 2020, al amparo del artículo 193 y siguientes del Reglamento del Congreso de los Diputados, el Grupo Parlamentario Socialista registró la Proposición no de Ley (PNL) **sobre salud mental de las personas como consecuencia del impacto de la COVID-19**, para su debate en la Comisión de Sanidad y Consumo. Con ella, se insta al Gobierno a actualizar la Estrategia de salud mental junto a las comunidades autónomas, con el fin de prevenir y evitar los efectos negativos generados por la pandemia tanto en la población general como en los profesionales sanitarios.

Según la exposición de motivos de la Proposición no de Ley: “el pasado 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud elevó a situación de pandemia

internacional la situación de emergencia sanitaria provocada por la COVID-19. En correlación a esta declaración, y ante la rápida propagación del virus en nuestro país, el Gobierno de España estableció, mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, medidas extraordinarias temporales en aras de proteger la salud y la seguridad de la población, contener la progresión de la enfermedad y reforzar el sistema de salud pública.

En la actualidad, la situación en nuestro país es de desescalada asimétrica de estas medidas, si bien la prudencia sobre un posible rebrote de la enfermedad aconseja diseñar medidas preventivas y reactivas para evitar su impacto, especialmente entre las personas y situaciones más vulnerables. Sin duda, entre las situaciones de vulnerabilidad a tomar en especial consideración se encuentra la salud mental de la población.

La Declaración Europea para la salud mental (Resolución EUR/RC55/R2), firmada en Helsinki en 2005 por los estados miembros de la región europea de la OMS, la Comisión Europea y el Consejo de Europa, reconoce la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales como objetivos fundamentales para la protección y la calidad de vida de toda la población. Mediante esta declaración los estados firmantes se comprometen a

reconocer la salud mental como una parte esencial de las políticas públicas.

En 2013, la OMS dio un nuevo impulso a la salud mental en los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, en tanto que estima que una persona de cada cuatro sufrirá un trastorno mental en el curso de su vida. Se calcula que se producen en torno a 800.000 muertes por causa de suicidio en todo el mundo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el suicidio es la segunda causa de muerte de entre 15 y 29 años y se proyecta que la depresión ocupará el primer lugar en la carga global de morbilidad en 2030.

El estatus social y la brecha por sexo están presentes en todos los indicadores de salud mental de la población adulta. Y no cabe duda que las problemáticas de salud mental merman las oportunidades de las personas afectadas para una igualdad real efectiva en el ejercicio de sus derechos al trabajo, la educación, y el bienestar físico, mental y emocional necesario para el desarrollo personal y colectivo.

Estudios avalan la evidencia de empeoramiento de la salud mental de la población en períodos de crisis económicas profundas, como la que se prevé viviremos en los próximos meses por impacto de la COVID-19, que, sin duda, también ha tenido efectos negativos en la salud mental de muchas personas bien por verse

afectadas directa o indirectamente por la enfermedad, bien por la gestión emocional de las medidas de aislamiento social necesarias para aislar o combatir el virus.

Sin duda, es necesario impulsar sin dilación la actualización de la Estrategia de salud mental en la que trabaja el Gobierno de España desde hace meses, como prioridad política y bajo los principios del respeto y autonomía sobre una base comunitaria, en corresponsabilidad con toda la sociedad”

La **Comisión de Sanidad y Consumo**, en su sesión del día 30 de septiembre de 2020, acordó aprobar con modificaciones la Proposición no de Ley sobre la salud mental de las personas como consecuencia del impacto de la COVID-19, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el “BOCG. Congreso de los Diputados”, serie D, núm 137, de 11 de septiembre de 2020, en los siguientes términos:

“El Congreso de los Diputados insta al Gobierno de España a impulsar:

1. Desde el texto vigente y las propuestas de revisión presentadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y en colaboración con las comunidades autónomas, sociedades científicas, profesionales y asociaciones de pacientes, la actualización de la

Estrategia de salud mental del referido Sistema Nacional de Salud como una prioridad política en materia de salud pública y garantía de bienestar, calidad de vida e igualdad de oportunidades en una sociedad justa e inclusiva.

2. En esta Estrategia se priorizarán, como líneas estratégicas, lo relativo a la prevención del suicidio desde la formación de profesionales públicos, la sensibilización, la concienciación y la mejora de la información a la población general a través de acciones de concienciación promovidas por instituciones públicas, medios de comunicación y entidades sociales dedicadas a la causa.

3. También se priorizarán la prevención, abordaje y detección precoz de los trastornos, y específicamente de las conductas suicidas desde la infancia y la adolescencia, mejorando el acceso y atención en los servicios sanitarios, con una orientación asistencial comunitaria y con la debida continuidad de los cuidados, en todos los rangos de edad, desde la infancia hasta la vejez, extendiendo al entorno familiar.

4. La Estrategia incluirá medidas

específicas para prevenir y evitar los efectos negativos que pudiera generar el impacto de la COVID-19 en la salud mental de las personas, bien sea como reacción al contexto de la enfermedad, bien por desencadenar algún trastorno en las personas vulnerables o bien descompensando procesos existentes previamente, tanto en la población general como en los profesionales sanitarios.”

El impulso y el fortalecimiento de la atención a la salud mental, a través de la prevención detección precoz y atención a la conducta suicida; la atención e intervención específicas para las familias, con especial énfasis en las personas cuidadoras principales; la actualización de la Estrategia de salud mental, es un compromiso del Gobierno. Una oportunidad en la que todas y todos debemos poner lo mejor de nosotros mismos, y así garantizar una vida sana y reconstruir el bienestar para todas las personas en todas las edades.

En septiembre de 2020, desde el poder legislativo, en el Congreso de los Diputados, la Comisión de Sanidad, impulsó la actualización de la Estrategia de salud mental porque el impacto de la covid en todos los aspectos de nuestras vidas, personal y comunitaria y de nuestros servicios de atención primaria exige una revisión y actualización de la Estrategia

Nacional de salud mental.

La Comisión de Derechos de la Infancia y Adolescencia, en su sesión del día 17 de marzo de 2021, aprobó la Proposición no de Ley sobre las medidas de protección de la salud mental en la infancia y la adolescencia, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista y publicada en el “BOCG. Congreso de los Diputados”, serie D, núm. 240, de 16 de marzo de 2021, en sus propios términos:

“El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Prestar especial atención a la población joven con problemas de salud mental y dotar los centros y unidades de salud mental, dentro del marco competencial, con los recursos necesarios y suficientes para su correcta atención.
2. Culminar, en línea con el apartado anterior, la creación de la especialidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
3. Coordinar una revisión del planteamiento de la atención a la salud mental de personas jóvenes en los servicios de salud públicos y abogar por la importancia de la atención psicoterapéutica a jóvenes y un uso adecuado de psicofármacos.

4. Seguir trabajando en la actualización de la Estrategia Nacional de salud mental del Sistema Nacional de Salud manteniendo como objetivos la inclusión de programas específicos de prevención en entornos familiares disfuncionales, la mejora de los recursos y servicios de atención a la infancia y adolescencia y la promoción del desarrollo y adecuada dotación de unidades especializadas en la detección y tratamiento temprano de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.”

Esta crisis nos ha mostrado las fortalezas y las debilidades de nuestro Sistema Nacional de Salud, dejando clara la necesidad de introducir reformas. Es indudable que los cambios que hoy sabemos que son necesarios en las medidas sanitarias que deberán tomarse a consecuencia de esta pandemia, o en otra crisis o catástrofe que nos puedan acontecer, han de contar con el máximo consenso político posible. Por ello, hace ya casi un año (en el verano de 2020) en el Congreso de los Diputados definimos un itinerario con prioridades en materia de Sanidad y Salud Pública, enmarcado en un amplio acuerdo en el seno de la **Comisión de Reconstrucción Económica y Social** de España. Con toda la información recibida, elaboramos la radiografía de la situación actual de nuestro sistema

sanitario público, para después plantear de qué manera podíamos fortalecerlo, estableciendo la carta de navegación que nos marca los retos y las prioridades de cara a nuestro Sistema Nacional de Salud. Es un valioso instrumento resultante de este acuerdo en sanidad, con el que daremos los pasos necesarios para responder a las nuevas realidades generadas tras la grave crisis en España

En las conclusiones de Sanidad y Salud Pública, en el tema de Atención Primaria y Salud destaca en la parte dedicada al impulso a los servicios de Atención Primaria y Comunitaria el punto: desarrollar adecuadamente **la salud mental comunitaria**.

Las cuentas públicas son la palanca más poderosa para afrontar los retos en materia de sanidad, y entre ellos el de la mejora de la salud mental, porque los **Presupuestos Generales del Estado** para el ejercicio 2021 aprobados en el Congreso de los Diputados, son la mejor forma de generar igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios públicos. Es especialmente importante con respecto a la ciudadanía más vulnerable, como la protección a las personas con problemas de salud mental; son unas cuentas que dotan de nuevo a nuestro Sistema Nacional de Salud de los recursos necesarios para que siga siendo referente mundial. Reflejan la apuesta por el presente y el futuro de la sanidad

pública, en la procura un estado de bienestar fuerte para garantizar la igualdad de oportunidades y la equidad social y territorial. Y contienen los principios y criterios establecidos en la **Ley General de Sanidad de 1986**.

Estos Presupuestos Generales del Estado son mayor dotación de la historia en políticas públicas de salud, pasan de 327 millones de euros a 3.421 millones. Multiplican por más de diez la dotación del Ministerio de Sanidad lo que significa un incremento del 946,8%. De este modo se refuerza el papel del Ministerio en beneficio de un sistema descentralizado de competencias. Porque es necesaria la cogobernanza con las Comunidades autónomas, que permite reforzar la cohesión, la equidad, la calidad, y la accesibilidad de nuestro sistema sanitario.

Y en estos Presupuestos Generales del Estado también se consignan partidas para atender los compromisos provenientes de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social de España, entre los que se encuentra desarrollar adecuadamente la salud mental Comunitaria; y la potenciación de la Atención Primaria. Los servicios de salud autonómicos recibirán 1.088 millones de euros para la implementación del Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria acordado por el Consejo Interterritorial. Desde el Gobierno de España se apoya, en

un escenario de coordinación, la cobertura de unas necesidades básicas, que deben ser abordadas desde las comunidades autónomas.

Son unas cuentas que están al lado de quienes más lo necesitan, porque permitirán avanzar en la recuperación de los derechos sanitarios e impulsar nuevamente nuestro estado de bienestar, reforzándolo para que sea un instrumento realmente eficaz a favor de la equidad y de la protección social. Son unos números que consolidan un sistema sanitario fortalecido ante la adversidad, público, equitativo, excelente, gratuito, y universal. Son los presupuestos que, si sumamos las partidas de otros ministerios, destinan alrededor de 7.330 millones de euros a sanidad.

Esto no es una sencilla declaración de intenciones, ni son palabras vacías; la actualización de la Estrategia de salud mental será una realidad ya que en los

Presupuestos Generales del Estado se contempla una partida dotada con 2,5 millones de euros. Se va a reforzar la promoción de la salud mental en la población, y la prevención de trastornos mentales. En palabras del presidente Sánchez pronunciadas en el Congreso de los Diputados: “la salud mental será un pilar integral en el nuevo Sistema Nacional de Salud”

La pandemia nos ha demostrado que es imprescindible proteger lo más básico de los derechos de toda la ciudadanía. Porque una sanidad pública, mejor y más fuerte es ahora un objetivo compartido con quienes gobernamos y con quienes puedan gobernar en el futuro.

El poder legislativo permite legislar para avanzar en visibilizar y afrontar el reto de plantar cara a una realidad silenciada que se puede prevenir, la enfermedad mental.

24. La salud mental en el contexto sanitario



Elvira Velasco Morillo

Graduada en Enfermería. Máster Universitario en Derecho Sanitario. Programa de Alta Dirección en Instituciones Sanitarias impartido por IESE Business School de la Universidad de Navarra. Portavoz del Partido Popular en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar y plenitud que permite que cada sujeto alcance su máximo desarrollo biológico y biográfico y no lo define como ausencia de trastorno psiquiátrico.

Muchos estaban siendo los estudios sobre cómo debe ser el progreso de la atención sanitaria en el remedio de la enfermedad y de la muerte, conduciendo a todos los humanos a una legítima aspiración de evitar también el sufrimiento.

De esta manera, las personas hospitalizadas no solo reclaman analgesia y comodidades, sino también bienestar y distracciones durante los días de estancia hospitalaria; en algunos entornos se habla de una mayor humanización de la asistencia sanitaria, porque cada día es más importante la opinión del usuario.

Hasta ahora conocíamos algoritmos como el propuesto por Goldberg y Huxley que nos permitía establecer predicciones sobre el número de personas que presentarían en el 2025 trastornos mentales tributarios de tratamiento psiquiátrico especializado, y en España ya se preveía un importante ascenso por el incremento de la población migratoria que hacen que cambie la demanda sanitaria, estamos hablando de estudios que calculaban las necesidades para abordar la salud mental dependiendo de muchas contingencias.

Y eran claras las intervenciones destinadas a promover la salud mental: de prevención (general o selectiva), de tratamiento (que incluye la identificación de casos psiquiátricos y la aplicación de los protocolos específicos) y de mantenimiento (cumplimiento terapéutico y programas de rehabilitación), y esto tiene lugar desde diversos dispositivos de atención como son los centros, unidades y equipos de salud mental, las urgencias psiquiátricas, requiriendo bien hospitalización de agudos, hospitalización parcial, hospitalización de subagudos o unidades de media estancia, unidades de larga estancia, alternativas residenciales (pisos supervisados y tutelados), unidades de rehabilitación terapéutica, centros de rehabilitación psicosocial o unidades psico-geriátrica.

La distribución en todos estos dispositivos de Salud Mental en España es muy variopinta en función de la Comunidad Autónoma de la que se trate.

