

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

2009-2013

Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud

2009-2013

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid

NIPO CD Rom: 860-11-008-1

NIPO en línea: 860-11-007-6

Depósito Legal: AV-8-2011

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

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud

2009-2013



GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Plan de Calidad
para el Sistema Nacional
de Salud



COMITÉ DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Coordinador Científico

Manuel Gómez-Beneyto

Comité Institucional

CC.AA.:

Andalucía: Rafael Del Pino López

Aragón: Mariano Sanjuan Casamayor

Asturias: (Principado de): Beatriz Camporro Rocés

Baleares (Islas): Joan Salvá Coll

Canarias: José Luis Hernández Fleta

Cantabria: José Luis Vazquez Barquero

Castilla La Mancha: Jaime Domper Tornil, José Luis López Hernandez

Castilla y León: José Manuel Martínez Rodríguez

Cataluña: Cristina Molina Parrilla

Comunidad Valenciana: M^a. Luisa Carrera

Hueso, Juan José Moreno Murcia

Extremadura: Leopoldo Elvira Peña

Galicia: Manuel Arrojo Romero

Madrid (Comunidad de): Guillermo Petersen Guitarte

Murcia (Región de): Carlos Giribet Muñoz

Navarra (Comunidad Foral): José Domingo Cabrera Ortega

País Vasco: M^a Luisa Arteagoitia González, José A. de la Rica Giménez

Rioja (La): Joaquín Ezquerro Pérez

Ingesa (Ceuta y Melilla): Francisco de Asís Jove Domínguez-Gil, Teresa García Ortiz

Instituciones Penitenciarias:

Ministerio de Interior: José Manuel Arroyo Cobo

Comité Técnico

M^a Fe Bravo. **Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).**

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

Eva M^a Garcés Trullenque. **Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSS).**

José Luis Molino Contreras. **Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental (ANESM).**

Germán López Cortacans. **Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).**

José M^a Sánchez Monge. **Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES).**

Luis Salvador-Carulla. **Asociación Científica PSICOST.**

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

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

Jerónimo Saiz Ruiz. **Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).**

Encarnación Mollejo Aparicio. **Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).**

Miguel Bernardo Arroyo. **CIBERSAM.**

Mariano Hernández Monsalve. **Experto.**

Antonio Espino Granada. **Experto**

Sara Velasco Arias. **Experta.**

Alberto Fernández Liria. **Experto.**

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD

Dirección General de la Agencia de Calidad del SNS

Pablo Rivero Corte - Director General

Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad

Concepción Colomer Revuelta

Isabel Peña-Rey

José Rodríguez Escobar

Eusebio Rasillo Rodríguez

Instituto de Información Sanitaria

M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio - Subdirectora Adjunta

Observatorio de Salud de las Mujeres

Isabel Saiz Martínez-Acitores - Coordinadora de Programas

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

José Miguel Mata de la Torre - Consejero Técnico

Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del SNS y Alta Inspección

Cristina Alfaro Allona - Consejera Técnica

IMSERSO

Ángel Calle Montero

Equipo Redactor del Informe:

Manuel Gómez-Beneyto

José Rodríguez Escobar

Eusebio Rasillo Rodríguez

Beatriz Gómez González

Ana Blanco Quintana

Diego Vannereau Sánchez

Isabel Peña-Rey

Índice

| | |
|---|----|
| Presentación | 9 |
| Introducción | 11 |
| 1. Análisis de Situación | 15 |
| 1.1. Principios y valores | 15 |
| 1.2. Epidemiología | 16 |
| 1.3. Marco normativo | 18 |
| 1.4. Marco internacional | 19 |
| 2. Desarrollo de las Líneas Estratégicas | 25 |
| Línea Estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental | 25 |
| Análisis de situación de la promoción de la salud mental | 25 |
| Objetivo general 1 | 28 |
| Análisis de situación de la prevención de la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones | 30 |
| Objetivo general 2 | 36 |
| Análisis de situación de la erradicación del estigma y discriminación | 38 |
| Objetivo general 3 | 40 |
| Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales | 41 |
| Análisis de situación de la atención a los trastornos mentales | 41 |
| Objetivo general 4 | 52 |
| Análisis de situación en contención involuntaria | 56 |
| Objetivo General 5 | 56 |
| Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional | 57 |
| Análisis de situación | 57 |
| Objetivo general 6 | 60 |
| Objetivo general 7 | 61 |
| Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario | 62 |
| Análisis de situación | 62 |
| Objetivo general 8 | 64 |
| Línea Estratégica 5: Investigación en salud mental | 66 |
| Análisis de situación | 66 |
| Objetivo general 9 | 67 |

| | |
|---|----|
| 3. Evaluación | 69 |
| Anexo I: Criterios de Calidad en Promoción y Prevención | 71 |
| Anexo II: Criterios de Calidad en Psicoterapia | 77 |
| Anexo III: Diagrama Europeo de Servicios | 81 |
| Glosario | 83 |
| Índice de abreviaturas y acrónimos | 87 |
| Bibliografía | 89 |

Presentación

Mejorar la atención a la salud mental en España es uno de los objetivos estratégicos del Ministerio de Sanidad y Política Social. De este modo, a finales de 2004 se asumió el proyecto de elaborar la Estrategia de Salud Mental para el conjunto del Sistema Nacional de Salud.

Para dicho fin, desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, fueron convocadas las asociaciones profesionales y ciudadanas directamente interesadas en Salud Mental y las Comunidades Autónomas. Fruto del trabajo participativo de todos ellos fue la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, que el 11 de diciembre de 2006 fue aprobada por unanimidad por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, estableciéndose que se realizaría una primera evaluación a los dos años de su aprobación.

Efectuada su evaluación, se presenta aquí la nueva Estrategia para el periodo 2009-2013. En este documento se recogen, de forma resumida, los resultados de la evaluación que, junto con la información sobre hallazgos técnicos y científicos publicados en los últimos años, ha permitido revisar la propuesta inicial de la Estrategia, modificar o suprimir algunos objetivos y añadir otros.

La Estrategia, como un proceso dinámico y temporalmente indefinido, se ha convertido en un referente de autoridad y de prestigio científico en foros de discusión, tanto nacionales como internacionales, sobre temas relacionados con la salud mental. El trabajo realizado debe ser valorado también por la consolidación de un equipo, el Comité de Seguimiento y Evaluación, que ha mostrado su coherencia y motivación para seguir supervisando e impulsando el desarrollo de la Estrategia, convirtiéndose en un verdadero equipo de trabajo capaz de liderar la modernización del sistema de salud mental en nuestro país.

A todos cuantos han contribuido a la materialización de esta Estrategia quiero transmitirles mi más sincero agradecimiento por su esfuerzo y valiosa aportación a la mejora continua de la atención en salud mental que reciben los ciudadanos.

*Doña Leire Pajín Iraola
Ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad*

Introducción

La Estrategia en Salud Mental fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), en diciembre del año 2006. El Comité de Seguimiento y Evaluación (CSE) ha trabajado en su implementación y mejora. Dicho Comité aglutina al Comité Institucional (CI) y el Comité Técnico (CT) que fueron los que participaron en la elaboración de la Estrategia en el año 2006. El coordinador científico de la estrategia es el Dr. Manuel Gómez Beneyto.

Las funciones de los Comités son las siguientes:

- **Comité Institucional**, valorar la pertinencia y viabilidad de los objetivos propuestos en la Estrategia. Dicho comité está formado por representantes de todas las CC.AA. e INGESA, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, y por parte del Ministerio de Sanidad y Política Social: Agencia de Calidad, Dirección General de Cohesión, IMSERSO y Delegación del Gobierno para Plan Nacional sobre Drogas.
- **Comité Técnico**, es el encargado de elaborar la propuesta de objetivos y las consiguientes recomendaciones de actuación para alcanzarlos, a la vez que ha propuesto mejoras y/o cambios en base a la más reciente evidencia científica. Está constituido por representantes de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y familiares, y expertos independientes designados por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

La Agencia de Calidad del SNS, a través de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad y con la colaboración del Instituto de Información Sanitaria, ha sido la encargada de dar el apoyo técnico, logístico y administrativo necesario para que se cumplan y desarrollen correctamente las funciones del CSE.

Informe de Evaluación

El CSE trabajó en la elaboración de un cuestionario para recoger los datos que permitieron valorar el grado de cumplimiento, por parte de las CCAA, de los objetivos que no disponían de indicador cuantitativo.