Desde la Ley General de Sanidad de 1986, en España es obligatorio que la hospitalización de agudos tenga lugar en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales y no en los hospitales psiquiátricos; esta misma Ley adjudicó la responsabilidad de organizar la atención a la salud mental a las distintas Comunidades Autónomas.

Posteriormente, con la Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de

Salud, todas las Comunidades Autónomas elaboraron su Plan de Salud Mental y en el marco de la Unión Europea, en la Conferencia de Helsinki (2005) se suscribió la Declaración Europea de Salud Mental, donde se considera a 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 la 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 el entorno familiar.

Se han definido diferentes Estrategias de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud a lo largo de los años. En el año 2018 se publicó la evaluación de un modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España, cuyas conclusiones más importantes en la implantación de un modelo comunitario definido en 2014 se relacionaron con la ausencia de una perspectiva de salud pública y la ralentización del desarrollo de equipos, servicios y redes de servicios de orientación comunitaria.

Me gustaría resaltar que todos los ciudadanos podemos requerir los servicios de atención psiquiátrica en un determinado momento de nuestras vidas, todos somos pacientes psiquiátricos potenciales; es por ello que los gestores sanitarios tienen que pensar en la estructura y funcionamiento de los dispositivos de atención psiquiátrica, porque la demanda de esta atención ha ido creciendo en el transcurso de los últimos 20 años y podemos decir que se pueden agrupar en tres grandes categorías:

a) Los problemas emocionales y las reacciones readaptativas.

b) Las alteraciones del aparato psíquico secundarias a un funcionamiento nervioso-central anómalo, y

c) Las alteraciones o trastorno psíquicos debido a patologías orgánicas o enfermedades médico-quirúrgicas.

Abordar estos problemas conlleva trabajar por una buena salud mental como componente integral de la salud y el bienestar de la población y que contribuye al funcionamiento de las personas, familias, comunidades y a la prosperidad social y económica de la sociedad, como así se define en el Plan de Acción sobre salud mental (2013-2020) de la Organización Mundial de la Salud.

La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación.

Es por ello por lo que el modelo de asistencia sanitaria ha de orientarse hacia la mejor atención a las personas y sus familias situándoles en el centro del proceso.

Tanto los equipos interdisciplinarios como los diversos servicios, y desde los distintos niveles o dispositivos de atención, han de articularse en torno a sus necesidades en materia de salud mental.

Teniendo presente la máxima de que no hay salud sin salud mental, idea ya reflejada en la Declaración de Helsinki de la Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental de 2005, en el marco del Sistema Nacional de Salud adquiere especial relevancia la Atención Primaria de Salud en coordinación con los servicios de atención especializada de salud mental y con los servicios sociales.

El trabajo de los equipos de Atención Primaria resulta fundamental para promover la salud mental, atender procesos psicosociales de la vida cotidiana que influyan en la salud de las personas, disminuir el estigma, así como la detección e intervención precoz ante la aparición de

factores de riesgo o síntomas asociados a problemas de salud mental.

La consulta individual, las intervenciones grupales y el fomento de la ayuda mutua son instrumentos para la atención y el cuidado con la comunidad esenciales, la participación comunitaria, el asociacionismo y los grupos de ayuda mutua.

Ante procesos de salud de mayor complejidad, la interconsulta y enlace con la atención especializada de salud mental se considera un instrumento de gran eficacia, además la coordinación asistencial entre los diferentes profesionales redunda positivamente en la calidad asistencial y los resultados en salud.

Con respecto a los profesionales sanitarios que prestan la asistencia (médico especialista en psiquiatría, psicólogos clínicos, enfermera especialista en salud mental), requieren de una formación sanitaria especializada, reconocida a nivel internacional y la acreditación de las unidades docentes ha de responder a las necesidades formativas reales y actualizadas de los profesionales para así adquirir las competencias para el manejo de personas con sintomatología crónica, problemas de salud mental grave o dar respuesta a los cambios sociales y necesidades emergentes de la salud mental.

Es necesario valorar cual es la verdadera necesidad de oferta de plazas de Formación Sanitaria Especializada para dar cobertura a la atención de salud mental que se requiere para todos los dispositivos porque en la convocatoria 2020/2021 se han ofertado 288 plazas de médico especialista en psiquiatría, 198 plazas de psicólogo clínico y 255 plazas para EIR Salud Mental a las que se sumarán en próximas convocatorias las plazas de psiquiatría infanto-juvenil especialidad recientemente aprobada.

Existen diferentes estudios que indicaban una clara necesidad de incrementar el número de los profesionales anteriormente mencionados para un buen desarrollo de las guías de práctica clínica, donde se recomienda en la mayor parte de los tratamientos la combinación de medidas psicofarmacológicas, psicológicas y de rehabilitación con la participación coordinada de psiquiatras, psicólogos y enfermeras especialistas en salud mental.

La situación que venía acarreado la atención a la salud mental se ha visto terriblemente afectada por la pandemia de la COVID-19, que ha agudizado muchas de las carencias que venía arrastrando el Sistema Nacional de Salud que ha vivido su peor crisis desde su creación y cuya capacidad asistencial, conformada por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, se vio en los peores momentos de la pandemia superada, incrementándose

las debilidades y deficiencias del sistema sanitario, destacando la fragilidad de la Atención Primaria, de los servicios de urgencias hospitalarias, las listas de espera y la insuficiente atención pública a la salud mental, situación reflejada en el informe anual 2020 del Defensor del Pueblo.

Desde el Congreso de los Diputados se trabajó en los meses de junio y julio de 2020 en una Comisión de Reconstrucción Social y Económica, donde la sanidad fue uno de los cuatro pilares que se abordaron, llegando a un dictamen con una serie de conclusiones entre las que se incluyó:

- Desarrollar adecuadamente la salud mental comunitaria.
- Impulsar la aprobación de una nueva Estrategia Nacional de Salud Mental, que incremente significativamente la inversión, configure un verdadero sistema integral de atención, combata la estigmatización y garantice los derechos de las personas con problemas de salud mental, con un enfoque de género y derechos humanos, que aborde:
 - La aprobación de un Plan Estratégico de Prevención del suicidio, que implique la adopción de un Código de Riesgo de Suicidio en todos los centros de salud.

- La detección precoz y la atención temprana de posibles trastornos cognitivos o de desarrollo en la población infantil, incluidos los Trastornos del Especto Autista (TEA), los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), la dislexia o los trastornos de tipo alimenticio, entre otros.

- Los medios para asistencia social integral de las personas con problemas de salud mental y de sus familiares, incluidos todos aquellos dirigidos a promover su participación mediante grupos de autoayuda, escuelas de salud o intervenciones comunitarias para la prevención de la soledad no deseada.

Me gustaría destacar que para el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados la salud mental requiere de una atención prioritaria en la agenda del Gobierno, para desarrollar las conclusiones aprobadas en el dictamen de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica.

Con la pandemia la salud mental de la población se ha visto mermada y es urgente elaborar un Plan Integral de Salud Mental, porque la actual situación, con casi 5 millones de casos de COVID-19 confirmados en España, con importantes efectos sanitarios, sociales, económicos, laborales y personales, que afectan a la salud mental, tanto de aquellas personas que ya tenían un problema de salud previo, como en aquellas que se encuentran en riesgo de desarrollarlo, hace que sea urgente aumentar los recursos públicos destinados a la atención de la salud mental y por supuesto, es importante contemplar a los profesionales sanitarios que van a ser necesarios para dar cobertura a la demanda de atención generada.

Por último, hay que destacar que para llevar a cabo un Plan Integral es preciso contar con las Comunidades Autónomas, con las Sociedades Científicas, con los profesionales sanitarios y con las asociaciones de pacientes. Solo con el compromiso y el trabajo de todos se lograrán alcanzar las medidas para dar la mejor atención de salud mental que requiere la población a atender.

25. Legislar para avanzar



Ruth Goñi Sarries

Navarra, mayo de 1975. Estudios superiores, Licenciada Empresariales Europeas (École Supérieure de Commerce de Bordeaux ESC en Francia y Cámara de Comercio e Industria de Madrid, EBP España). Ha trabajado en la empresa privada más de 15 años. Senadora en la XIII y XIV legislatura. Involucrada personal y profesionalmente en la salud mental española.

En España, estamos acostumbrados a que el Gobierno de turno, sea del color que sea, llegue tarde a situaciones críticas o complicadas. La difícil situación que ha vivido la Salud Mental en España durante la crisis sanitaria provocada por la pandemia del Coronavirus SARS-CoV-2 no fue una excepción. Incluso puso en evidencia la falta de una política real y más necesaria que nunca para abordar este problema. Ningún Gobierno ha sabido o ha querido darle a la salud mental el papel relevante y básico que tiene en la salud general de la ciudadanía.

Sin embargo, y a pesar de estar acostumbrados a reaccionar a destiempo, nos encontramos frente a una situación a la que sí podemos llegar a tiempo, para variar. La Covid-19 evidenció que los problemas derivados en la salud mental son una ola invisible, silenciosa. Una ola que deberíamos evitar que nos arrase en esta y en crisis posteriores. Se trata del impacto de la pandemia en la salud mental de los ciudadanos. Porque el coronavirus también se llevó por delante la salud mental. Esta ola invisible afectó especialmente a los niños, a las personas en tratamiento, a los mayores y a las familias socioeconómicamente vulnerables.

La prevención y el tratamiento adecuado de la salud mental en España ya era una asignatura pendiente antes de la pandemia. No se consideraba como una prioridad

en el Sistema de Salud. La situación de emergencia sanitaria provocada por la Covid-19 no hizo más que añadir una dificultad más a esta área infravalorada históricamente por las políticas sanitarias de este país.

La pandemia provocó un incremento de la demanda de servicios de salud mental. El duelo, el aislamiento, la pérdida de ingresos y el miedo generaron trastornos en personas que antes no padecían nada relacionado con la salud mental o agravaron los trastornos de carácter psicológico o psiquiátrico que se daban previamente. Muchas personas aumentaron su consumo de alcohol o drogas y sufrieron crecientes problemas de insomnio y ansiedad.

“Una buena salud mental es absolutamente fundamental para la salud y el bienestar en general”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud¹. Añadió que “la COVID-19 ha venido a interrumpir la atención prestada por los servicios de salud mental esenciales de todo el mundo justo cuando más se los necesitaba. Los dirigentes mundiales deben actuar con rapidez y determinación para invertir más en programas de salud mental que salven vidas, mientras dure la pandemia y con posterioridad a ella”.

Por ello, cuando se dé una situación como la vivida en los años 2020 y 2021,

a corto plazo deberemos centrarnos en el tratamiento y el apoyo a las personas que lo están pasando peor o tienen mayor vulnerabilidad. Pero a medio y largo plazo, para reforzar la lucha contra los daños que provocan crisis como la del coronavirus, deberemos trabajar en la prevención, en garantizar el acceso a profesionales de la salud mental y en dar la información necesaria para eliminar tabúes y prejuicios.

La pandemia nos sorprendió a todos en marzo de 2020 y fue entonces cuando los ciudadanos tuvimos que empezar a ensayar otra forma de relacionarnos, de convivir; una triste realidad para la que no estábamos preparados. Si la ansiedad o el estrés ya eran de lo más frecuente, desde que comenzó la pandemia los "desajustes" en la vida diaria hicieron que se incrementasen aún más los casos de estas patologías que no deben minusvalorarse porque pueden cronificarse y conllevar sufrimiento².

Las cifras confirmaron el impacto de la pandemia sobre la salud mental.

Un metanálisis realizado por investigadores canadienses mostró un aumento en la prevalencia de depresión, ansiedad y trastorno por estrés postraumático a raíz de la crisis por la covid-19. Este metanálisis publicado en la revista científica *Psychiatry Research*, está basado en los datos de 55 estudios internacionales con más de 190.000 participantes, realizados entre enero y mayo³.

“No se observaron diferencias significativas por género o región geográfica; tampoco entre la población en general y los trabajadores de la sanidad, salvo en el caso del insomnio”, indicaba el análisis.

Esta ola invisible, evidenciada durante la pandemia y de la que apenas se habló, impacta en numerosos ciudadanos de forma directa e indirectamente en el conjunto de la sociedad. La crisis sanitaria padecida a nivel mundial en 2020 y 2021 confirmó la obligación de trabajar con anticipación y de forma preventiva para ayudar en las futuras crisis que vendrán. No podemos esperar a vernos inmersos en una situación similar y reaccionar a posteriori. Si lo hacemos, las consecuencias serán, además, muy duras y muy extensas en el tiempo, con un coste personal, social y económico altísimo.

Paso a detallar aquellos colectivos que se vieron más afectados durante la pandemia del Coronavirus Covid-19:

Personas en tratamiento

El **Dr. Eduard Vieta**, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Clínic, y el **Dr. Miquel Bernardo**, consultor sénior de la Unidad de Esquizofrenia, realizaron un estudio longitudinal planteado para evaluar el impacto del confinamiento y la pandemia COVID-19 en personas con o sin un trastorno mental. Dicho estudio publicado

en la revista *Journal of Affective Disorders*⁴, realizado por Investigadores del Clínic-IDIBAPS y del CIBERSAM, concluye que las personas con un trastorno mental suelen presentar mayores dificultades para afrontar situaciones estresantes, como es el caso de la pandemia de la COVID-19.

Según las conclusiones de este estudio, las personas sanas utilizaron más estrategias de afrontamiento saludables para lidiar con la situación comparado con las personas diagnosticadas con un trastorno psiquiátrico. Reportaron menor sintomatología ansiosa y depresiva y menos cambios en la calidad del sueño y en el consumo de tabaco.

Además, las personas con trastornos de ansiedad y/o depresión afrontaron peor la situación de pandemia comparado con aquellas con un trastorno mental severo como el trastorno bipolar o la esquizofrenia.