La información necesaria para la evaluación de los objetivos de la Estrategia fue facilitada fundamentalmente por las CC.AA. y por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Con la información aportada por las CC.AA. se inició la elaboración del informe de evaluación que junto con los datos recogidos de las restan-

tes fuentes de información se presentó y debatió por los miembros de CSE en marzo de 2009. Se sugirieron cambios, anulaciones o incorporaciones de nuevos objetivos y recomendaciones, asimismo se añadieron dos anexos (ANEXO I y II) donde se especifican los criterios de calidad tanto en Promoción y Prevención como en Psicoterapia. El CISNS aprobó el Informe de Evaluación de la Estrategia en octubre de 2009. Es necesario reconocer que el corto periodo de tiempo al que hacen referencia los datos recogidos para la evaluación de los 10 objetivos generales y 45 específicos impide que se aportara información muy diferente a la presentada en la estrategia inicial sobre la evolución de la salud mental de la población, sin embargo, servirá como base de comparación para las próximas evaluaciones de la Estrategia.

La Actualización de la Estrategia en Salud Mental 2009-2013

El presente documento incluye:

1. **Nueva evidencia científica disponible desde la aprobación de la Estrategia:** estudios epidemiológicos, científicos y técnicos relacionados con la salud mental de la población española publicados entre 2007 y 2009. Se han incluido en esta revisión el conocimiento procedente de modelos y ejemplos puestos en práctica, aunque no estuviesen publicados, siempre que fuesen pertinentes para la revisión de alguno de los objetivos de la Estrategia y que hubieran estado en uso durante un tiempo suficiente para comprobar su utilidad.
2. **Análisis de los resultados de la evaluación:** Dentro del análisis de situación de cada línea estratégica se incluye un breve extracto de los resultados de la evaluación para así mostrar el estado general de implantación de los objetivos. El resumen de la evaluación fue publicado en castellano e inglés:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion.pdf
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion_eng.pdf
3. **Ejemplos de buenas prácticas:** se han recopilado ejemplos de buenas prácticas desarrolladas en el contexto español y que han demostrado su eficacia y efectividad, estando disponibles en:
http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Buenas_practicas_2009_2013.pdf

4. **Redefinición y propuesta de nuevos objetivos y recomendaciones:** Consensuados por el CSE en marzo de 2009 y aprobados por el pleno del CISNS en octubre de 2009.
5. **Indicadores:** Recoge los indicadores actualmente aprobados y pendientes de revisión por el grupo de evaluación del CSE.

1. Análisis de situación

1.1. Principios y valores

Recogemos aquí los principios y valores básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental, enunciados en la primera edición de la estrategia, y que inspira la Estrategia, respaldado por la Ley General de Sanidad (1986) y por el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985)¹⁻⁹.

Autonomía

Capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.

Continuidad

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

Accesibilidad

Capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten.

Comprensividad

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

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

Equidad

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

Recuperación personal

Incluye la recuperación de la salud en sentido estricto y de la conciencia de ciudadanía a pesar de la discapacidad causada por el trastorno.

Responsabilización

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

Calidad

Característica de los servicios, que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en pruebas.

1.2. Epidemiología

En este apartado se recogen las novedades epidemiológicas aparecidas desde la publicación de la Estrategia en 2006 y se complementa con los resultados de la evaluación comentados en el análisis de situación de las líneas estratégicas.

Prevalencia

En España se han desarrollado una serie de estudios para evaluar la prevalencia de trastornos mentales entre los que destaca la participación española en el ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales), estudio de carácter diagnóstico, donde se estima que el 19,5% de los españoles presentaron alguna vez en la vida algún trastorno mental (prevalencia-vida), el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres. En relación a la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio (prevalencia-año), el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental, el 5,2% en hombres y el 11,4% en mujeres¹⁰.

La prevalencia de mala salud mental en España obtenida del análisis de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, sería del 21,5% entre los entrevistados, siendo más elevada entre las mujeres (27%) que entre los hombres (15,7%), aumentando con la edad, principalmente entre las personas mayores de 65 años, tanto en hombres (20,5%) como en mujeres (36,0%)¹¹. Este estudio encuentra diferencias significativas entre Comunidades Autónomas

respecto a la prevalencia de mala salud mental y que podrían estar relacionadas con características tales como el nivel socioeconómico, el nivel de estudios, las tasas de desempleo e inmigración y también con el desarrollo desigual de la reforma psiquiátrica en las diferentes CC.AA. No se han hallado diferencias significativas en la prevalencia de mala salud mental en función de vivir en áreas urbanas o rurales¹¹. Hay que considerar, a este respecto, que se prevé un envejecimiento de la población en los próximos años; en los mayores de 64 años se produciría el mayor incremento poblacional, con un crecimiento de 1,29 millones de personas (un 16,9%) en la próxima década (2009-2019)¹². En referencia a este tramo de edad se estima que la prevalencia de enfermedad alcanza el 10-12% de los casos, siendo aún mayor entre pacientes institucionalizados en residencias y en hospitalizados¹³.

La prevalencia de mala salud mental es mayor entre las mujeres de clases sociales más desfavorecidas y en hombres y mujeres con menores niveles de estudios. El 32% de las mujeres con estudios primarios presentan mala salud mental. En relación al estado civil, se observa que las personas viudas, separadas legalmente y divorciadas presentan peor salud mental. El hecho de ser mujer e inmigrante de países en vías de desarrollo está relacionado con una mayor prevalencia de mala salud mental (29,5%). Sin embargo, los inmigrantes de países desarrollados o de la Unión Europea presentan mejor salud mental que los autóctonos españoles.

En relación a las condiciones de trabajo se observa que las personas en situación de baja laboral presentan mayor prevalencia de mala salud mental seguidas de las personas desempleadas (37,6% entre las mujeres jubiladas o pensionistas). Se ha sugerido que en una situación de depresión económica prolongada es probable observar tasas más altas de alcoholismo y drogadicción, depresión, suicidio y otros problemas de salud mental, tanto en países industrializados como en los menos desarrollados, asimismo la clase social influye de forma importante en el riesgo de padecer trastornos mentales¹⁴. La tasa de paro en España presentó una tendencia creciente desde el primer trimestre del 2007 hasta el primer trimestre de 2010 situándose en 20,05% de la población activa.

También se observa elevada prevalencia de mala salud mental entre las personas que están limitadas en la realización de sus actividades cotidianas. Además, la causa de estas limitaciones se deben a problemas de salud mental y/o físicos, lo que refuerza el impacto, en términos de discapacidad, de los problemas de salud mental en la vida cotidiana de las personas^{15,16}. Es importante considerar la gran comorbilidad entre problemas de salud física y los trastornos mentales, lo que orienta la necesidad de desarrollar intervenciones dirigidas a la salud física y mental de las personas¹⁷.

Por último, cabe destacar que no existen diferencias significativas en la prevalencia de mala salud mental entre personas que viven en áreas urbanas y rurales. Estos resultados difieren de estudios anteriores que encontraron mayor prevalencia de mala salud mental en áreas urbanas^{18,19}.

Estimación de carga global y costes asociados al tratamiento de los trastornos mentales

En estos dos últimos años se han publicados numerosos estudios sobre costes sanitarios generados por la atención a los trastornos mentales. Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades, a nivel mundial, puede ser atribuido a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debido a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo la depresión¹⁵. Entre las enfermedades no fatales, la depresión es la mayor causa de años vividos con discapacidad¹⁶.

En un estudio europeo prospectivo de 12 meses en el que participó Granada se analizan los costes directos generados por la atención a personas diagnosticadas de esquizofrenia. Los costes de medicación fueron relativamente uniformes entre los países pero los de atención no farmacológica presentaron diferencias muy notables, variando desde 2.958€ en Granada hasta 36.978€ en Suiza. Los costes se asociaron más a los lugares que a las características del trastorno²⁰.

Un estudio prospectivo de base poblacional llevado a cabo en Cataluña sobre 4.572 personas diagnosticadas de depresión con el objeto de comparar los gastos generados por los pacientes que remitieron frente a los que no, reveló que los costes sanitarios alcanzaron los 1.874€, correspondiendo 1.100€ a atención primaria y 774€ a atención especializada, la pérdida de productividad se cifró en 3.890€ y los costes totales, sanitarios y no sanitarios ascendieron a 5.764€²¹.