La evidencia científica señala que las personas con un trastorno mental presentan mayores dificultades para afrontar situaciones estresantes, como la vivida durante la pandemia, e incrementa, en consecuencia, el riesgo de recaída.

Este tipo de estudios resultaron un primer paso para ayudarnos a comprender qué poblaciones podían necesitar intervenciones psicoterapéuticas específicas para hacer frente a situaciones estresantes.

Eduard Vieta, incidió en que “la pandemia ha puesto en relieve la precariedad estructural de nuestro sistema sanitario. Su impacto en la salud mental, tanto de la población general como de las personas que ya sufrían algún tipo de problema de salud mental, está siendo enorme y va a crecer todavía más”.

Según los estudios llevados a cabo por el Centro de Investigación Biomédica en Red, CIBERSAM (del que el doctor Vieta es director científico), revelaron que, durante el confinamiento, un 65% de los españoles manifestaron síntomas de ansiedad y cuadros depresivos, en la mayoría de los casos de carácter leve. Este estudio publicado por la revista *Journal of Affective Disorders*⁵ se hizo mediante encuestas en línea a través del Hospital Clínic a más de 5.000 personas.

En crisis como la vivida se encuentran peor aquellos pacientes que ya tenían una patología mental antes de la pandemia. Si esta situación dura meses o años, como ocurrió con la Covid-19, los casos pueden aumentar de forma exponencial debido a que el problema radica en que no se está teniendo en cuenta como una prioridad.

Está demostrado que por cada euro que se invierta en la prevención de la salud mental de la población, retornan dieciocho.⁶

Familias socioeconómicamente vulnerables.

La preocupación por nuestras finanzas es el motivo que más estrés genera, un 40% según un estudio de Cigna⁷. También explicaron que el 79% de los españoles afirmaba estar estresado, 15 puntos más respecto a los datos obtenidos durante los meses de confinamiento. Los problemas laborales, la posibilidad de quedarse sin trabajo generan ansiedad, depresiones y tendencias suicidas, eso siempre pasa en momentos de crisis económica. Hay que sostener el sistema laboral, sí, pero también podemos prevenir muchos escenarios de trastornos a través de la salud mental.

Los grupos más vulnerables son las mujeres, la población infantil, los migrantes o las personas sin hogar. En el caso de las personas sin hogar (30.000 en España, según el Instituto Nacional de Estadística) el 50% tiene un problema de salud mental. La pandemia situó al colectivo en una situación de extrema vulnerabilidad.

Según un estudio de AXA⁸, nueve de cada diez españoles declaró haber sufrido estrés en 2020, principalmente por motivos ligados al coronavirus. Con más de 6.000 entrevistas realizadas en España, Italia, Francia, Reino Unido, Alemania, Suiza y Bélgica para analizar el impacto emocional de la crisis sanitaria, ese estudio europeo

impulsado por la Fundación AXA revela que los españoles son los europeos que más problemas tienen de salud mental a causa de la pandemia: Un 34% de los españoles reconoce sentirse mal o muy mal, la mayor tasa de la muestra internacional, mientras que sólo un 20% afirma que su estado de ánimo es bueno, el menor porcentaje de todo el estudio. Todo ello impactó en la salud de la población, aumentando el número de personas con problemas de sueño (51,5%), ansiedad (50%), irritabilidad o ira (50,9%) e incluso aquellas que comen más por culpa del estrés (28,10%).

Las mujeres y las generaciones Z (entre los años 1994 y 2010) y *millennial* (entre los años 1981 y 1993), lo pasaron peor que los demás.

Los jóvenes son un colectivo muy vulnerable por su situación de paro y sus escasas perspectivas de futuro. Su situación antes de la pandemia no era buena, ya éramos campeones en paro juvenil en España, pero con la crisis se agravó todavía más. Los jóvenes mostraban un 41% de paro a finales del año 2020, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

De los *millennials* a los miembros de la generación Z, el desempleo, la precariedad laboral o la imposibilidad de hacer planes de futuro, afectaban ya a un sector de población en crisis permanente.

La temporalidad y los sueldos bajos han forjado en gran medida el carácter de una generación que ya se conforma con poco, ser mileurista es tener muchísima suerte.

Son muy conscientes de que su futuro es negro. Esto impacta de lleno en su salud mental y ahí podemos intervenir de forma terapéutica y preventiva.

Niños

Debemos trabajar ya con los niños y su salud mental. La situación generada por la pandemia fue nueva para ellos en mayor grado que para los adultos. No habían vivido otras situaciones de crisis sanitarias, y cambiaron determinados hábitos que marcarán su vida de adultos. Se detectaron situaciones totalmente relacionadas con la pandemia que requieren de atención inmediata por parte de psicólogos y médicos y así lo solicitaron los padres. Me refiero a:

- Problemas de conducta alimenticia. Aumentaron las consultas en niños que cambiaron los hábitos alimenticios en el confinamiento. Hay que dotar de medios técnicos y humanos a los centros de salud, donde la atención es más rápida y directa, para que puedan atender este tipo de consultas de forma eficaz. Si no lo hacemos a tiempo, esto deriva en una enfermedad grave y puede

acabar muy mal. Atendamos la alarma porque ya está encendida.

- La pandemia descubrió un motivo nuevo de consultas. Hay muchos niños que no quieren ir al colegio y los padres no saben cómo gestionarlo. ¿Qué ha pasado? El confinamiento mostró una forma de vivir nueva, una relación personal nueva a diario en el hogar todos juntos y protegidos. Salir al colegio implicaba afrontar situaciones que pueden no ser tan fáciles como quedarse en casa, a refugio. Esto no había pasado nunca, no habían podido comparar esos entornos de esta manera. Hay que darles herramientas para valorar esa libertad personal bien empleada y hay que ayudar a los padres. Esto, que puede parecer una situación puntual, puede enquistarse si, como sucedió durante la pandemia, la crisis se alarga en el tiempo.

Los niños perdieron el año 2020 y la situación no se normalizó durante 2021 con confinamientos temporales. Son dos años perdidos en una edad importantísima, que condicionarán su vida adulta. Las personas somos mucho más fuertes de lo que pensamos. También los niños. Démosles herramientas para que estos dos años no sean más que un paréntesis en su vida.

Los mayores

Son un colectivo vulnerable en salud mental por la soledad no deseada que ya padecían y posteriormente acuciados por la Covid19. Pero, hablando del impacto de la pandemia en la salud mental, son un colectivo vulnerable porque les costará mucho readaptarse a la normalidad, después de todo esto que están viviendo. Y no podemos dejarlos atrás una vez más. Sería intolerable. Hay que conseguir que socialicen con tranquilidad cuando ya se pueda hacer. Tenemos que luchar contra esa soledad no deseada que ya arrastramos desde hace demasiados años. Y esto tenemos que hacerlo de *motu proprio* porque ya conocemos a esa generación. Nuestros mayores no piden ayuda, ellos aguantan, son duros y son los que más nos han ayudado siempre. Ayudémosles a aguantar, a levantarse esta vez e implantemos medidas eficaces para sus problemas reales, como la soledad no deseada. Hay que reforzar los Servicios Sociales, bien a través de la contratación de más personal o la incentivación del voluntariado para que los mayores encuentren un apoyo social efectivo en las instituciones que les ahorre el sufrimiento silencioso de la soledad.

Consumo de ansiolíticos y psicofármacos

Su consumo se disparó durante la crisis

pandémica. Ya teníamos un consumo alto, España era el segundo país europeo de mayor consumo de ansiolíticos, el cuarto en antidepresivos y el sexto en hipnóticos y sedantes, pero con el confinamiento y posteriores restricciones de movimiento, literalmente, se disparó un 20%⁹. Algo estamos haciendo muy mal y, además, nadie lo dice ni lo denuncia.

Debido a la pandemia, hubo un gran aumento de las ventas de psicofármacos y de aquellos medicamentos que no exigen receta al igual que del consumo de alcohol y de otros fármacos.

Previo a la COVID-19, el 10,7% del total de la población española consumía tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir y el 5,6% de la población tomaba antidepresivos, o estimulantes.

Con la pandemia se registró un aumento del 20%. Un tercio de las personas que ya consumían, aumentaron la dosis, o pasaron a un medicamento más fuerte. Además, en este caso, sí se dieron diferencias de género y clase en ese aumento, afectando particularmente a las mujeres. El estudio “Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del Covid-19”¹⁰ indica que las mujeres consumieron más, por el tipo de trabajo que realizan, profesiones vinculadas con los cuidados: el 51,1% de los médicos son mujeres; el 85,1% del personal de enfermería son mujeres; el

70% de quienes trabajan en farmacias son mujeres; el 90% de quienes limpian en empresas, hoteles y hogares son mujeres y más del 85% de quienes atienden las cajas en los supermercados son mujeres. Además, las mujeres siguen soportando la carga de la inmensa mayoría de las responsabilidades del hogar y del cuidado de hijos y familiares.

El consumo total de tranquilizantes, sedantes, o somníferos fue superior en mujeres (27,4% mujeres – 15,9% hombres), así como el porcentaje de nuevos consumidores (15,4% mujeres – 8,8% hombres).

Los tiempos difíciles que vivimos y los que vienen van a afectar a la salud mental de toda la población, generando problemas o agravando los ya existentes. Y a esto se suman los suicidios, que aún no hemos enfrentado con un plan nacional de prevención. Por favor, debemos trabajar todos juntos desde ahora mismo para cuidar la salud de todos los ciudadanos desde políticas transversales que impliquen tanto a las áreas sanitarias como a las sociales. No sólo mejorará la calidad de vida durante las circunstancias pandémicas, y a futuro, sino que ahorrará sufrimiento y, por qué no decirlo, costes en ese futuro.

El suicidio

En España aún no hemos abordado el suicidio con seriedad, tarea pendiente que ya era urgente antes de la pandemia. Según la OMS¹¹, más de 800.000 personas se suicidan al año en el mundo. Una cada cuarenta segundos. En España la cifra es de 10 personas al día. Los fallecimientos por suicidio duplican a los accidentes de tráfico. Es la primera causa de muerte no natural en España desde hace doce años. Y es la segunda causa de defunción entre personas de 15 a 29 años.

Además, hay que tener en cuenta que cada suicidio afecta, íntima y profundamente, al menos a 6 personas alrededor del fallecido, según la OMS. Y a cada culminación de un suicidio se atribuyen, al menos, diez intentos, con el tiempo de padecimiento que suponen tanto para el paciente como para su familia.

Sin embargo, a pesar de la tragedia que suponen los suicidios, tanto las instituciones como los medios de comunicación mantienen una política de tabú, por el miedo a que despierte un efecto de imitación. Tenemos el deber, como sociedad, de darle voz a esta realidad silenciada. Cada suicidio nos viene a hablar de que hay asignaturas pendientes en esta sociedad.

Hablar del suicidio es la mejor herramienta

para combatirlo. El suicidio, es el mayor fracaso social y para combatirlo es necesario:

- Visibilizar las numerosas causas del suicidio,
- Conocer cuáles son las necesidades y las soluciones a nivel social e institucional.

Dentro de esta estrategia, es un elemento fundamental un Plan Nacional para la Prevención del Suicidio, que debería contemplar la implantación de un servicio telefónico de atención al riesgo suicida, de carácter público y gratuito, evitando así iniciativas que carezcan de control o de atención profesional.

Hay que entender que el suicidio es una mala decisión no tomada de forma sana, dentro del contexto terapéutico, y sobre la cual, previamente se debe trabajar y abordar. Es un problema de salud pública y los datos han llevado a concienciar e investigar sobre ello con el fin de salvar vidas.

Es muy importante el papel de la primera persona y los medios de comunicación. Se insta a los medios a jugar un papel protagonista y que hablen de salud mental, de manera que sirvan de referente a las personas con un trastorno mental. Hay que entrar en casa de esas personas y la única

manera son los medios de comunicación. Porque hay mucha gente que no va a pedir ayuda, no pueden hacer esfuerzos de moverse o de llamar cuando están pensando en suicidarse, por lo que hay que llevarles esa ayuda.

El mensaje es claro: Hay que romper el silencio y hablar del suicidio para que deje de ser un problema oculto y así tratarlo como lo que es, un grave problema de Salud Pública.

Hay que derribar mitos sobre este problema de salud, hay que derribar mitos sobre el suicidio. Para conseguirlo, los medios de comunicación y las actividades culturales son fundamentales (películas, documentales, etc). Por ejemplo, hay que explicar que es falso que “los intentos de suicidio son una llamada de atención”, la realidad es que un intento de suicidio es una manifestación del sufrimiento y la desesperación que sufre una persona. O ese otro mito que todos conocemos “la persona que realmente quiere acabar con su vida no avisa”; falso, muchas personas avisan de alguna forma a su entorno acerca de sus intenciones. Hay que educar también a la sociedad para que seamos capaces de detectar esos avisos y actuar cuanto antes.

La publicación de información adecuada y responsable por parte de los medios es fundamental y puede ayudar a prevenir el suicidio. Porque el suicidio se puede

prevenir. Es fundamental la detección temprana y poder disponer de los recursos profesionales y espacios adecuados. Organismos internacionales como la OMS animan a tratar este tema en los medios de comunicación, siempre de forma responsable y adecuada, como medida de prevención.

La prevención pasa por poner en marcha intervenciones eficaces, pero hasta el momento este tema no se ha abordado adecuadamente debido a la falta de sensibilización acerca de este problema de Salud Pública de primer orden.

Si de un problema no se habla, lo único que vamos a conseguir es que se perpetúe, cuando no que se amplíe.

Hay que trasladar a la población que quien piensa en el suicidio está sufriendo por una situación a la que no encuentra otra solución. Si se le ayuda, tiene posibilidad de recuperarse, sentirse mejor, y disponer de las alternativas que el padecimiento tapa.