1.3. Marco normativo

Desde la publicación de la Estrategia se han producido cambios normativos en el ámbito europeo, nacional y en las CC.AA. Estos cambios afectan fundamentalmente a los temas de adicciones, dependencia y acceso no discriminatorio a los puestos de trabajo de personas con problemas de salud mental. Hay que resaltar la importancia de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de “*Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*”, que aspira a ser un cuarto pilar del Estado de Bienestar y que da respuesta a algunos de los objetivos planteados en la

Estrategia. Las CC.AA. también han elaborado normativas sobre aspectos de ordenación de servicios de salud mental, igualdad efectiva, prevención de la violencia de género, derechos y deberes de los usuarios de salud mental, subvenciones, etc. La recopilación realizada de la normativa publicada desde 2006 y relativa a salud mental puede consultarse en:

<http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Normativa.pdf>

1.4. Marco internacional

El Ministerio de Sanidad y Política Social mantiene una estrecha relación de cooperación con organismos internacionales que se ocupan de la salud mental en programas y proyectos relacionados con los objetivos de la Estrategia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)

La Declaración de Helsinki²² y el Plan de Acciones, acordado por todos los ministerios de salud de la Región Europea de la OMS en 2005, conlleva un proyecto de evaluación sistemática de su implementación en los países firmantes. La OMS lidera este proceso de monitorización y por ello creó un grupo de expertos, en el que participa activamente el MSPS, para desarrollar una herramienta, mediante un juego de indicadores estratégicos, que permita seguir el progreso del Plan.

La OMS propuso la elaboración de una herramienta de autoevaluación utilizable por cada uno de los países que permite llevar un registro interno. De esta manera se eliminan las diferencias en lenguaje, conceptos y métodos que impiden llevar a cabo comparaciones tal como se puso de manifiesto en el informe de la OMS sobre “Políticas y Prácticas Europeas en Salud Mental”²³. Se seleccionó como modelo para desarrollar esta herramienta la European Foundation for Quality Management (EFQM) por su capacidad para identificar áreas de mejora, flexibilidad y adaptabilidad a las condiciones específicas de cada país. El grupo de trabajo lo está adaptando a los servicios de salud mental desde la perspectiva del Plan de Acción de Helsinki, se espera que concluya su trabajo en 2010.

El Consejo de Europa

El Consejo de Europa (CoE) tiene como finalidad la defensa de los derechos humanos, la democracia pluralista y la preeminencia del derecho, así como potenciar la identidad europea entre todos los ciudadanos de este continente.

Tres convenios, suscritos por España, son de especial interés para la salud mental:

- Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950²⁴.
- Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura²⁵, por el cual se creó el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura (CPT) que realiza inspecciones al azar sobre el trato que reciben las personas en situación de privación de libertad, lo que incluye a personas internadas por motivos de salud mental, y recomienden medidas que deben adoptarse con miras a reforzar su protección.
- Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo)²⁶.

Derechos de las personas con trastornos de la salud mental. Un instrumento de referencia

El Comité de Ministros del CoE aprobó en 2004 la Recomendación 2004 REC(2004)²⁷ relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.

Por mandato del European Health Committee, en octubre de 2006 se constituyó un Comité de Expertos en Salud Mental con la misión de crear un instrumento que debe ser complementario a los documentos generados por la OMS (documentos de Helsinki) y la Comisión Europea (Green Paper, posteriormente Pacto Europeo) y debe tener por objeto velar por los derechos de las personas con trastornos de salud mental. El MSPS asumió el encargo del CoE de recopilar, y comprobar su coherencia, todas las recomendaciones y disposiciones emanadas de diferentes organismos del Consejo de Europa y otras agencias internacionales²⁸. Esta herramienta comprueba el grado de cumplimiento de la norma REC (2004)²⁷ y fue adoptada, por consenso de los representantes ministeriales, en mayo de 2009 (el instrumento ha sido traducido al castellano²⁹). En 2009 el Consejo de Europa realizó una encuesta destinada a evaluar la repercusión del instrumento cuyos resultados aún no han sido publicados.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)

El proyecto HCQI

El Proyecto HCQI (Health Care Quality Indicators) es un proyecto para desarrollar indicadores de calidad en la atención a la salud. En 2007, el Comité de Salud de la Dirección para el Empleo, el Trabajo y los Asuntos Sociales de la OCDE publicó el informe “Health at a glance 2007” (Panorama de la Salud informe de la OCDE-2007) con indicadores sobre estructura, costes, mortalidad infantil, muerte evitable y calidad. Para elaborar el

informe de 2009, se decidió desarrollar nuevos indicadores sobre aspectos no incluidos en el anterior, como salud mental, seguridad, promoción, prevención, atención primaria y experiencia del paciente. Con ese objeto se constituyó el Grupo de Expertos en Salud Mental, integrado por varios países (Alemania, Australia, Canadá, República Checa, Corea del Sur, Dinamarca, Eslovaquia, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Holanda, Hungría, Islandia, Italia, Noruega, Nueva Zelanda, Polonia, Portugal, Reino Unido, Suecia y Turquía). Después de elaborar un amplio repositorio de indicadores, realizar una encuesta a los países miembros, valorar las dificultades que planteaban la obtención de indicadores de salud mental por inexistencia o variabilidad de las fuentes de datos, y realizar una prueba piloto, el número de indicadores que permitían comparaciones quedó reducido a dos:

- 1) Tasa de reingresos no planificados (en los 30 días siguientes al alta) en pacientes con diagnóstico de trastorno esquizofrénico y
- 2) Tasa de reingresos no planificados (en los 30 días siguientes al alta) en pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar.

Los datos obtenidos en el pilotaje fueron muy discutidos. La mayor tasa de reingresos correspondía a los países escandinavos y España era el país con una tasa de reingresos menor (al completar el estudio “Health at a glance 2009”, el Reino Unido y Eslovaquia, no incluidos en el estudio piloto resultaron tener tasas aún más bajas). En el grupo se valoraron diversas explicaciones: que los países con tasas más bajas no recogían todos los reingresos, que al carecer de identificador único los recogían atribuyéndolos a pacientes diferentes, que los países con alto número de reingresos dividían artificialmente los ingresos por motivos de gasto, etc.

Health at a glance 2009: una lectura desde España^{30,31}

El texto final tiene dos aspectos especialmente relevantes para la salud mental en general y la atención a la salud mental en España en particular. Uno es el hecho de utilizar indicadores de calidad en el cuidado de la salud mental. El otro se refiere a recursos humanos en el que se analiza la tasa de psiquiatras por 100.000 habitantes en 27 países, la media de la OCDE es de 15 psiquiatras, España ocupa el número 24 con 8. Como posteriormente se indica en los resultados de la evaluación del 4º objetivo general estos ratios han de analizarse teniendo en cuenta otros factores y la propia OCDE señala la extensa red de atención primaria en España.

Comisión Europea: El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar

A raíz de la Declaración y del Plan de Acción de Helsinki²², la Comisión Europea consideró que los Estados miembro de la Unión Europea debían

emprender líneas de trabajo y de acción conjuntas que permitieran desarrollar los contenidos de Helsinki y sincronizar acciones y estrategias. Todo ello se plasmó en el proyecto “Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población- Hacia una estrategia en salud mental en la Unión Europea”³².

El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar fue la propuesta de continuidad del Libro Verde. Sobre la base de los documentos para su elaboración se redactó el Pacto que la Comisaria Europea de Salud , junto con el Comisario Europeo de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, lanzó, como una declaración intersectorial sobre las acciones en salud mental en Europa, en la Conferencia de Alto Nivel “Juntos por la Salud y el Bienestar”.

El Pacto atañe a cinco áreas prioritarias, apoyadas en cinco documentos de consenso, que son:

- La salud mental entre los jóvenes y en la educación.
- Prevención del suicidio y de la depresión.
- La salud mental en el entorno laboral.
- La salud mental de las personas mayores.
- Luchar contra el estigma y la exclusión social.

Los objetivos del Pacto son apoyar e informar a los Estados miembros y a otros actores interesados, promover las mejores prácticas, alentar el desarrollo de acciones para afrontar los principales desafíos que atañen a la salud mental y reducir las desigualdades sociales.

El 18 de enero de 2009 el Parlamento Europeo adoptó la resolución 2008/2209 (Informe A6-0034/2009) en la que se asumen los postulados y propuestas del Pacto así como un conjunto de llamadas a desarrollar acciones relativas a la salud mental, tanto a nivel nacional como a nivel europeo (<http://www.ec-mental-health-process.net/implementation.html#01>). Actualmente el Pacto está en fase de implementación dentro de la cual tiene especial relevancia el desarrollo de cinco conferencias temáticas sobre cada una de las áreas prioritarias:

1. Promoción de la Salud Mental y el Bienestar de Niños y Jóvenes. 29-30 septiembre 2009, Estocolmo, dentro de la Presidencia Sueca de la UE³³⁻³⁵
2. Prevención del Suicidio y la Depresión. 10-11 diciembre 2009, en Budapest, organizado por el Ministerio de Salud de Hungría.^{36 37}
3. La Salud Mental de Personas Mayores, Madrid 28-29 junio 2010, dentro de la Presidencia Española de la UE
4. Combatiendo el Estigma y Mejorando la Inclusión Social, Lisboa 15-16 noviembre 2010, organizado por el Ministerio de Salud de Portugal.