La salud mental se ha enfrentado tradicionalmente al estigma, al tabú y a la infrafinanciación. Los servicios de salud mental no contaban con los recursos humanos, ni financieros necesarios para hacer su labor y ahora mucho menos para el reto que se avecina.

El deterioro de la salud mental es una de las principales consecuencias de la pandemia, y el ejemplo de que, un problema de salud pública y la falta de prevención, puede acarrear otro gran problema.

El cuidado de la salud mental no es algo que afecte sólo a unos pocos. Los expertos estiman, según un estudio de la Confederación salud mental España¹² que en torno a un 46% de la población española manifestó un aumento de su malestar psicológico durante el confinamiento, y los hechos apuntan a ello. Según los datos de consumo de fármacos y medicamentos, el consumo de psicofármacos aumentó durante la pandemia, llegando a incrementarse en un 15,4% en el caso de las mujeres. Yendo un paso más allá, los pensamientos suicidas se incrementaron entre un 8% y un 10%, especialmente en personas jóvenes. Nos vimos avocados, por tanto, a una ola silenciosa que afecta de forma especialmente negativa a las mujeres y los jóvenes.

Invertir en prevención y detección temprana debe ser el pilar fundamental de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Es una opción coste-eficiente, puesto que cada euro invertido en prevención y detección temprana ahorra entre cuatro y siete euros en atención sanitaria intensiva u hospitalaria¹³. Además, invertir en prevención y detección temprana permite

reducir el riesgo de sufrir patologías, también en salud mental, y permite diagnósticos más rápidos que mejoran el bienestar de los pacientes.

En el corto plazo, la prioridad es la salud mental de las personas que ya estaban en tratamiento o bajo atención psicológica antes de la pandemia y de los profesionales sanitarios. En el medio plazo, prevenir y acompañar especialmente a grupos de población vulnerables a trastornos de salud mental, como niños, adolescentes, mujeres o mayores y personas con discapacidad.

Estas serían las medidas legislativas que, en mi opinión, serían necesarias incorporar a un Plan nacional de salud mental:

- *Información:* Medidas para mejorar la concienciación y el entendimiento de la salud mental y de sus trastornos en toda la sociedad, para eliminar tabúes, estigmas y miedos a la hora de buscar ayuda psicológica o de recurrir a especialistas en salud mental. Habría que apostar por la colaboración con figuras de referencia, especialmente para niños y adolescentes, como deportistas, artistas, personas del mundo del entretenimiento...

- *Prevención:* La elaboración de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio, con especial atención

a niños y adolescentes y a personas mayores solas. Elaboración de una Estrategia Nacional de Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, con acciones en centros escolares, deportivos y con campañas de concienciación y asistencia en redes sociales. Propongo apostar por la educación en salud para asegurar un consumo responsable de fármacos que evite adicciones y prevenga nuevas posibles patologías derivadas de un consumo excesivo de estos medicamentos.

- *Atención:* Mejorar la ratio de psicólogos en España, algo que varios partidos políticos proponen desde hace años pero que no se aborda con seriedad aún. El momento para debatir y conseguirlo es ahora. La ratio actual es de 4,3 por cada 100.000 habitantes, mientras que la media europea es de 18 profesionales por cada 100.000, según el Defensor de Pueblo¹⁴. Se necesitarían 7.200 profesionales de psicología más para alcanzar la media europea y mejorar la red de atención psicológica.

Además, hay que incorporar progresivamente esta atención a la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud para facilitar que sus efectos lleguen a todos los ciudadanos, y, al mismo tiempo, sirva de concienciación social.

- *Especialización:* nuestros profesionales de psicología y psiquiatría hacen todo lo posible por ofrecer una atención a la salud mental de primera calidad, pero los recursos con los que cuentan no suelen ser suficientes. El reconocimiento a su labor tampoco existe aún, por desgracia, en lo relativo especialmente al tratamiento de niños y adolescentes. Por ello, proponía el reconocimiento de la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, como lleva años reclamando la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP)¹⁵. El 3 de agosto de 2021 el Consejo de Ministros dio luz verde a la creación del título de especialidad en Ciencias de la Salud, la Psiquiatría infantil y de la adolescencia. Espero que sean rápidos y eficaces en su implementación. También habría que llevar esa especialización a centros escolares para que orientadores y otros profesionales puedan detectar indicios de posibles trastornos de salud mental en jóvenes en sus fases más iniciales.

Sería importante y necesario también, vincularlo a la Historia Clínica Digital para que cualquier facultativo y cualquier farmacéutico en cualquier lugar de España pueda acceder a la información sobre

atención psicológica y salud mental de su paciente, sin importar si este paciente está en su lugar de residencia o visitando a algún familiar.

Considero que son propuestas muy razonables y con las que cualquier ciudadano puede estar de acuerdo.

La situación de pandemia nos ha cambiado la vida a todos. Sabemos que la salud mental estaba un poco abandonada dentro del Sistema de Salud español. Se trata de esa área que ignoraban los políticos y las instituciones porque otras áreas eran más fáciles de defender. Esa área que ignoraba al ciudadano de a pie por la estigmatización que conlleva decir o explicar que alguien padece una enfermedad mental. La pandemia cambió estas realidades. Ahora podemos y debemos hablar con claridad y rotundidad sobre salud mental. Debemos aprovechar esa mala circunstancia que nos brindó la pandemia (como he mencionado anteriormente, el 65% de la población vio comprometida ya su salud mental) para trabajar, como muchos han hecho hasta ahora, con más fuerza y exigencia. Demos por fin a la salud mental el lugar que le corresponde. Y los medios, el apoyo que necesita. Es una buena ocasión para dejar los colores políticos a un lado y hacer lo correcto para toda la población. Estamos a tiempo de parar esta ola silenciosa.

Referencias

1. **Nota de prensa Organización Mundial de la Salud**, “Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS (who.int)”, Ginebra (Suiza), 5 octubre 2020.
2. **Jornada de Prevención del Suicidio durante la Covid-19 organizada por la Asociación Panamericana de la Salud**. FacebookLive, 10 septiembre, 2020
3. **Jude Mary Cénat, et al.** “Prevalence of symptoms of depression, anxiety, insomnia, posttraumatic stress disorder, and psychological distress among populations affected by the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis”, Psychiatry Research, Volume 295, January 2021.
4. **Solé B, et al.** Affect Disord”. Journal of Affective Disorders, 2020 November 24.
5. **Fullana MA, Hidalgo-Mazzei D, Vieta E, Radua J.** Coping behaviors associated with decreased anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic and lockdown. J Affect Disord. Journal of Affective Disorders, 2020 July 2.
6. **Miquel Bernardo**, XXII Congreso Nacional de Psiquiatría, Bilbao, diciembre 2019. Redacción Médica: Por cada euro invertido en salud mental el SNS se ahorra 18 (redaccionmedica.com)
7. **Cigna International Markets**, estudio “Cigna Covid-19 Global Impact”, como parte del “360º Well-Being Survey 2020”. Junio 2020. Cigna presenta los primeros resultados del estudio Cigna COVID-19 Global Impact | Cigna
8. **HealthCanada**. A report on mental illness. 2002; Available from: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index-eng.php>
9. **Laura Jiménez y Eduardo Brik**, ITAD Instituto de Formación y Terapia Familiar. Octubre 2020. Incremento del Consumo Psicofármacos en España debido al COVID-19 (itadsistemica.com)
10. **Salas-Nicás S, Llorens-Serrano C, Navarro A, Moncada S.** Condiciones de trabajo, inseguridad y salud en el contexto del COVID-19: estudio de la población asalariada de encuesta COTS. Barcelona: UAB, ISTAS-CCOO; 2020.
11. **Informe Organización Mundial de la Salud (OMS)**, septiembre 2019. Suicidio (who.int)

12. Confederación Salud Mental España. Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia. Confed Salud Ment España. 2021.

13. XXII Congreso Nacional de Psiquiatría, Bilbao, diciembre 2019

14. Comunicación Defensor del Pueblo. Salud mental | Defensor del Pueblo, Madrid, enero 2020.

15. Celso Arango, presidente de la Sociedad Española de Psiquiatría. Entrevista en ConSalud.es. "Psiquiatría Infantil no es especialidad por incompetencia de Sanidad" (consalud.es). Madrid, 24 noviembre 2019.

26. Incorporación de la telemedicina



Jaume Raventós Monjo

Licenciado en Farmacia por la Universidad de Barcelona. MBA y Diplomado en Gestión Hospitalaria. CEO del Grupo ITA Salud Mental. Vicepresidente de la Asociación de Salud Digital. Patrono de la Fundación SIGNO. ExDirector eHealth de Telefónica. ExDirector de Transformación Digital Quironsalud. Ex Director territoriales hospitales privados Quironsalud Barcelona. Ex Director Gerente Hospital Vall de Hebron, Parc de Salut Mar y otros hospitales públicos. Profesor IL3 / Universitat Barcelona, y IDEC / Universitat Pompeu Fabra.

La telemedicina se entiende como el uso de tecnologías de la información y de la comunicación para la realización de servicios entre el profesional de la salud y el paciente como, por ejemplo, visitas médicas o la monitorización del mismo.

La telemedicina abarca una serie de tecnologías que ofrecen nuevas formas de atender a los pacientes, que incluyen:

- Herramientas de comunicación de audio y vídeo en tiempo real que conectan a médicos y pacientes en diferentes ubicaciones.
- Tecnologías de almacenamiento y reenvío que recopilan imágenes y datos para ser transmitidos e interpretados posteriormente.
- Herramientas de monitoreo remoto de pacientes, como monitores de presión arterial, balanzas digitales habilitadas para Bluetooth y otros dispositivos portátiles que pueden comunicar datos biométricos para su revisión (lo que puede implicar el uso de aplicaciones *mHealth*, es decir *Apps*).
- Registros verbales / solo de audio y virtuales a través de portales de pacientes, tecnologías de mensajería, etc.

Tipos de telemedicina.

Síncrona.

Son aquellas intervenciones que se realizan entre profesional y paciente a través de audio (teléfono) o vídeo (sistemas de videoconferencia) en tiempo real, o también a través de aplicaciones de mensajería (*chats*).

Asíncrona.

Cuando las intervenciones tienen un tiempo de decalaje entre ellas, es decir, entre la actuación del profesional o paciente y la respuesta por parte del paciente o profesional pasa un espacio de tiempo. Por ejemplo, las consultas a través de correo electrónico, en las que puede pasar un tiempo entre un correo y su respuesta.

También afecta a todas las intervenciones de monitorización, donde se toman unos datos del paciente y el profesional puede actuar posteriormente sobre estos datos que indican una determinada situación del paciente.

Implantación de un programa de telemedicina.

Desarrollaremos tres momentos a tener en cuenta en los programas de telemedicina.

Antes de la Implantación.

Planificación.

Antes de la puesta en funcionamiento de cualquier programa clínico, sea presencial o no presencial, debemos emplear un tiempo en la planificación del programa, de acuerdo a los siguientes puntos:

• Consideraciones Clínicas.

- Identificar qué **pacientes** y qué **profesionales** van a ser los que utilicen estos **servicios de telemedicina**.

Uno de los primeros y más importantes pasos en la puesta en marcha de un programa de telemedicina estriba en poder identificar el *target* de pacientes a los cuáles se dirige dicho programa.

El programa de atención no presencial, o programa de telemedicina, debe de tener objetivos claros y concisos para su implantación. Es preciso que se establezcan indicadores vinculados a la propia ejecución de los procesos y de resultados obtenidos del propio proceso, es decir, tendremos el seguimiento de qué está ocurriendo en cuanto al proceso de telemedicina en su ejecución y, por otra parte, si se están obteniendo los resultados pretendidos con el mismo.

En primer lugar, es necesario crear un listado de diagnósticos, es decir,

de pacientes candidatos a entrar en el programa, identificando si va a ser una primera visita, un programa de seguimiento post alta, una visita diagnóstica, un seguimiento más continuo de paciente crónico y, sobre todo, en qué momento del proceso clínico queremos que se lleve a cabo. ¿El programa se llevará a cabo en el inicio del diagnóstico, en el momento del alta, etc.?

Se debe orientar de forma muy clara el programa de telemedicina a un determinado grupo o grupos de pacientes, este es el primer paso para cualquier iniciativa que se pretenda hacer en el uso de la telemedicina. Tener claros los objetivos del programa es uno de los factores de éxito de este.

De todas formas, hay que tener en cuenta que no todos los pacientes son candidatos para entrar en un programa de este tipo. Según la Guía de Intervención Psicológica no presencial publicada por el Colegio de Psicólogos de Madrid, se desaconseja la intervención no presencial cuando se dan las siguientes condiciones clínicas:

- Muy bajo estado de ánimo.
- Ansiedad excesiva, muy pocas estrategias de autocontrol emocional o crisis frecuentes.

- Adicciones, problemas de alimentación o de control de impulsos graves.
- Ideación suicida, riesgo autolítico o problemas de violencia, abuso o acoso.
- Conflictos familiares/parejas importantes.
- Pérdida de realidad, alucinaciones, delirios, etc.
- Inhabilidad social grave/ agorafobia – requiere estrategias específicas.

También podríamos añadir las dificultades para poder acceder a la tecnología, a las comunicaciones, o bien por no disponer de la tecnología adecuada.

En cualquier caso, la edad no representa un factor para no participar en un programa de telemedicina, hay suficientes experiencias publicadas como para no considerar que la edad sea un problema en el momento de admitir pacientes en un programa de este tipo.

En resumen, y como se indica en la Guía de implantación de Programas Digitales de la OMS¹ se debe tener muy presente en quién debemos pensar en el

momento de planificar un programa de telemedicina.

- Establecer dónde se van a llevar a cabo estos servicios.

Se debe establecer dónde se van a llevar a cabo los servicios de telemedicina por parte de los profesionales. Algunos decidirán hacerlo desde sus casas, otros desde las consultas de sus centros de trabajo.