5. Salud Mental en el Trabajo, Berlín marzo 2011, organizado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y por el Ministerio de Salud de Alemania.

EU-Compass ³⁸

Para facilitar y animar el intercambio y asimilación de buenas prácticas en todos los Estados miembro la Comisión ha diseñado el “EU-Compass”, un recurso en red, pretende ser un instrumento de trabajo abierto y dinámico que proporciona una colección de documentos, declaraciones, buenas prácticas y políticas para la mejora y la promoción de la salud mental y el bienestar.

2. Desarrollo de las líneas estratégicas

Línea estratégica 1.

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

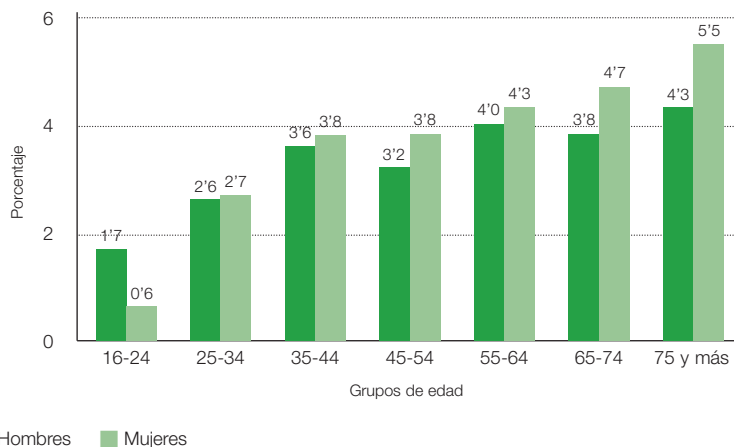
Análisis de situación de la promoción de la salud mental

La Salud Mental positiva en la población española

La dimensión positiva de la salud mental hace referencia al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, abarca la autoestima, el autocontrol, el optimismo y el sentido de la coherencia. La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad siendo mucho más que la ausencia de enfermedad, ya que tiene un valor en sí misma (OMS, 2001). El grado de salud mental se relaciona con la capacidad para enfrentarse y superar las adversidades de la vida sin perder el equilibrio emocional. Esta propiedad depende de factores personales, del contexto sociocultural y económico.

Para la evaluación de la salud mental de la población en el contexto de la Estrategia se seleccionaron dos variables de la Encuesta Nacional de Salud de España, del año 2006 (ENSE 2006) altamente correlacionadas con la capacidad de afrontar el estrés y por lo tanto con la salud mental positiva, “el apoyo social percibido” (que se mide mediante el cuestionario de Duke-UNC) y “la función familiar” (que se mide con APGAR). Ambos instrumentos han sido adaptados y validados en población española^{39, 40}.

Figura 1. Porcentaje de personas que consideran que tienen un bajo apoyo social



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social

Por apoyo social y familiar entendemos el resultado de la interacción entre personas en función de la ayuda percibida en los aspectos emocionales, informativos, funcionales y materiales. En términos generales, la percepción de un bajo apoyo social aumenta conforme avanza la edad.

Al aumentar la edad aumenta el diferencial entre hombres y mujeres, siendo en todos los grupos la mujer –excepto el de jóvenes de 16 a 24 años– la que percibe menor apoyo social. Así lo declaran el 4,3% de los hombres y el 5,5% de las mujeres de 75 y más años, siendo estos los valores más altos.

En cuanto a la función familiar el cuestionario de APGAR mide los componentes del funcionalismo familiar en cuanto a adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive. Los resultados dan puntuaciones muy positivas, el 93,4% de la población española declara tener una familia considerada normofuncionante, siendo escasa la diferencia entre hombres y mujeres y entre CC.AA.

Programas de promoción de la salud

Prácticamente todas las CC.AA. han incorporado programas de promoción en sus planes de salud mental. Se han realizado más de treinta y cuatro mil intervenciones en personas de edad avanzada, adolescentes y minorías étnicas, unas directas y otras a través de los medios de comunicación. Los programas e intervenciones evaluados han sido escasos, si bien es cierto que un periodo de dos años es un intervalo de tiempo relativamente corto para evaluar los resultados de este tipo de acciones. La situación en España es com-

parable a la de otros países europeos. La promoción de la salud mental todavía no se ha generalizado⁴¹, tal vez porque solo muy recientemente se han publicado técnicas de intervención eficaces basadas en evidencia científica. No obstante cabe señalar el número de intervenciones notificadas y la gran variabilidad entre Comunidades.

Recientemente, la “alfabetización” en salud mental está siendo objeto de interés y existen ya evidencias de su efectividad⁴². Se considera “alfabetización” a la psicoeducación e información a población general sobre patología mental, prevención, recursos, etc. Los medios de comunicación son instrumentos privilegiados para este tipo de intervenciones.

Poco más de la mitad de las CC.AA. ha incluido en su plan de salud mental intervenciones específicamente orientadas a asesorar e informar a los responsables institucionales de la relación existente entre las actuaciones de carácter institucional y la salud mental. No es de extrañar que el número de intervenciones evaluadas sea escaso debido a lo novedoso del objetivo y a la dificultad que supone su implementación. Se trata de concienciar a políticos y altos funcionarios en la necesidad de tener en cuenta las implicaciones sobre la salud mental de la población que pueden tener todo tipo de políticas, incluso aquellas sin un objetivo aparentemente relacionado con la salud. Una encuesta realizada en países de la región europea de la OMS reveló que, como resultado de este tipo de intervenciones, el 41% de los países incluía la salud mental en los sistemas de valoración del impacto sanitario de las políticas públicas⁴³.

La gran mayoría de las CC.AA. afirman tener incluidas en su plan intervenciones comunitarias en “áreas de alto riesgo de exclusión social o marginalidad”, llegando a 400 las intervenciones iniciadas de las que el 54% fueron evaluadas. Existen programas eficaces para reducir la violencia y el abuso de sustancias en comunidades de alto riesgo⁴⁴. Los programas son complejos, para su ejecución requieren la colaboración de las autoridades locales y su éxito pasa por involucrar en la realización del mismo a parte de los habitantes de la comunidad.

Salud Mental y Medio Ambiente

El interés sobre los efectos de la acción humana sobre el medio ambiente y su repercusión en la salud es antiguo pero solo recientemente ha sido posible aportar datos fiables y elaborar hipótesis robustas que puedan servir de base racional para justificar intervenciones de salud pública en este área. El interés de los investigadores se ha centrado fundamentalmente en identificar los factores medioambientales susceptibles de modificación mediante normas o actuaciones de salud pública.

La existencia de infraestructuras adecuadas, la distribución de servicios, la extensión y localización de “espacios para escapar”; el nivel de ruido

y contaminación urbano, la densidad poblacional y muchos otros factores que resultan del crecimiento de las ciudades pueden ejercer un efecto negativo o positivo sobre el bienestar de la población, sobre la salud en general y sobre la salud mental en particular⁴⁵⁻⁴⁷. A estos aspectos físicos ambientales hay que añadir determinados estilos de vida y de relación social que en parte están condicionados por la propia estructura física de las ciudades⁴⁸. Especial interés tiene la influencia de algunos de estos factores sobre la crianza y el aprendizaje escolar⁴⁹.

La operatividad de los conceptos implicados en la explicación de la relación entre el medio ambiente y la salud es un tema de interés reciente. El conjunto de procedimientos, métodos y herramientas para evaluar una política, un programa o un proyecto determinados en relación a su efecto potencial sobre la salud se conoce como HIA-Health Impact Assessment (Evaluación del Impacto Ambiental)⁵⁰. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias ha publicado recientemente una valoración de la eficacia del HIA⁵¹.