En este punto hay muchas guías que ya nos dan información sobre cómo debe de ser el espacio donde se realicen las visitas no presenciales. Algunas de las consideraciones principales son las siguientes:

- Espacios libres de interrupciones. Asegurar en todo momento la privacidad y la ausencia de terceras personas que puedan interrumpir en el espacio de trabajo.
- El fondo que se ve detrás del profesional debe de ser neutro, sin fotos, ni elementos personales. Una foto, un cuadro, así como las librerías pueden llegar a molestar a algún paciente y se tienen que evitar.
- Se debe establecer una atmósfera lo más profesional posible. Se debe ir con indumentarias profesionales

como si se estuviera en la visita presencial. Es preferible el uso de la bata blanca como si estuviéramos en una visita presencial. En principio, le puede dar al paciente una sensación de mayor “realismo” si ve al profesional de la misma forma que le vería en una visita presencial.

- No tener nunca comida ni bebidas visibles a la cámara. Que la cámara esté al mismo nivel que los ojos del profesional, que permita un mismo nivel entre los ojos del paciente y los del profesional. Es importante que la cámara enfoque directamente a los ojos, para ello es recomendable antes de iniciar la visita hacer una prueba con el vídeo de la aplicación utilizada, antes de establecer la conexión con el paciente.

Seguir estas indicaciones es necesario para conseguir un servicio de calidad y que el paciente y el profesional tengan un espacio cómodo para poder establecer una buena conexión. Para ello es muy importante comprobar previamente a la puesta en marcha de cada visita que las conexiones son adecuadas y que el paciente conoce mínimamente cómo conectarse y cómo manejar la tecnología.

- Establecer el protocolo de trabajo para llevar a cabo estos servicios.

Es necesario trabajar un protocolo para este tipo de servicio no presencial. Debe considerarse la agenda del servicio, ¿será una única agenda para el profesional donde coexistirán visitas presenciales y no presenciales?, ¿será una única agenda no presencial.

En el acceso a la programación debe quedar claro para la persona que programe las visitas, sea el paciente u otro profesional del centro sanitario, que está programando para una visita no presencial y que el paciente y el profesional médico así lo conocen. Hoy en día existen programas de gestión de agendas que permiten gestionar los dos tipos de agendas indistintamente y, en cualquier momento, lanzar una visita de vídeo desde el propio slot de la agenda, aunque se haya programado una visita presencial. Es decir, el paciente puede pedir al profesional médico realizar una visita no presencial y el profesional desde su propia agenda lanzar en el mismo momento una videoconsulta para atender al paciente.

Es muy necesario revisar el protocolo después de su puesta en marcha para cambiar aquellas cosas que sean necesarias. Para ello, la importancia de hacer un seguimiento en base a indicadores, tal y como se comentaba en la introducción y que se desarrollará en la parte final de este Módulo.

- Qué gestión se hará de los datos que se obtengan del programa.

Cualquier programa de telemedicina comporta el obtener un gran número de datos sobre el paciente. Existe la certeza de que se recogen muchos más datos que en cualquier programa presencial. Así, un programa de monitorización de paciente de salud mental permite registrar datos diarios de forma automatizada que de otra forma serían imposibles de obtener.

Al mismo tiempo, una videoconsulta entre paciente y médico genera unos datos que el profesional debe poder almacenar en la historia clínica, como si estuviera en una visita presencial.

Por todo ello se hace imprescindible tener un protocolo de gestión de esos datos. Debe contemplar:

- Naturaleza de los datos que se obtienen.
- Si van a ser obtenidos de forma automatizada o por registro manual.
- Período de tiempo en el que se van a obtener.
- Quién los gestiona.
- Dónde se van a almacenar.

- Qué información clínica de valor queremos obtener con estos datos (valor añadido). ¿Predicción? ¿Prevención?, qué valor podemos obtener.

La gestión de los datos es uno de los puntos más relevantes de cualquier programa de telemedicina, porque su correcta utilización nos puede aportar información valiosa en cuanto a los pacientes. Así, la creación y el uso de algoritmos con Inteligencia Artificial necesitan una base de datos lo más extensa y organizada posible. Sin los datos, no va a existir la opción de trabajar con las ventajas que nos puede aportar la Inteligencia Artificial.

De esta forma, se hace imprescindible gestionar adecuadamente este capítulo dentro de cualquier programa de telemedicina, teniendo en cuenta ya desde el inicio los objetivos que se pretenden en la obtención y gestión de los datos.

• Formación.

La formación es una de las claves del éxito de un programa de telemedicina. Es importante considerar que una de las fases críticas en el proceso de implantación es la Gestión del Cambio Organizacional a la cual debe orientarse la formación, ya que con una buena formación pueden

vencerse las resistencias que habrá a la nueva implementación de un programa de telemedicina.

Previamente a la puesta en marcha de cualquier programa debe dedicarse un tiempo a la formación de los profesionales y pacientes que van a participar en el servicio. Deben conocer muy bien la tecnología y cómo se va a desarrollar el proceso asistencial. Y, concretamente, los profesionales, deben conocer cómo atender al paciente en ese tipo de visita no presencial.

La telemedicina no se basa en hacer online lo mismo que en la visita presencial, sino que requiere de unos condicionantes que marcarán que sea un servicio de éxito, o no.

Para ello, es imprescindible crear guías de formación para ayudar a los profesionales y a los pacientes en el uso de la tecnología. Estas guías deben compartirse antes de activar cualquier nuevo servicio no presencial, en primer lugar, con los profesionales que lo van a utilizar, y posteriormente con cada uno de los pacientes que van a ser atendidos mediante este sistema.

El lenguaje utilizado en estas guías debe ser claro y comprensible para no expertos. No es recomendable utilizar lenguaje excesivamente técnico si queremos hacer comprensible la formación para los profesionales y los pacientes. La Tech

Literacy de los programas de formación en programas digitales es importante, como lo es en otros ámbitos de la Health Literacy.

Un sistema altamente efectivo es la creación de un vídeo formativo. Un vídeo básico que sea una guía de referencia para cualquier profesional, donde estén todos los puntos a los cuales hace referencia este Módulo.

También es muy recomendable crearlo para los pacientes, para que antes de utilizar la tecnología por primera vez dispongan de una ayuda en su utilización. Los aprendizajes a través de vídeo son mucho más eficaces que los textos que intentan explicar la metodología de un proceso que para muchos pacientes es absolutamente nuevo.

Si el vídeo no es posible hacerlo, se puede crear una infografía del proceso no presencial que se va a realizar que ayude a profesionales y pacientes a entender qué tipo de servicio se va a ofrecer y en qué condiciones.

Podemos afirmar que es imprescindible crear, antes de iniciar el programa de telemedicina, un tiempo suficiente para aprender cómo realizar la nueva intervención digital, para disminuir errores e incrementar la satisfacción y la rapidez en el uso de la tecnología asociada a la intervención.

El formar, en primer lugar, a gente que esté motivada y que puedan ser formadores a corto plazo, puede ser un buen camino para motivar a otros profesionales. Sobre todo, en las fases iniciales del proyecto, donde muchas veces los profesionales miran con reparo la implementación de un nuevo programa digital, más por desconocimiento que por nada, pero las resistencias a involucrarse pueden ser significativas. Por ello, identificar a los profesionales promotores y que sean ellos quienes colaboren en la formación del resto puede ser una buena estrategia para la implementación.

El tener durante las primeras fases de la implementación un soporte técnico adecuado es un factor imprescindible que hará que los profesionales confíen más en poder utilizar la tecnología.

Es también importante considerar las *best practices* una vez el programa de telemedicina ya está en funcionamiento y, a su vez, poder comunicarlas y explicarlas al resto de profesionales para su uso.

En resumen, los programas de formación en programas de telemedicina deben considerar los siguientes elementos:

- La formación como elemento de Gestión del Cambio.
- Debe ser creado con tiempo para

poder aprender.

- Con un lenguaje claro y entendible.

Health Tech Literacy.

- Con soporte de formatos de vídeo o guías en forma de infografía para facilitar su comprensión.

- Orientada a profesionales y pacientes/familias

- En primer lugar, iniciar con formación para formadores.

- Con un soporte técnico adecuado.

- La formación es continua, deben incorporarse las *best practices*.

- Evaluar los programas de formación por parte de profesionales y de pacientes / familias.

- Aspectos legales y éticos.

En la implementación de un programa de telemedicina es imprescindible considerar toda la reglamentación que pueda haber sobre el uso de la tecnología para realizar programas no presenciales, así como los aspectos éticos de su uso. Actualmente, la implantación en el uso de la tecnología ha pasado por delante de la propia reglamentación, se ha ido a una velocidad que no ha tenido correspondencia en la

regulación de la actividad concreta.

Antes de la implantación del programa de telemedicina es conveniente realizarse las siguientes preguntas:

- ¿Tenemos los mecanismos apropiados para asegurar la privacidad y la seguridad de la información durante la transmisión?
- ¿Podemos asegurar en todo momento la identidad de nuestros pacientes y la gestión apropiada de su ID?
- ¿Existen procedimientos seguros para el almacenamiento de los datos y asegurar su supervivencia por si fallan los sistemas primarios de almacén de estos?

Tener una guía clara y concisa sobre la seguridad de todos los datos que gestionemos fruto de la intervención no presencial es fundamental. Así, debemos atender a los siguientes aspectos:

- Cómo se mantendrá la privacidad para los pacientes, sus familias y los profesionales involucrados en el programa.
- Cómo será el protocolo de seguridad durante la transmisión de estos datos.

- Identificar los dispositivos que pueden acceder al servidor de datos donde se depositan los datos recogidos en el programa.

- Cómo se podrá acceder de forma fácil a los datos para poder hacer cualquier trabajo de investigación.

- Identificar qué tipo de datos se transmitirán de un lado a otro en el programa.

- Identificar si habrá un servicio basado en “la nube” o será un servidor local.

- Quién será el responsable de la gestión de los datos almacenados.

- Crear un protocolo de recuperación de datos delante de la una posible pérdida de estos en el servidor primario.

La Unión Europea ha desarrollado “*The General Data Protection Regulation*”,² donde se desarrollan los derechos de los ciudadanos a la privacidad y seguridad en sus datos. Algunos de esos derechos son:

1. Estar informado de cómo se van a utilizar sus datos.
2. Asegurar el acceso a sus datos.

3. Corregir o rectificar los datos recogidos.

4. Recuperar sus datos si estos han sido borrados, en caso de que se hayan recogido ilegalmente o porque se consideraba que ya no eran necesarios.

5. Restringir el uso de sus datos para fines publicitarios o de marketing.

6. El poder transferir los datos a otra parte sin interferencias.

En España no hay una legislación específica que regule la actividad de telemedicina. En principio se rige por el principio de libre prestación de servicios, por la normativa de comercio electrónico y por la Directiva de Derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza que considera la asistencia sanitaria prestada en el Estado donde está establecido el prestador, ya sea persona jurídica o física (Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011).

Toda la normativa aplicada es la misma que si los programas fueran presenciales. Así, cualquier programa de telemedicina debe cumplir la legislación en cuanto a autonomía del paciente, información e historia clínica, identificar a los responsables de la HC, protección de datos de carácter personal, sistemas

de información, responsabilidad civil, aseguramiento, deontología, uso de datos, intimidad y confidencialidad, y sobre uso de sistemas de comunicación, así como las cláusulas legales correspondientes.

En particular, es importante la Ley de Protección de Datos aprobada en 2018 (Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre), la cual toma especial importancia en todo el ámbito de la salud, no sólo en la telemedicina, sino en todas las intervenciones vinculadas a actos médicos.

Recomendaciones para los servicios de telemedicina:

- Existencia de un aviso legal que incluya la identificación del profesional antes de realizar la atención médica.

- Términos y condiciones de uso de la plataforma tecnológica.

- Información relativa al tratamiento de los datos personales de los pacientes, a través de la política de protección de datos.

- De acuerdo con la RGPD será necesario tener el consentimiento del paciente para el tratamiento de sus datos de salud y poder demostrar que el consentimiento de ha otorgado.

En caso de ofrecer el servicio a través de videoconsulta se puede grabar la información relativa a la protección de datos y remitir un correo al paciente adjuntando la información en materia de protección de datos.

Aparte de los aspectos puramente normativos, también tenemos que considerar los aspectos éticos vinculados al uso de las TIC para procesos clínicos, donde debemos asegurar aspectos como la equidad en el acceso al servicio o la posibilidad de disponer de la tecnología apropiada para acceder al mismo.

El documento de la World Medical Association respecto a los aspectos éticos en el uso de la telemedicina³, adoptada por la 58^a Asamblea Médica Mundial, Copenhague, Dinamarca, octubre de 2007 y enmendada por la 69^a Asamblea Médica Mundial, Reykjavik, Islandia, Octubre 2018, nos da un marco sobre el que basarnos en este apartado.

Durante la consulta no presencial

Una vez finalizado el proceso de planificación y preparación para el programa de telemedicina, debemos atender a factores que pueden ocurrir durante el transcurso del programa.

Estos factores pueden clasificarse en:

• Factores Tecnológicos.

Al iniciar el programa puede ocurrir que haya un problema en la tecnología. Apesar de que hayamos probado anteriormente la misma puede ocurrir que en el momento de iniciar la interacción con el paciente existan problemas o bien en el uso de los dispositivos, o bien, en las comunicaciones.

Estos problemas generan una sensación de impotencia en la mayoría de las veces tanto para el profesional como para el paciente ya que generan de entrada una desconfianza en el proceso en sí.

Para intentar paliar los mismos, es recomendable tener un sistema de *back up* para intentar paliar el no poder realizar el acto médico. Así, el teléfono se convierte en el principal aliado, y es importante tener a mano el contacto del paciente para poder comunicarse y aliviar la situación.

Evidentemente, tener un sistema de soporte 24x7 con profesionales que puedan solucionar estos problemas sería lo ideal pero muy difícilmente viable.

Es importante valorar la situación con el paciente y en muchos casos puede requerir aplazar la visita hasta que la situación quede solucionada, lo cual genera insatisfacción tanto en el

profesional como en el paciente, pero por desgracia, ocurre más de lo deseado. Es preferible buscar una nueva visita que desgastar la relación intentando solucionar durante mucho tiempo el problema tecnológico.

Evidentemente, con la formación y el uso continuo de la tecnología, mejorar estas situaciones es mucho más sencillo, el tiempo y la experiencia son fundamentales. Pero no debemos basarnos en ello y atender a todas las situaciones posibles para que esto no ocurra y no tengamos por culpa de ello un fracaso en el uso de la telemedicina, ya que luego marcará el resto de programas que podamos realizar.

• *Factores de Usabilidad.*

Los problemas generados por dificultades en el uso de las aplicaciones es otro de los problemas más frecuentes en los programas de telemedicina. En esos casos el profesional, o bien, el paciente se bloquea ante las dificultades o la imposibilidad de utilizar correctamente la tecnología.

Para ello, es importante disponer de la guía o material de formación siempre a mano para poder encontrar la solución al bloqueo generado, normalmente fruto de una mala formación, o de un olvido de esta. Este material tiene que estar

accesible tanto para el profesional, como para el paciente y así poder utilizarlo para superar la situación de bloqueo.

Evidentemente, disponer de un formador asequible al que se pueda contactar en cualquier situación de bloqueo es una solución idónea y rápida, pero difícilmente viable en muchas organizaciones de salud. Así que, disponer del material de formación adecuado y a tiempo es una posibilidad cierta y real.

• *Factores de Rechazo.*

En la ejecución de los programas de telemedicina el profesional puede encontrarse en situaciones donde el paciente rechace seguir con el programa una vez iniciado.

Este rechazo puede deberse a causas como la inseguridad y dificultades en el uso de la tecnología, el cansancio, el no sentirse cómodo con la no presencialidad, las opiniones negativas de otros pacientes o incluso de profesionales con este tipo de programas, etc....

Se puede distinguir entre los programas de corta duración, como por ejemplo las visitas no presenciales, o los programas de más larga duración, como por ejemplo los de monitorización de pacientes crónicos.

En el primer caso, delante de una situación de rechazo es recomendable transformar las siguientes visitas en presenciales, siempre y cuando la situación lo permita. Cabe recordar que no todos los pacientes son candidatos a incluirse en un programa digital, y siempre habrá un porcentaje de los pacientes reclutados que rechazarán el programa una vez iniciado, aunque la experiencia que hay nos dice que este porcentaje es muy bajo si se han trabajado correctamente los criterios de inclusión.

En proyectos de larga duración, es recomendable tener herramientas para conseguir que los pacientes se adhieran al programa. Es mucho más frecuente que en el caso anterior el abandono en este tipo de programas si no existen los estímulos adecuados para permanecer en él.

Estos estímulos para incrementar la adherencia han de ser motivacionales, y perdurables en el tiempo. Quizás es uno de los principales retos para este tipo de programas. Así, se han creado, por ejemplo, temas de gamificación para conseguir estimular y motivar al paciente en la adherencia al programa. Otro factor importante es que el paciente tenga de forma continua información sobre su estado de salud, es decir, reciba *feed back* de cómo está ayudando el programa

a la mejora de su estado de salud. Este *feed back* proviene normalmente de la obtención de los datos que el paciente aporta al programa y que deben retornarse en forma de información de valor para el mismo. Así, por ejemplo, un paciente con una enfermedad mental puede disponer de un sistema de alerta en una situación de descompensación, y que puede evitar problemas importantes para él. Estos sistemas de prevención de descompensaciones deben de ponerse en valor, informando al paciente y a sus familiares del histórico de datos y de las situaciones de alarma, en caso de que las haya habido. O bien, el olvido de las tomas de medicación.

Otro elemento a tener en cuenta es el poder compartir los datos del paciente con los de una comunidad de pacientes de su propia enfermedad, en estos casos se realiza un tipo de benchmarking donde se sitúan los datos del paciente en un ranking con otros pacientes que están en el programa y de su misma enfermedad. Es un aspecto motivacional/competitivo donde a algunos pacientes les puede motivar a mejorar su estado de salud en base a mejorar su perspectiva respecto al grupo.

Después de la consulta no presencial. Evaluación y seguimiento de los servicios de telemedicina.

Monitorizar y evaluar de forma continua los programas es absolutamente imprescindible. A partir de la evaluación de estos programas obtendremos la manera de mejorar su ejecución y, por consiguiente, los resultados de éstos. Es necesario para que los esfuerzos desarrollados en la implementación de este tipo de programas se vean recompensados.

Es imprescindible tener un seguimiento continuo de estos programas, de la misma forma que se tiene con cualquier actividad asistencial desarrollada por profesionales clínicos.

Así debemos de crear una metodología adecuada para hacer esta evaluación y seguimiento, y ello pasa por desarrollar y ejecutar un plan de seguimiento y calidad de:

- La implantación del programa
- Del impacto en términos de desarrollo del proceso y de resultados de este.
- Identificar qué objetivos deben incorporarse para promocionar y mejorar el uso del programa.

- Identificar qué factores pueden mejorar la eficiencia del programa.

Este apartado desarrolla tres conceptos importantes:

- *Evaluación.*
- *Cultura en el uso de datos.*
- *Gestión adaptativa.*

Estos tres apartados son básicos para obtener una correcta gestión de los programas de telemedicina y a través de su gestión, obtener los mejores resultados posibles. Es importante poder demostrar que la implantación de este tipo de programas conlleva mejoras en la gestión clínica, se debe seguir creando evidencia de las mejoras que conlleva el implantar programas de este tipo para un determinado tipo de pacientes, de ahí la gran relevancia de este capítulo.

• *Evaluación.*

Para la evaluación debemos considerar los *Outputs*, los *Outcomes* y el *Impact*.

- *Outputs*: son los productos propios de las actividades del proceso en sí. Están altamente vinculados a la tecnología, así las mejoras están orientadas a la ejecución del servicio, como la mejora en el seguimiento del programa, la disponibilidad y la calidad

del propio servicio, mejorar la integración con otras plataformas, así como la competencia y la responsabilidad de los profesionales.

- *Outcomes*: cambios que se producen como consecuencia de la ejecución del programa. Pueden producirse a nivel de profesional, con cambios en el conocimiento, en la eficiencia, en la productividad, o en la capacidad de tomar mejores decisiones clínicas gracias a la anticipación. También pueden producirse a nivel de paciente, con la mejora en el conocimiento de su enfermedad, su eficiencia y responsabilidad en la gestión de la misma, y su adherencia al protocolo y al tratamiento.

- *Impact*: debe de considerarse en base a los objetivos que se pretendían con la puesta en funcionamiento del programa. Puede tener relevancia en base a cada paciente o en base a la comunidad.

En la *Figura 25* vemos cómo debería ser un programa de evaluación, en base al documento ya referido anteriormente de la Guía de implantación de Programas Digitales de la OMS.

La monitorización y la evaluación del programa de telemedicina debe atender a los elementos anteriores para así conseguir los mejores resultados y un mayor impacto.

Para conseguir esta evaluación en base a las tres dimensiones antes vistas, *Outputs*, *Outcomes* y *Impact*, deben crearse indicadores (KPI's) para cada una de las dimensiones y así poder hacer el seguimiento correctamente. Algunos ejemplos podrían ser:

a. Número de visitas no presenciales en un tiempo determinado (día/mes/año).

b. Porcentaje de visitas no presenciales sobre el total de visitas, en tiempo determinado y en profesional/servicio clínico y/o especialidad/centro asistencial/sistema. Nos ayudará a saber la transformación que se está llevando a cabo y quién la está haciendo con mayor impacto.

c. Número de cancelaciones. Porcentaje de cancelaciones sobre las visitas no presenciales. Es importante comparar este indicador con el de visitas presenciales, para saber la eficacia en cuanto a asistencia en un modelo o en otro.

d. Tipología de pacientes (diagnóstico) que utilizan el programa. % de pacientes incluidos en el programa/total de pacientes de la misma patología.

e. Indicadores de resultados clínicos en función del diagnóstico, que permitan ver la eficacia del sistema de seguimiento.

f. Satisfacción de los pacientes. Poder tener algún indicador de satisfacción como el sistema NPS (*Net Promote Score*) o algún tipo de encuesta estructurada, nos permitirá conocer el grado de satisfacción del paciente con el servicio dado.

g. Satisfacción de los profesionales con el programa. Se puede utilizar la misma herramienta NPS, o bien, otras metodologías como las encuestas o los *focus group*.

Cualquier indicador tiene que ser concreto, responder a aquello que pretendemos medir, y tener los datos para poder obtenerlo en tiempo y forma. De ahí la importancia de la gestión de datos que se comentaba en el capítulo anterior.

• **Cultura en el uso de los datos.**

Para poder establecer una cultura de uso de datos, es necesario que los datos sean de calidad para así poder establecer información que sea valiosa para los profesionales y los pacientes. El uso de los datos y, con ello, de la información que se consiga de los mismos es el factor que marcará si se establece una cultura

de uso de los mismos, o no.

Tener muchos datos no significa que vayamos a tener un correcto uso de los mismos, por ello en cada programa debemos gestionar los datos y la información que se desprende de ellos para añadir valor a la toma de decisiones clínicas de los profesionales, pero también de los pacientes respecto a su propia enfermedad. Si profesionales y pacientes ven que la información que les da el programa les añade valor, la utilizarán.

Por otro lado, los indicadores vinculados a la evaluación deben de ser compartidos con los equipos que trabajan en la ejecución de los programas. Es indispensable crear la cultura de compartir la información que surge de la evaluación de los programas con los equipos.

Se debe de establecer una metodología a través de reuniones de seguimiento con los equipos donde se evalúen los resultados y se establezcan medidas de mejora, así es la forma en que los programas conseguirán tener una mejor ejecución y mejores resultados.

En esta metodología de uso de datos donde son obtenidos para ser transformados en información, y en indicadores de evaluación, y luego

compartidos y discutidos por los equipos, es necesario que se obtenga una presentación de los mismos que facilite este trabajo, para ello el formato en de dashboard (cuadro de mandos) es una buena herramienta.

• *Gestión adaptativa.*

La gestión adaptativa nos asegura que los procesos de telemedicina están constantemente vinculados a aspectos de mejora, así se tienen en cuenta intervenciones como el ajuste de los pasos que configuran el proceso, probar nuevos flujos de trabajo, eliminar pasos que no crean valor o potenciar aquellos factores que han demostrado tener un valor en salud. Este tipo de gestión continua requiere disponer de los datos de evaluación de una forma constante y segura, sin ello, no se pueden tomar las decisiones adecuadas.

El ciclo de la gestión requiere la toma de decisiones, evaluar resultados, y en base a ellos volver a tomar aquellas decisiones que ayuden a mejorar el proceso. Este ciclo es imprescindible para conseguir obtener los mejores resultados posibles y requiere tener los mecanismos que lo hagan posible. Estos mecanismos son la gestión de datos, un equipo preparado para asumir la evaluación, compartir los resultados, tomar decisiones que mejoren el proceso y aprender de este ciclo.

Las resistencias por parte de la organización serán visibles. La determinación a asumir este tipo de gestión debe de ser firme y la característica normal es el no evaluar, por lo que se tendrán que vencer las resistencias iniciales a estar siempre bajo un sistema de evaluación y toma de decisiones de cambio en los procesos.

La evidencia en la implementación de programas de telemedicina en salud mental.

La implantación exitosa de programas de telemedicina mejora los resultados clínicos y la eficiencia de las intervenciones clínicas.

El uso de la telemedicina durante la pandemia ha supuesto un avance de como mínimo de tres años respecto a la velocidad de implantación prepandemia, según datos de la consultora McKinsey⁴.

La encuesta de abril de 2020 del Colegio Americano de Médicos de Emergencias demostró que el 29% de los estadounidenses estaban evitando o retrasando la atención médica por temor a la COVID-19. Otra encuesta de la Fundación Kaiser encontró que el 48% de los adultos indicaron que ellos, o alguien en su hogar, reprogramaron o cancelaron citas médicas en el transcurso de 3 meses, como resultado de la pandemia por la COVID-19.

Para aquellos ciudadanos que viven en áreas remotas o que carecen de tiempo, dinero y servicios de transporte adecuados necesarios para recibir atención médica, la telemedicina es una muy buena alternativa.

Ya en el año 2013 se publicó un estudio orientado a conocer la efectividad de la telemedicina en el sector de la salud mental.⁵

La efectividad de cualquier tecnología nueva se mide típicamente para determinar si logra con éxito objetivos iguales o superiores a los que se ofrecen actualmente. La investigación sobre telemedicina orientada a salud mental ha avanzado rápidamente y se necesita una nueva revisión de la eficacia. En esta publicación, los autores revisaron la literatura publicada para sintetizar información sobre qué es y qué no es efectivo en relación con la telemedicina en salud mental. Los términos para la búsqueda incluyeron, entre otros, telepsiquiatría, efectividad, salud mental, e-salud, videoconferencia, telemedicina, costo, acceso e internacional.

Los resultados del estudio concluyeron que la telemedicina es eficaz para el diagnóstico y la evaluación en muchas poblaciones (adultos, niños, geriátricos y étnicos) y para trastornos en muchos entornos (emergencia, atención domiciliaria) y parece ser comparable a la atención en persona. Además, se identificaron nuevos

modelos de atención (es decir, atención colaborativa, asincrónica, móvil) con resultados igualmente positivos. Como conclusiones: la telemedicina es eficaz y aumenta el acceso a la atención.