En la actualidad disponemos de una herramienta, si bien todavía en fase de experimentación, para evaluar el impacto que podrían ejercer políticas, programas, servicios o proyectos de cualquier naturaleza sobre el bienestar mental de la población⁵². Se trata de un protocolo que las partes interesadas tales como organizaciones no gubernamentales para la defensa del medioambiente, promotores y empresas de la construcción, afectados potenciales y la propia administración pueden aplicar a la documentación del proyecto, o programa, en la fase de solicitud, antes de su aprobación, con el fin de ayudar a tomar la decisión sobre una base objetiva y racional. Un ejemplo paradigmático lo encontramos en la aplicación de esta herramienta para evaluar el conjunto de actividades organizadas por el ayuntamiento de Liverpool con motivo de la declaración de esta ciudad como capital cultural europea 2008⁵³.

Objetivos

Objetivo General 1: Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos

Objetivos específicos

1.1. Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones para promover la salud mental en cada uno de los grupos de edad o etapas de la vida: la infancia, la adolescencia, la edad adulta y las personas mayores, diferenciando en cada etapa necesidades diferenciales de ambos sexos.

1.2. Formular, realizar y evaluar un conjunto de intervenciones orientadas a asesorar e informar a los y las responsables institucionales de las

Administraciones central, autonómica y local sobre la relación existente entre las actuaciones de carácter institucional y la salud mental.

1.3. Desarrollar, entre el Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA., un conjunto de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación.

1.4. Las CC.AA. desarrollarán intervenciones de promoción y prevención según los criterios de calidad contemplados en la tabla de Criterios de Calidad (ver ANEXO I).

1.5. Realizar una evaluación del impacto en salud, preservando y promoviendo el bienestar mental de la población en la tramitación de normas, la elaboración de planes y la valoración de proyectos sujetos a la evaluación del impacto ambiental.

1.6. Generar una corriente sanitaria y social crítica que promueva y difunda nuevos modelos de relación igualitaria y sana entre mujeres y hombres, con estrategias de comunicación efectivas y apoyo económico suficiente para su logro.

1.7. Sensibilizar a las y los profesionales de salud y salud mental, sectores líderes de la comunidad y medios de comunicación sobre la necesidad de incorporar la perspectiva de género a todas sus actuaciones y capacitarles sobre la forma de llevarlo a cabo, como medio para posibilitar el cambio de modelos de género determinantes para la salud mental en las poblaciones destinatarias y la comunidad en general.

Recomendaciones

1. Las intervenciones de promoción de la salud mental se dirigirán a grupos específicos de población y formarán parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública. Estas actuaciones integrarán un plan específico o estarán integradas en los planes de promoción de la salud o en los de salud mental de las CC.AA.
2. Se recomiendan intervenciones de efectividad probada y orientadas a mejorar la resiliencia, tales como el afrontamiento del estrés, la búsqueda de apoyo social, el aprendizaje de técnicas de solución de problemas, el aumento de la autoestima y el desarrollo de habilidades sociales, entre otras.
3. En las intervenciones dirigidas a representantes institucionales, se señalará el papel central de la salud mental como generadora de bienestar y de productividad, y la importancia de la interacción del hábitat (ecología urbana), la educación (capital humano), las posibilidades de participación ciudadana (capital social), las relaciones

igualitarias de género y los determinantes psicosociales de género con la salud mental de la población, así como las consecuencias socioeconómicas negativas derivadas de ignorarlas.

4. El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. desarrollarán intervenciones dirigidas a los medios de comunicación para implicarlos en la promoción de la salud mental.

Análisis de situación de la prevención de la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones

Porcentaje de personas en riesgo de mala salud mental

La salud mental de la **población adulta** (de 16 y más años) se ha valorado en la ENSE 2006 con el *Cuestionario de Salud General de 12 preguntas* (GHQ-12), estableciendo el punto de corte en 4 sobre 12. Este cuestionario permite hacer un cribado poblacional, detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de malestar psicológico, explorando el estado del encuestado durante el último mes respecto a su estado habitual. No es adecuado para hacer diagnósticos clínicos ni para valorar trastornos crónicos. Los resultados muestran que las mujeres presentan un mayor riesgo de mala salud mental (19,9%) que los hombres (11%), dato similar en todas las CC.AA.

En **población infantil** la salud mental se valoró, en la ENSE 2006, con el *Cuestionario de Capacidades y Dificultades* (SDQ). Este instrumento detecta casos probables de trastornos mentales y del comportamiento en la población de 4 a 15 años. El 11,96% de la población infantil presentó unos índices considerados de riesgo de mala salud mental, (12,9% en niños y 10,9% en niñas).

Ambos instrumentos, GHQ-12 y SDQ, han sido adaptados y validados en población española⁵⁴⁻⁵⁶. La prevalencia y las distribuciones por sexo y edad responden a lo esperado utilizando como referencia otros estudios, sin embargo la interpretación de este indicador, en población adulta o infantil, debe ser cautelosa debido a que la ENSE los utiliza por primera vez en 2006.

Prevalencia de problemas mentales autodeclarados

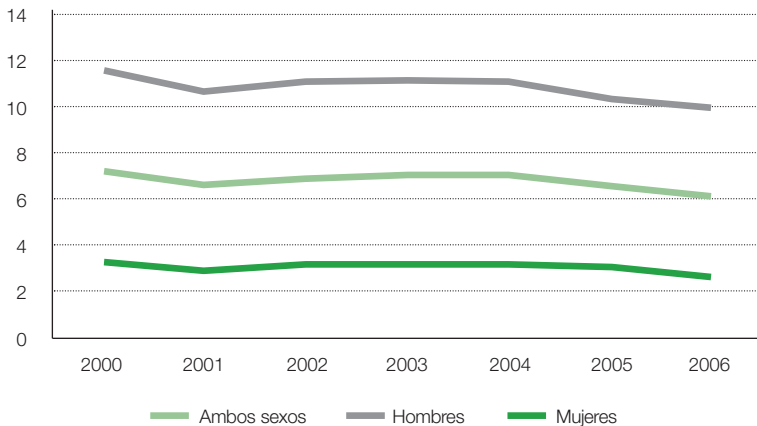
Se estima a partir de la información recogida en la ENSE 2006 en respuesta a la pregunta: “*padece o ha padecido depresión, ansiedad u otros trastornos mentales y, en caso afirmativo, lo ha padecido en los últimos 12 meses y se lo ha dicho un médico que lo padece*”. En población de 16 y más años, la prevalencia de problemas mentales autodeclarados se situó en el 11,5%, siendo más del doble en mujeres (16,3%) que en hombres (6,6%). Este resultado concuerda con la tendencia observada a través del GHQ-12.

Prevención del suicidio

En relación con las **autolesiones** identificadas como altas hospitalarias en el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta (CMBD), registro de altas hospitalarias en España, en que consta la existencia de una autolesión, codificada con la clasificación CIE 9-MC (códigos E950 a E959), y excluyendo los casos de fallecimiento, la incidencia en 2007 es de 11% (10% en los hombres y 12% en las mujeres).

Las **tentativas de suicidio** registradas en los hospitales presentan una elevada variabilidad entre las CC.AA. y un total sumamente bajo (11 altas por 100.000 habitantes) lo que induce a pensar en la existencia de diferentes criterios a la hora de su registro y codificación, pudiendo existir casos de infra-registro en las historias clínicas y/o infra-codificación de los mismos. En estudios de población general realizados en España se ha encontrado una prevalencia de ideas y planes de suicidio del 4,4% y del 1,5% de tentativas de suicidio, este último dato más frecuente en mujeres jóvenes y con bajo nivel educativo⁵⁷.

Figura 2. Evolución de la tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad, por 100.000 habitantes.



Fuente: Defunciones según causa de muerte. Instituto Nacional de Estadística y elaboración propia Ministerio de Sanidad y Política Social.

En España, la tasa de mortalidad por **suicidio** ajustada por edad (utilizando como estándar la población europea), se situó en 6,23 muertes por cada 100.000 habitantes en el año 2006, siendo superior en el hombre (10,04) que en la mujer (2,76). Durante el periodo comprendido entre los

años 2000 y 2006, la tasa disminuyó ligeramente en ambos sexos, de 7,2 casos en el año 2000 a 6,2 en 2006.

Gabilondo⁵⁷ ha estudiado la prevalencia y los factores de riesgo de la ideación suicida, los planes de suicidio y las tentativas de suicidio mediante la Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0.). Para ello llevó a cabo una encuesta personal domiciliaria sobre una muestra de 5.437 personas representativa de la población general no institucionalizada y mayor de 18 años. La prevalencia de ideas y planes de suicidio fue de 4,4% y de intento de suicidio de 1,5%. La presencia de ideas y planes se relacionó de forma independiente y estadísticamente significativa con el sexo (mayor riesgo en la mujer), edad (mayor riesgo en los grupos de menor edad), educación (mayor riesgo en menor nivel educativo) y la presencia de 2 o más trastornos psiquiátricos. La presencia de intentos de suicidio mostró un patrón similar, pero la asociación mayor del riesgo en la mujer no alcanzó un valor estadísticamente significativo.

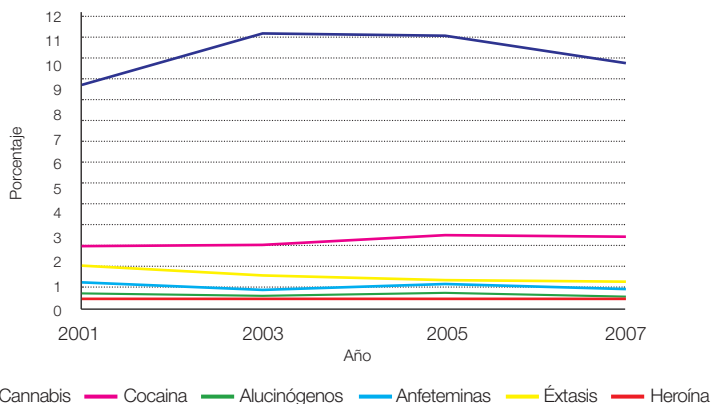
En relación con acciones específicas de las CC.AA. para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo cabe señalar que doce comunidades han incluido medidas de este tipo en sus planes de salud mental, se han realizado 11 actuaciones de las cuales 7 fueron evaluadas. Las bajas tasas de incidencia y la estabilidad de la tendencia en los últimos años pueden explicar la divergencia en extensión y calidad de estos programas que van desde la campaña de sensibilización a la población general hasta la compleja implantación del Proyecto Europeo contra la Depresión⁵⁸. Sin embargo los síntomas depresivos, particularmente en la edad avanzada, sitúan a España en el primer lugar en el ranking europeo⁵⁹, la prevalencia de la depresión alcanza al 3,9% de la población general, el doble en mujeres (5,62%) que en hombres (2,15%). El número de programas para prevenir la depresión, en las CC.AA., no se corresponde con su elevada prevalencia.

Prevención de las adicciones

Se han consultado tres encuestas:

- Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas (EDADES 2001-2007) referente a población adulta.
- Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2008) para población de 14 a 18 años, ambas enfocadas hacia sustancias ilegales.
- Encuesta Nacional de Salud (ENSE 2006) para los datos de consumo de alcohol.

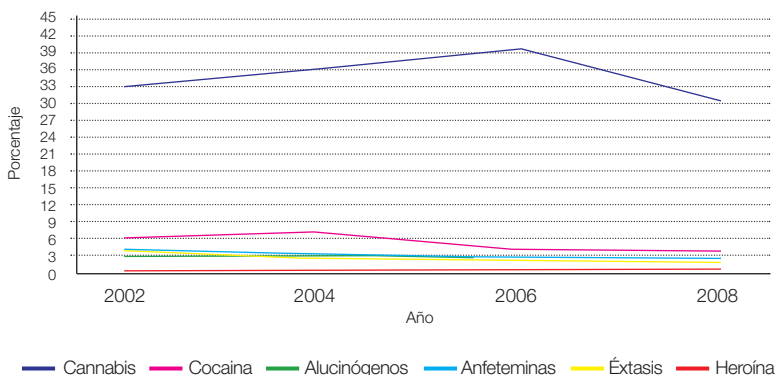
Figura 3. Prevalencia de consumo de drogas en los últimos 12 meses, en la población española de 15 a 64 años, según tipo de sustancia. 2001-2007



Fuente: MSPS. DGPNSD. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES) 2001 a 2007

La sustancia psicoactiva de mayor consumo en España en población adulta es el cannabis, con una prevalencia del 10,1% en 2007, muy por delante de la cocaína, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos o heroína. La prevalencia en hombres dobla a la de mujeres. En conjunto se observa una ligera disminución en la prevalencia de consumo en hombres y mujeres, salvo de cocaína en estas últimas.

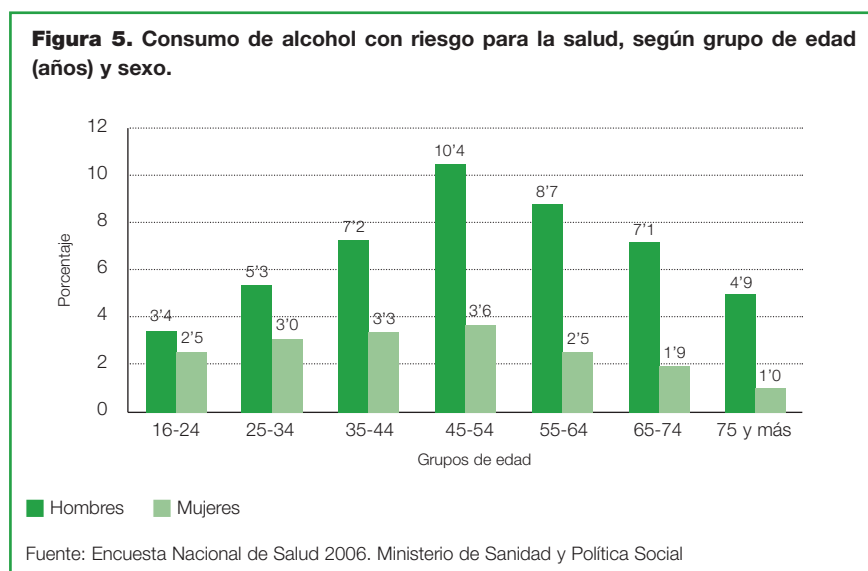
Figura 4. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas durante los 12 últimos meses, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (porcentajes) España 2002-2008



Fuente: MSPS. DGPNSD. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2002-2008

El consumo de cannabis en España constituye un problema importante, especialmente en la población escolar, siendo la sustancia de mayor consumo en población escolar adolescente española, con una prevalencia del 30,5 %, (33,5% en hombres y del 27,5% en mujeres). Merece la pena resaltar como dato positivo que el consumo de todas las sustancias psicoactivas, salvo la heroína, ha experimentado un decremento moderado entre 2002 y 2008. Conscientes de la gravedad que el problema supone, casi todas las CC.AA. incluyen en sus planes de salud mental intervenciones para disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas estando la mayoría de ellas evaluadas.

En cuanto al **consumo de alcohol**, considerando bebedor de riesgo aquella persona cuyo consumo habitual equivale a más de 40 g/día en el hombre y de 20 g/día en la mujer, en población de 16 y más años, la prevalencia en población española adulta se sitúa en 4,7%, (6,8% entre los hombres y 2,7% entre las mujeres). La mayor prevalencia entre hombres se observa en todos los grupos de edad (llegando hasta el 10,4% en hombres de 45-54 años) si bien entre los jóvenes la diferencia es menos acusada.



Otras intervenciones preventivas

Hay pocos programas de las CC.AA. que incluyan actividades de apoyo a sectores externos a salud mental, tales como:

- Atención Primaria para cuidar a los cuidadores de personas con enfermedades crónicas y

- Servicios de prevención y comités de salud laboral para prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

Probablemente se debe a que resultan ajenos al ámbito cotidiano de actuación de los servicios de salud mental y por las dificultades en relacionarse con otros sectores. Situación similar ocurre con las intervenciones dirigidas a prevenir el desgaste profesional. Sin embargo, el estrés laboral en general, el burn-out en particular y la carga soportada por los cuidadores informales constituyen un problema de preocupante prevalencia en nuestro entorno dadas las importantes repercusiones sanitarias, sociales y económicas⁶⁰. Es necesario facilitar y promover el desarrollo de programas psicoeducativos para familiares y cuidadores de personas dependientes con enfermedades crónicas, muy especialmente con trastorno mental grave, ya que para este colectivo de cuidadores existen intervenciones que han mostrado su eficacia en múltiples ensayos clínicos controlados⁶¹.

Otras experiencias relacionadas con la salud mental

El desarrollo de la Estrategia ha corrido en paralelo al de otras estrategias y planes de ámbito estatal promovidas por otros ministerios que proponen objetivos y acciones con una vocación común de integración social:

- El Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010⁶² incluye la garantía de equidad en la atención a las personas en situación de dependencia y el fomento del acceso al empleo como instrumento de lucha contra la pobreza y la exclusión, junto con los relativos a la política de rentas, la educación y la inmigración; añade un refuerzo a las medidas de acceso a los recursos y derechos atendiendo a las poblaciones más vulnerables en las que se incluyen discapacitados, mayores, reclusos y personas sin hogar. En este sentido, declara su apoyo a la implementación de la Estrategia en Salud Mental.
- Con una perspectiva de género, el Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad 2007⁶³ se enfoca a la atención específica de la salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital.
- La Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008-2012⁶⁴ tiene un doble objetivo, aumento de la tasa de ocupación e incremento de la calidad del empleo en las personas con discapacidad.
- La población reclusa dispone de una Estrategia Global de Actuación en Salud Mental de 2007⁶⁵. Hace un análisis cuantitativo y cualitativo del problema y diseña métodos y procedimientos reglados de identificación, evaluación, rehabilitación y reinserción de la población reclusa con enfermedad mental.