Según un estudio publicado más recientemente en *Telehealth and Medicine*⁶, la eficacia de la telemedicina, como una modalidad de cuidado en remoto, es un buen método de prestación de servicios médicos que proporciona una manera para que un profesional diagnostique y trate a las personas sin una consulta presencial. La telemedicina ha demostrado ser eficaz y satisfactoria para una gran variedad de pacientes, y se ha encontrado que en algunos casos proporciona incluso más información de la que lo harían en un entorno presencial.

Muchos estudios afirman que la telemedicina no es un sustituto de toda la atención presencial y que los médicos deben evaluar para qué condiciones, pacientes y citas es más apropiada.

En otro estudio publicado recientemente⁷, los resultados indican que la telemedicina, cuando se consideran los recursos y apoyos adecuados, es eficaz en una amplia gama de poblaciones de pacientes y lugares de atención. Se demuestra que varias modalidades, incluso a través de vídeo, aplicaciones y teléfono, son eficaces. Se ha demostrado que las intervenciones

aumentan la accesibilidad a la atención sin comprometer la calidad de la atención.

En sus conclusiones, la telemedicina constituye una herramienta eficaz y bien investigada para abordar los problemas en el acceso a la atención. Los programas de telemedicina aplicada a la salud mental deben abordar las barreras a la implementación, incluida la capacitación, el acceso a la tecnología, el reembolso y las regulaciones, y una supervisión adecuada del programa. Las intervenciones en telemedicina deben considerarse preferentemente en aquellas situaciones donde existe una escasez de profesionales de la salud mental y largos tiempos de espera para los pacientes con trastornos de

salud mental, para así reducir el impacto de las enfermedades mentales.

De todas formas, la telemedicina ha demostrado tener impactos estadísticos y clínicos positivos significativos y los usuarios de la telemedicina son capaces de adaptarse rápidamente, proporcionar la información necesaria como lo harían en persona, y se conectan de forma correcta y beneficiosa con los profesionales. En relación a los proveedores de salud, un estudio de Mace et col.⁸, encontró que la mayoría de los profesionales encuestados creían que la telemedicina era importante para el éxito de su organización y una herramienta valiosa para mejorar el acceso y la calidad.

Referencias

1. **Guía de implantación de Programas Digitales de la OMS.** <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010567>
2. **The General Data Protection Regulation.** https://ec.europa.eu/info/priorities/justice-and-fundamental-rights/data-protection/2018-reform-eu-data-protection-rules/eu-data-protection-rules_en
3. **World Medical Association.** <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-the-ethics-of-telemedicine/>
4. **Consultora McKinsey.** <https://www.mckinsey.com/business-functions/mckinsey-digital/our-insights/digital-strategy-in-a-time-of-crisis>
5. **Hilty DM, Ferrer DC, Parish MB, et al.** The Effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemed J E Health* 2013;(19):444-454).
6. **Telehealth and Medicine.** <https://telehealthandmedicinetoday.com/index.php/journal/article/view/218/292>
7. **Telemental Health Care:** A Review of Efficacy and Interventions. Calvin T. Schaffer, BS1, Preeti Nakrani, MPH2,3, Paul A. Pirraglia, MD
8. **Mace S, Boccanelli A, Dormond M.** The use of telehealth within behavioral health settings: Utilization, opportunities, and challenges. Behavioral Health Workforce Research Center; 2018

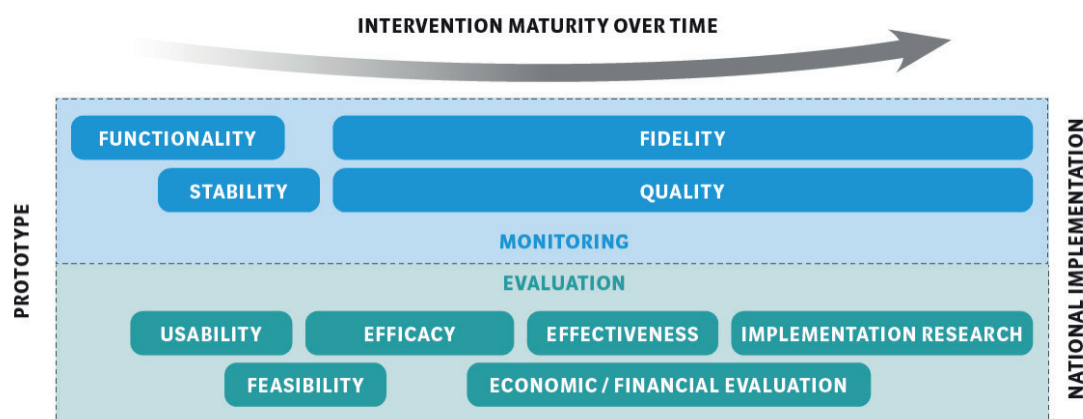


Figura 25. Estructura de un documento de evaluación. Imagen obtenida de la Guía de implantación de Programas Digitales de la OMS.

27. Comunicar para resolver



Jose Manuel Dolader

Director de la radio social labarandilla.org conocida como la "Voz de la Diversidad" Director de la Asociación la Barandilla. Experto en comunicación y marketing. Familiar de una persona con trastorno mental y vinculado al mundo asociativo de la salud mental. Promotor de las manifestaciones que se han organizado en Madrid desde el Colectivo Salud Mental al Congreso. Promotor del primer teléfono en España atendido por profesionales de la salud mental y especializado en ayuda a las personas con ideación suicida y a sus familias, cuya denominación es TELÉFONO CONTRA EL SUICIDIO.

Uno de los grandes déficits que tienen las personas con problemas de salud mental es cómo se las denomina como colectivo: ¿personas con enfermedad mental, con trastorno mental, con sufrimiento psíquico, locos y locas, etc.? Todavía podemos ver en la denominación de varias asociaciones la palabra enfermos mentales, sabiendo qué significa y a qué se dedica esa entidad quien escucha el nombre. No es un término que goce del consenso general, pero hasta la propia Comunidad de Madrid utiliza esta denominación en su nombre a lo largo de la red de entidades dedicadas a la psicorrehabilitación y al apoyo a estas personas: Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Es el organismo que más personas atiende en España, con un número superior a 6.700 usuarios. Muchos psiquiatras y otros profesionales de la salud mental prefieren denominar a este colectivo como “personas con trastorno mental”, a los que se añade en muchas ocasiones “personas con trastorno mental grave”.

En el año 2016 se desarrolla el proyecto **“Colectivo salud mental al Congreso”** promovido por la Asociación El Timón de Almería, la Asociación Tú Decides, el Hospital de Día Lajman y el programa de radio Escaleras de la dependencia que, junto con otras entidades a lo largo de todo el país, pretenden que un año esté dedicado en España a las personas con problemas

de salud mental. Gracias al apoyo del Senador Canario **Antonio Alarcó**, muy concienciado con este colectivo, este proyecto culmina el 22 de marzo del año 2017 con una declaración institucional del Senado en la Cámara Alta con una petición al Gobierno para que un año se dedique a la salud mental en España. En diciembre de ese mismo año la Federación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) pasa a denominarse Confederación Salud Mental España, por lo que el término salud mental va adquiriendo cada vez más predicamento.

El **Orgullo loco** es un movimiento formado por usuarios, ex-usuarios y profesionales que, tomando el ejemplo de otros colectivos estigmatizados en su día, como las personas LGBT, reclaman una inclusión social y la igualdad de derechos para los Locos y Locas. El primer movimiento reivindicativo organizado tuvo lugar el 18 de septiembre de 1993 en la ciudad canadiense de Toronto, surgiendo por la misma época un movimiento similar en el Reino Unido. A finales de la década, aparecieron movimientos similares en distintos países del mundo, como Australia, Irlanda, Portugal, Brasil, Madagascar, Sudáfrica y Estados Unidos.

El 20 de mayo de 2018 se celebró el primer Día del Orgullo Loco en España con movilizaciones en distintas ciudades bajo el lema “La locura lo cura”. Fue Asturias

el año anterior, a través del colectivo Hierbabuena Salud Mental, el precursor de este movimiento en nuestro país.

Sin embargo, este concepto de loco y loca no cuenta con la aceptación del resto de entidades de este colectivo, pues será muy difícil que, después de desterrar esta palabra del vocabulario, al igual que otras acepciones peyorativas para la mayoría de la población, alguien pueda volver a utilizarla para definir a las personas que necesitan apoyos psicorrehabilitadores en hospitales, centros de día u otras entidades donde son tratadas.

La importancia de los medios de comunicación para ayudar a eliminar el estigma es alta.

Durante muchos años, el mundo asociativo en general y las personas afectadas no han visto en los medios de comunicación unos aliados para cambiar el concepto que tiene la sociedad de las personas con problemas de salud mental. De forma esporádica vemos en prensa un acontecimiento sangriento realizado por una persona con un trastorno mental grave en portada o con unos titulares que molestan al colectivo, ya que ayudan a seguir con el estigma negativo del mismo. Sin embargo, en la inmensa mayoría de las ocasiones, el periodista que redacta esta noticia lo hace sin ningún tipo de animadversión, simplemente lo redacta porque considera que la noticia

es atractiva para una parte del público y el hecho descrito sobrepasa otras acciones violentas realizadas en la zona donde se cometió ese delito o noticia. En estos casos sería recomendable, y así se hace mayoritariamente, que las entidades representativas del colectivo en esa zona se dirijan al periodista y le recomienden cómo tratar la noticia y se le envíe alguna guía de comunicación como las que ha desarrollado en su web la Confederación Salud Mental España.

El que personas de relevancia pública o de profesiones que destaquen en su sector visualicen su patología mental tiene dos hechos muy positivos, por un lado, se ayuda a mejorar el concepto de la sociedad, ya que ven que ese personaje puede realizar actividades importantes como el resto de los ciudadanos, y, por otro lado, sirve de aliciente a los propios afectados al ver que se normaliza su patología y que es tratada de forma positiva. Un ejemplo lo tenemos en el actor de teatro y presentador **Javier Martín**, quien decidió contar que sufría un trastorno bipolar y, además, ha explicado que su lucha contra su depresión le llevó a tener ideaciones suicidas. Desde el primer momento se convirtió en el embajador de la **Asociación la Barandilla** y de su proyecto estrella del TELÉFONO CONTRA EL SUICIDIO, siendo la imagen de la última rueda de prensa celebrada coincidiendo con la conmemoración del Día Mundial de la Prevención del Suicidio. La Asociación

la Barandilla adquirió más notoriedad que otras campañas anteriores, ya que invitaron a Javier a todas las televisiones nacionales y este actor ha conseguido que su trabajo como tal se vea incrementado y reconocido de forma muy positiva entre sus compañeros, ya que muchos de ellos desconocen el sufrimiento que había atravesado debido a sus depresiones.

Hoy Javier también ha sido imagen de varias campañas realizadas por distintas entidades del mundo asociativo debido a su notoriedad y su buen hacer ante las cámaras, siendo una de las caras visibles del mítico programa de televisión "Caiga Quien Caiga".

La salud mental como noticia.

A pesar de ser uno de los colectivos dentro del mundo de la discapacidad más numeroso, la realidad es que no suele producir noticias novedosas para los medios de comunicación en general. Pueden pasar años después de una noticia ya publicada y, en muchas ocasiones, podría volverse a reproducir, ya que las grandes preocupaciones son la falta de trabajo, el estigma que sufre este colectivo o las reclamaciones por noticias negativas que se producen cuando se lleva a cabo algún delito de sangre. Incluso cuando una persona afectada por un problema de salud mental grave es “maltratada” por algún cuerpo de seguridad del estado al

ser trasladado a algún centro sanitario es noticia de forma esporádica.

Esto puede resultar extraño para alguien ajeno a los medios de comunicación, pero en cualquier redacción son estas noticias anteriores las más conocidas y que se reproducen cada cierto tiempo, por lo que pierden notoriedad los reportajes de acciones solidarias o positivas que tanto interesan a las entidades y a las personas afectadas.

Por lo general, el mundo asociativo en España carece de fuentes de ingresos estables para poder realizar campañas en distintos medios de forma organizada, sin embargo, estas entidades deberían buscar una forma de contrarrestar esta falta de noticias positivas e interesantes para este sector. En varios foros los periodistas han recomendado que se contrate, en la medida de lo posible y con los medios disponibles, a periodistas que pudieran realizar noticias desde dentro de las entidades, aportando y transmitiendo a la sociedad aquellos acontecimientos que pudieran ser de relevancia e interés públicos.

La dispersión de las entidades no permite realizar acciones contundentes

Una de las mayores barreras que tiene el mundo de la salud mental es la dispersión de las entidades que tratan a las personas

diagnosticadas y sus familias. Madrid, a pesar de ser el lugar donde más noticias de este tipo se podrían difundir a nivel nacional, es también la comunidad donde más asociaciones, fundaciones y empresas trabajan en favor de este colectivo.

Por un lado, está el mundo asociativo, que gira principalmente en torno a la Federación Salud Mental de Madrid, donde están asociadas 17 entidades distribuidas por la Comunidad de Madrid y donde pueden estar vinculadas directamente más de 2.000 personas y sus familias, manteniendo esta federación una estrecha relación con la Fundación Manantial, que le cede las instalaciones.

Por otro lado, están las empresas y fundaciones que trabajan con la Comunidad de Madrid a través de la Consejería de Familias y Asuntos Sociales y que, a través de la red de atención social a personas con enfermedad mental, cuentan con centros de distinto tipo que ofrecen en régimen de atención diurna o residencial, programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas. A través de esta red se atienden a más de 6.700 personas, siendo la mayor de todas estas entidades la Fundación Manantial, anteriormente mencionada por ceder sus instalaciones a la Federación Salud Mental Madrid.