- El Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009⁶⁶ hace específico énfasis a “una atención especial a las deficiencias y a la salud mental de la infancia y la adolescencia”. Esto supone una superación de objetivos de salud, ya alcanzados, centrados en la mortalidad infantil y perinatal pasando a otros modos de enfermar.

Objetivos

Objetivo General 2: **Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general**

2.1. Realizar y evaluar un conjunto o plan de “intervenciones comunitarias” en áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, con el fin de actuar sobre los determinantes, incluidos los determinantes de género de los trastornos mentales y de las adicciones.

2.2. Realizar y evaluar un conjunto o plan de intervenciones, dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Drogas y, en su caso, en el de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la Comunidad.

2.3. Realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo.

2.4. Desarrollar intervenciones en atención primaria dirigidas a ofrecer apoyo a las familias, tendiendo a compartir y rebalancear la carga de las mujeres que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño del rol.

2.5. Realizar y evaluar un conjunto de acciones de apoyo a los servicios de prevención y comités de salud laboral de las CC.AA. encaminadas a prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo.

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

2.7. Incluir en los planes de prevención de la depresión y consumo de sustancias, acciones encaminadas a mejorar las condiciones sociales de género determinantes de vulnerabilidad diferencial de género de las mujeres y de los hombres.

2.8. Estimular la creación de recursos grupales de prevención de los trastornos mentales comunes y re-socialización específicamente para mujeres en servicios de atención primaria y/o social o comunitaria.

2.9. Favorecer la creación de recursos para el cuidado de enfermos mentales y la aplicación efectiva de la Ley de Dependencia para redistribuir la carga del cuidado y favorecer un clima social valorizador y disculpabilizador de la cesión del cuidado de las personas dependientes a instituciones y otros recursos distintos a las familias.

Recomendaciones

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

7. Realizar y evaluar intervenciones para prevenir los problemas de salud mental de las cuidadoras y los cuidadores y familiares de personas dependientes con enfermedades crónicas y de personas con enfermedad mental.
8. Facilitar y promover el desarrollo de programas psicoeducativos para familiares y cuidadoras y cuidadores de personas con enfermedades crónicas con dependencia, y de personas con enfermedad mental, que favorezcan el adecuado manejo de las situaciones generadas por el cuidado de estos enfermos.

Análisis de situación de la erradicación del estigma y la discriminación asociado a las personas con trastornos mentales

En España, según la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008), la discapacidad atribuida a las demencias, trastornos mentales y deficiencia intelectual afecta a 719.000 personas mayores de 6 años, el 19% del total de personas con discapacidad, lo que representa una tasa de 17 casos por cada mil habitantes, siendo mayor el porcentaje en mujeres que en hombres, con variaciones poco significativas entre CC.AA. La prevalencia de discapacidad causada por la demencia es mayor en las mujeres pero en el resto de las causas de discapacidad las diferencias entre ambos géneros son poco significativas. La tasa de discapacidad atribuible específicamente a los trastornos mentales y del comportamiento es de 6,4% (6,6% en hombres y 6,1% las mujeres).

La mayoría de las CC.AA. han incluido en sus planes de salud mental, y han realizado, intervenciones para fomentar la integración y reducir la estigmatización de las personas con trastorno mental. Las intervenciones realizadas son campañas de sensibilización, revisión de la normativa, elaboración de protocolos para los centros asistenciales, etc. A este respecto, y como ya se señaló anteriormente, el MSPS, en colaboración con el Consejo de Europa, asumió la tarea de elaborar el informe “Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental”.

Uno de los objetivos más concretos y útiles de la Estrategia, para luchar contra el estigma y la discriminación asociada a las personas con trastorno mental grave, es el que propone que el ingreso de estas personas en fase aguda se realice en unidades de psiquiatría integradas en hospitales generales, convenientemente adaptadas a sus necesidades. Más adelante, en el objetivo general 4 de la Línea Estratégica 2, trataremos más detenidamente este aspecto.

Documentos y programas de interés relativos a la promoción, prevención de los trastornos mentales y reducción del estigma

- El Instituto Nacional para la Excelencia Clínica británico (NICE) dispone de guías de recomendaciones para promocionar la salud mental de niños, adolescentes y personas de edad avanzada^{67,68}.
- Entre los programas dirigidos a mejorar la salud mental de la infancia que han probado su eficacia destaca PATHS (Promotion of Alternative Thinking Strategies)^{69,70} orientado a mejorar la alfabetización emocional, la autoestima y las habilidades de autocontrol y de resolución de problemas en las relaciones interpersonales, al tiempo que mejora el aprendizaje y reduce el fracaso escolar.
- El programa SEAL (Social and Emotional Aspects of Learning)⁷¹ pretende promover la salud mental de escolares de enseñanza primaria y secundaria mediante el desarrollo de un clima escolar que propicie la adquisición y la consolidación de destrezas para el autoconocimiento, la gestión de emociones, la empatía, la motivación y el establecimiento de relaciones sociales.
- “*Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*”, publicado en el año 2008 aporta información factual sobre la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y reducción del estigma⁴¹. Dividido en cuatro partes: 1. Revisa definiciones y conceptos. 2. Describe la posición de algunos organismos internacionales en esta materia. 3. Actualiza y examina de forma exhaustiva la evidencia científica disponible y algunas experiencias internacionales, europeas y españolas. 4. Aporta unas recomendaciones generales y específicas en torno al desarrollo de acciones e intervenciones de promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma.
- En cuanto a la promoción de la salud mental en las personas de edad avanzada se dispone del documento de consenso elaborado en el marco del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar⁷².
- En el Anexo III se aportan recomendaciones sobre los criterios de calidad para la elaboración de programas para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.

Objetivos

Objetivo General 3: **Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales**

Objetivos específicos

3.1. El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. incluirán en sus planes y programas intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización, incluyendo el estigma laboral que sufren las personas con trastorno mental.

3.2. El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. promoverán iniciativas para revisar y actuar sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental.

3.3. Los centros asistenciales dispondrán de normas específicas en sus protocolos y procedimientos encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.

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

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

Recomendaciones

1. Implantar mecanismos que permitan identificar en la legislación vigente, y en las nuevas propuestas legislativas, barreras que impidan el ejercicio de la ciudadanía a las personas con trastornos mentales.
2. Las intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de las personas con enfermedades mentales se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.
3. En el ámbito de las CC.AA., se adaptarán las normas y procedimientos internos para fomentar la integración y reducir el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales y sus

familias. Esto se llevará a cabo, fundamentalmente, en los reglamentos de régimen interno de los dispositivos relacionados con la atención sanitaria. Estas adaptaciones de reglamentación normativa en las CC.AA. deberán incorporar el enfoque transversal de género y adecuar sus textos al lenguaje no sexista.

4. Las unidades de psiquiatría adecuarán progresivamente sus espacios, equipamiento, mobiliario, dotación de personal y organización interna a las necesidades particulares de los y las pacientes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.
5. Con el objetivo de evitar las estancias hospitalarias innecesarias y asegurar la continuidad de cuidados y una ubicación alternativa y adecuada al domicilio y la hospitalización, se recomienda disponer de una serie de alternativas residenciales que fomenten la convivencia y la integración de las personas con trastorno mental grave que lo precisen.
6. A través de los fondos de cohesión, se promoverán líneas o proyectos de promoción y de prevención dirigidas a la erradicación del estigma y favorecedoras de la inserción social y laboral sin discriminación de género.

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS consultar en http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Buenas_practicas_2009_2013.pdf

Línea estratégica 2. Atención a los trastornos mentales

Análisis de situación

Morbilidad atendida

No se dispone, en estos momentos, de datos sobre la morbilidad atendida en los centros de salud mental valorando depresiones, trastornos bipolares, trastornos esquizofrénicos y trastornos de la alimentación atendidos ambulatoriamente. Nueve CC.AA. facilitaron información completa relativa a este indicador y la alta variabilidad entre ellas induce a considerar necesario desarrollar un sistema de registro generalizado y homologable entre las CC.AA. a fin de realizar comparaciones con fines epidemiológicos.