Fracaso en la lucha contra el estigma

Unas cartas amenazadoras con unas balas dentro y con exclusivo tinte propagandístico, durante un clima nunca vivido en la Comunidad de Madrid en campaña electoral durante el mes de mayo de 2021, fue el pretexto para que un vecino de El Escorial enviara también otra carta con una navaja en su interior, sólo que en esta ocasión la carta no era anónima, pues este señor había puesto su dirección en el remite.

La dispersión de las entidades que atienden a las personas diagnosticadas no ayuda ni va en favor de la dignidad de estos colectivos y además produce un retroceso en la lucha contra el estigma.

Saltándose todos los derechos que asisten a esta persona, la policía realizó unas declaraciones en las que señaló que el autor de esta amenaza padecía esquizofrenia. Esto desató titulares que no se habían visto en España durante la última década, muy similares al realizado por el periódico El Español, que superó todas las expectativas de lo que no se debe hacer: *“La izquierda se aferra a la “amenaza fascista” pese a que el cuchillo a Maroto lo envió un trastornado”*.

En la foto anterior podemos leer cómo muchos medios de comunicación

se saltaron todos los libros de estilo escritos hasta ahora, sin que la policía haya sido denunciada por hacer público el diagnóstico y así atentar contra la intimidad y los derechos de esta persona, como si esto influyera en la noticia.

Fueron muchas entidades vinculadas con el mundo de la salud mental las que protestaron enviando escritos y noticias que colgaban en sus redes sociales. Sin embargo, la falta de una entidad que agrupe con más fuerza a estas personas ha hecho que los autores de estas noticias y los medios de comunicación no hayan

tenido que rectificar ante la gravedad de los titulares.

Es importante leer lo que sienten los propios afectados, que en muchas ocasiones no tienen en los medios convencionales la participación que les corresponde. Esta carta fue realizada por un grupo de personas diagnosticadas con un trastorno mental que asisten a un hospital de día dedicado a la psicorrehabilitación y que se asombraron al leer en la prensa titulares tan crueles y desproporcionados que tanto les perjudican.

Madrid, 30 de abril 2021

Queremos dirigirnos a los medios de comunicación como pacientes con Diversidad Mental del Hospital de Día Lajman y socios de la Asociación la Barandilla en defensa del mundo de la salud mental. Reflejar nuestra decepción y pena por el tratamiento de la información referente al reciente envío de una carta con una navaja a la Ministra de Industria.

Como pacientes de salud mental llevamos una vida completamente normalizada gracias a la psicoterapia y la medicación. No tenemos conductas antisociales ni agresivas, como el envío de dicha carta, fruto del aislamiento y soledad de una persona sin tratamiento.

Tratamos día a día por eliminar el estigma, y el tratamiento sensacionalista de la información en ciertos medios de comunicación no hace falta sino fomentar el miedo basado en la ignorancia hacia personas como nosotros, algunos de los cuales tenemos esquizofrenia.

Muchas gracias.

Estos titulares y estas noticias se han producido, como he señalado antes, en un contexto político nunca visto en democracia en la Comunidad de Madrid, y que esperamos no se vuelva a repetir.

Sería injusto, por otro lado, no reconocer

que en los últimos años se ha mejorado en España la forma de comunicar respecto a la salud mental, estando la mayoría de los medios muy concienciados con las personas que sufren algún tipo de problemas de salud mental. Ahora es trabajo de todos el poder decir algún día que la unión hace la fuerza.



Figura 26. Cartel Colectivo Salud Mental al Congreso.



Figura 27. Recopilación de noticias que rompen la lucha contra el estigma

3.

Hoja de
ruta española
en Salud Mental

28. Algunas reflexiones sobre la necesaria hoja de ruta española en salud mental



José Martínez Olmos

Profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Ex Secretario General de Sanidad. Exportavoz de Sanidad del Grupo Socialista en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados y del Senado. Impulsor y participante de la Ponencia de estudio sobre genómica en el Senado.

Breve descripción de la situación actual de la salud mental en España

La adecuada respuesta preventiva, asistencial y rehabilitadora a los problemas de salud mental sólo podrá hacerse realidad en España en el marco de un proceso de reconstrucción, reforma y refuerzo del Sistema Nacional de Salud (SNS) ya que es una realidad que las garantías que se necesitan asegurar en el abordaje de estos problemas, sólo pueden ofrecerse con equidad para todos desde un sistema público de salud respaldado por el Estado. Los efectos de la pandemia COVID-19 abren la necesidad de reforzar e incluso reconstruir al SNS para poder afrontar el enorme daño causado a la salud de la población. Y es en este contexto donde se va a tener que abordar el futuro de la atención a la salud mental en nuestro país.

Si entendemos que la respuesta adecuada debe tener un enfoque integral y que los servicios de salud mental deben estar integrados en el conjunto de servicios sanitarios del SNS, es claro que la situación actual no se caracteriza precisamente por ofrecer un panorama satisfactorio. Todo lo contrario, la salud mental presenta un panorama disperso (en cuanto a su enfoque y organización asistencial), insuficiente (en cuanto a contenido y extensión de

la cartera de servicios y a la dotación y distribución de recursos humanos y materiales) descoordinado entre servicios y entre niveles asistenciales e inequitativo para el conjunto de la sociedad y de los pacientes con necesidades.

En los últimos años la respuesta a los problemas de salud mental ha sido inadecuada y ha ido perdiendo paulatinamente el necesario enfoque global y coordinado que debiera caracterizar cualquier ámbito de la oferta sanitaria pública. La ausencia de una mirada integral e integradora al tiempo que la escasa capacidad de coordinación global e, incluso, la falta de apoyo financiero y presupuestario, son algunos de los elementos que nos han traído hasta una situación enormemente deficiente.

Es por eso que ya desde antes de la aparición de la pandemia por la COVID-19, la situación de la respuesta a las necesidades de salud mental en España mostraba signos inequívocos de insuficiencia. La salud mental se ha convertido sin duda alguna como la parte más irrelevante y abandonada de las políticas públicas de salud, sin desmerecer con ello ni algunas acertadas políticas y programas aplicadas en algunas Comunidades Autónomas, ni aquellas experiencias de éxito protagonizadas por profesionales dignos del máximo respeto y aplauso.

En este sentido, a pesar de sus limitaciones, el trabajo del conjunto del SNS para actualizar y coordinar las políticas de salud mental que se concretaron en 2007 con la aprobación de la primera Estrategia de Salud Mental del SNS, supuso un paso adelante, aunque sus resultados arrojen más sombras que luces.

Pero el panorama de la salud mental en los últimos años se ha caracterizado por un deterioro paulatino y una insuficiente respuesta a las necesidades. La Estrategia ha tenido una aplicación desigual e insuficiente y ha sufrido el impacto de los recortes derivados de la crisis económica vivida hace unos años.

Más aún, transcurrido más de un año y medio desde el inicio de la pandemia que tanto nos ha golpeado en términos de salud y de mortalidad, las necesidades y problemas de salud mental se han incrementado con las enormes limitaciones implantadas en relación a la movilidad social y las incertidumbres sanitarias, sociales y económicas que se están viviendo en nuestra sociedad. Son situaciones que están teniendo un enorme impacto en salud mental y una gran dificultad en la organización asistencial relativa a todas las necesidades sanitarias.

El daño colateral de la COVID-19 en todos los ámbitos asistenciales del sistema sanitario es importante y es, también, una

preocupación para el conjunto de decisores sanitarios en cualquier país de nuestro entorno. En el caso del sistema sanitario español, la necesidad de reconstruir nuestra sanidad, ha quedado de manifiesto mediante un amplio debate y consenso posterior en la Comisión de Reconstrucción del Congreso de los Diputados.

Propuestas en materia de salud mental en la Comisión de Reconstrucción del Congreso de los Diputados

En efecto, en esta Comisión de Reconstrucción se abordó un intenso debate con reflexiones y propuestas realizadas por un amplio abanico de expertos y organizaciones sanitarias, que culminó con un documento de conclusiones que alcanzó un muy alto consenso entre los grupos parlamentarios del Congreso de los Diputados.

Aunque en el momento de escribir estas reflexiones ha transcurrido ya un año desde su aprobación con pocas iniciativas en marcha por el hecho de haber tenido que priorizar la respuesta asistencial ante las diversas olas epidémicas sufridas, así como el desarrollo y la aplicación del plan de vacunación COVID-19, el hecho de disponer de un conjunto de recomendaciones de acción que cuentan con un muy amplio consenso parlamentario induce a un cierto optimismo cara al futuro. Y es una base

sólida que hay que saber aprovechar para un futuro mejor.

Y es que en estas recomendaciones se abordan propuestas que constituyen una buena base para ser la hoja de ruta de las reformas necesarias que permitan reformar, reforzar y consolidar el sistema público de salud que realmente necesita la sociedad española ahora y en los próximos años.

En materia de salud mental el punto 20.5. del documento de conclusiones establece la necesidad de *“Desarrollar adecuadamente la Salud Mental Comunitaria”* y el punto 84. *“Impulsar la aprobación de una nueva Estrategia Nacional de Salud Mental, que incremente significativamente la inversión, configure un verdadero sistema integral de atención, combata la estigmatización y garantice los derechos de las personas con problemas de salud mental, con un enfoque de género y derechos humanos”*.

Asimismo, el punto 84.1 que propone *“La aprobación de un Plan Estratégico de Prevención del Suicidio, que implique la adopción de un Código de Riesgo de Suicidio en todos los centros de salud.”*, el punto 84.2 que plantea *“La detección precoz y la atención temprana de posibles trastornos cognitivos o de desarrollo en la población infantil, incluidos los Trastornos del Espectro Autista (TEA), los Trastornos*

por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), la dislexia o los trastornos de tipo alimentario, entre otros.”

Finalmente, el punto 84.3 que establece *“Los medios para la asistencia social integral de las personas con problemas de salud mental y de sus familias, incluidos todos aquellos dirigidos a promover su participación mediante grupos de autoayuda, escuelas de salud o intervenciones comunitarias para la prevención de la soledad no deseada.”*

Con estos planteamientos de base, en el momento de escribir este texto, estamos en España en una situación en la que la salud mental requiere una profunda operación de fortalecimiento ya que además de las necesidades no cubiertas con anterioridad a la aparición de la pandemia de la COVID-19, se han sumado las enormes y desiguales consecuencias producidas por el impacto sanitario, social y económico durante el tiempo transcurrido desde enero de 2020.

La enorme preocupación por la situación de la salud mental ha condicionado una iniciativa dirigida a la revisión de la estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud impulsada en 2007 por el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas con la participación de organizaciones profesionales y sociedades de pacientes.

Algunas claves para una nueva hoja de ruta

Se puede afirmar que las necesidades de salud mental y las reformas necesarias para acometer una respuesta adecuada como país, estarán en la agenda política en el futuro inmediato.

Hemos asistido a debates parlamentarios en los que se ha involucrado al propio Presidente del Gobierno que ha comprometido impulsar las reformas necesarias e incluso se ha registrado una Proposición de Ley de Salud Mental en el Congreso de los Diputados, a iniciativa del Grupo Parlamentario de Unidas Podemos.

Por estos motivos, y por el hecho de que se haya puesto de actualidad la problemática de la salud mental, conviene aprovechar la oportunidad para hacer posible que la necesaria reforma de los servicios de salud mental y la nueva orientación estratégica que se necesita en España responda de manera adecuada y satisfactoria a los desafíos reales.

Para ello convendría que la hoja de ruta cumpliera con algunos requisitos que permitan asegurar el mayor éxito y acierto en la operación.

En primer lugar, necesitamos un planteamiento estratégico que contemple

acciones a corto, medio y largo plazo al tiempo que incorpore una visión común para el conjunto del Sistema Nacional de Salud para **actualizar una cartera común de servicios con criterios de equidad**.

En segundo lugar, necesitamos un **enfoque comunitario** de salud mental capaz de mantener al máximo el arraigo de los pacientes con su espacio familiar y social, así como una respuesta asistencial en la que **la salud mental forme parte de la atención primaria y de la atención hospitalaria** en la que se organiza la atención sanitaria. Una atención sanitaria integral en su sentido estricto.

En tercer lugar, una amplia **consulta y participación de los diferentes actores** que tienen elementos y experiencia que aportar, así como necesidades que expresar para que puedan verse satisfechas desde la respuesta estratégica del sistema de salud. Aquí se incluyen las organizaciones profesionales, las organizaciones de pacientes y familiares, las sociedades científicas o cualquiera de los colectivos que tengan experiencias y buenas prácticas que aportar.

En cuarto lugar, en la medida que los desafíos relativos a la salud mental requieren **la implicación y el impulso de las instituciones**, las aportaciones que los diferentes grupos parlamentarios de las Cortes Generales puedan hacer,

son también imprescindibles. Y desde luego, las Comunidades Autónomas y las administraciones locales, son espacios institucionales que deben ser incorporados en este proceso de reforma de la salud mental.

Finalmente, en quinto lugar, la nueva orientación estratégica de la salud mental debe contar con una dotación presupuestaria que haga factible la aplicación y desarrollo de los objetivos institucionales que se consideren imprescindibles. Los recursos deben tener finalidad específica y deben proceder de todas las administraciones implicadas.

Por supuesto, la **evaluación de resultados** y dar cuenta de los mismos para reforzar y reconducir los aspectos que sean necesarios, es algo que no debe quedar

al margen de la propuesta de reforma. No sería un mal planteamiento dar cuentas en las Cortes Generales y, en concreto, en el Senado como Cámara Territorial en la que caben perfectamente sus espacios de participación y control de amplio calado.

En definitiva, se trata de encauzar toda la energía social que se está produciendo a raíz de hacerse evidente que hay importantes necesidades que atender en materia de salud mental en amplios sectores de la sociedad. La situación actual requiere una respuesta seria y rigurosa que nos permita superar los déficits y caminar en la dirección correcta que, sin duda, merece la sociedad española. Esperemos que la actualización en marcha de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2021-2026 sirva para caminar en la dirección correcta.