Sobre el estudio de carácter diagnóstico ESEMeD se han publicado recientemente algunos artículos que concluyen que la prevalencia de episodio de depresión mayor diagnosticada por el CIDI 3.0 fue del 4.0% en España. La depresión mayor se asoció con el sexo (5,7% en la mujer y 2,2% en el hombre), la edad (mayor prevalencia en el grupo de 50-64 años), el estado civil (mayor prevalencia en separados, viudos y divorciados), la actividad económica (mayor prevalencia en actividades diferentes a estar trabajando: amas de casa y, estudiantes o jubilados)⁵⁹.

Según los datos del “Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe”, Ploubidis⁷³ estudió la depresión (utilizando una escala de 12 síntomas depresivos) y el bienestar (utilizando una escala de satisfacción vital, humor positivo y felicidad) en 9 estados europeos. El estudio incluyó una muestra del estado español compuesta por 595 hombres y 845 mujeres mayores de 49 años. Tras ajustar por factores demográficos se encontró una considerable variabilidad entre los países. La puntuación más alta en depresión se registró en España seguida de Francia, Italia y Grecia y las puntuaciones más bajas en Austria, Alemania, Suecia, Dinamarca y Holanda. Las puntuaciones más altas en bienestar se obtuvieron en Dinamarca, Holanda, Suecia y Austria, y las más bajas en Italia, Grecia, Francia, Alemania y España. En la puntuación de síntomas depresivos, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en Dinamarca, Holanda, Austria y Suecia mientras que en el resto de estados las mujeres tuvieron una puntuación mayor. En Austria, Francia y Grecia los hombres mostraron mayores puntuaciones de bienestar que las mujeres y al contrario ocurrió en Suecia y Dinamarca. En general, las personas residentes en España, Italia y Grecia mostraron los peores resultados en salud mental.

Comorbilidad psiquiátrica

Al igual que en otros países, en la población general de España, los trastornos mentales, en especial los del ánimo, suelen presentarse en comorbilidad, entendida como la presencia de uno o más trastornos o enfermedades, y se asocian con un mayor grado de discapacidad.

Autonell⁷⁴ usando la CIDI 3.0 encontró que el 28,6% de los trastornos mentales presentaron algún tipo de comorbilidad. Los trastornos con porcentajes de comorbilidad \geq 50% son: dependencia de alcohol (100%), trastorno de ansiedad generalizada (81,5%), distimia (73,0%), trastorno por angustia (70,6%), agorafobia (59,7%), trastorno por estrés post-traumático (59,5%), episodio depresivo mayor (56,4%) y fobia social (52,7%). La comorbilidad entre trastornos afectivos y trastornos por ansiedad fue mayor, de forma independiente y estadísticamente significativa, en la mujer, en el intervalo de edad de 18 a 24 años, estar casado o viviendo con alguien,

y en otra actividad laboral diferente a estar trabajando (estudiante, ama de casa o jubilado).

El uso de servicios

El uso de servicios está asociado a la gravedad, el tipo de diagnóstico y factores sociodemográficos pero también a la opinión que se tiene de ellos. En 2009, la actitud hacia los servicios sanitarios en España fue positiva y de confianza. Concretamente, a diferencia de otros países europeos donde la proporción es mucho menor, en España cerca del 90% de los entrevistados respondieron favorablemente a buscar ayuda profesional y más de la mitad mostraron confianza en la eficacia de esta medida⁷⁵.

Sin embargo, un porcentaje sustancial de personas que padecen trastornos mentales no consulta con los servicios sanitarios y si consulta no recibe tratamiento. Solo el 57% de las personas que padecen depresión, el 30% de las que padecen ansiedad y el 71% de los que padecen ambos trastornos consultaron con dichos servicios y el 31% de ellos no recibieron tratamiento. El 4% de personas que consultaron no padecían un trastorno mental. Las mujeres utilizaron los servicios sanitarios el doble que los hombres, así como las personas que habían estado casadas en el pasado y las que no lo habían estado nunca. El tratamiento suministrado más frecuentemente fue el farmacológico, solo o en combinación con alguna intervención psicológica. El profesional sanitario más consultado para todos los trastornos mentales fue el psiquiatra, solo o junto al médico de familia, excepto si la ansiedad estaba presente en cuyo caso se consultó más frecuentemente a este último⁷⁶.

En la misma línea hay que reseñar una investigación realizada en 77 centros de Atención Primaria de Cataluña con el fin de determinar la validez del diagnóstico de depresión y la adecuación del tratamiento. Se encontró que los médicos de AP identificaron correctamente entre 39% y 55% de los casos tomando como referencia el diagnóstico independiente realizado con la Entrevista Clínica Estructurada para DSM -IV (SCID); y trataron correctamente entre 40% y 55% tomando como referencia comparativa las recomendaciones incluidas en las Guías de Práctica Clínica⁷⁷.

Por otra parte las personas más necesitadas de tratamiento son las que menos consultan. Girón⁷⁸ encontró una asociación estadísticamente significativa entre el uso de servicios de salud mental y ser mujer, padecer un problema crónico de salud mental, perder días de actividad cotidiana, el estado civil (menor uso en los casados), nivel de educación (a mayor nivel más uso), la actividad económica (menor uso en los trabajadores no cualificados), la discapacidad (mayor uso en los discapacitados) y el estado de salud somática (menor uso en los que padecen problemas

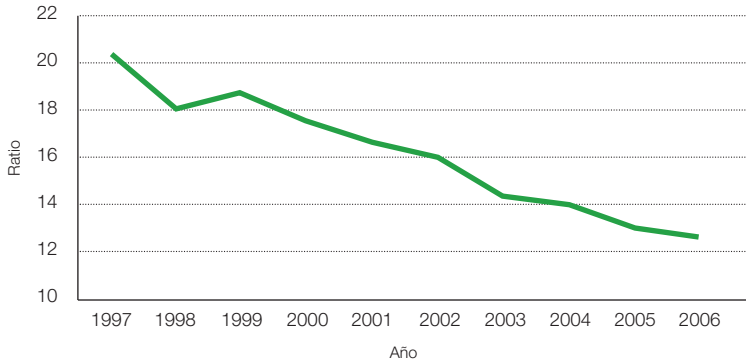
somáticos de larga evolución). En este sentido y en relación con la utilización de servicios de las personas que padecen un trastorno mental grave, un estudio basado en el Registro de casos de Granada-Sur sugiere que el intervalo entre contactos ambulatorios de personas diagnosticadas de esquizofrenia no depende solo de factores clínicos sino también de la edad (ser joven) y de residir en el medio rural, contribuyendo ambas variables a espaciar los contactos⁷⁹.

Según los resultados del estudio ESEMeD-España, la utilización de **fármacos psicotrópicos** en la población general española es frecuente y sin embargo muchos individuos con trastornos mentales no los toman. Aproximadamente el 16% de la población española ha consumido algún psicofármaco, siendo los más consumidos las benzodiazepinas y derivados (11,4%) y en segundo lugar los antidepresivos (4,7%). Las mujeres consumen el doble que los hombres y la probabilidad de tomarlos se incrementa con la edad, disminuyendo con el nivel de educación. Se halló una escasa relación entre el tipo de trastorno mental padecido y el fármaco psicotrópico consumido. Este dato es especialmente relevante en el grupo de individuos afectados por algún trastorno del estado de ánimo que recibieron ansiolíticos con una frecuencia casi dos veces superior a la de los antidepresivos⁸⁰. De acuerdo a los datos facilitados por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios sobre el consumo de medicamentos, el incremento de la dosis por habitante y día, en el periodo de estudio de 2006 a 2008, ha sido del 11,8% en antidepresivos, del 9,2% en antipsicóticos y del 6,8% en ansiolíticos. En los tres grupos de fármacos los incrementos han sido más acusados entre los pensionistas, especialmente en antidepresivos con un 14%. En los Sistemas de Información actuales no existe la información desagregada por sexo ni por ámbito asistencial. La mayor parte de las CC.AA. han desarrollado planes para aumentar la calidad, efectividad, seguridad pero también para disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, todo ello siguiendo los criterios del uso racional del medicamento.

Ingresos en Hospitales Generales

Uno de los objetivos de la Reforma Psiquiátrica era, y es, que los pacientes con trastornos mentales fueran ingresados en hospitales generales, en este sentido, se observa como la tasa de camas en hospitales monográficos ha evolucionado en las últimas décadas hacia un progresivo y mantenido decremento.

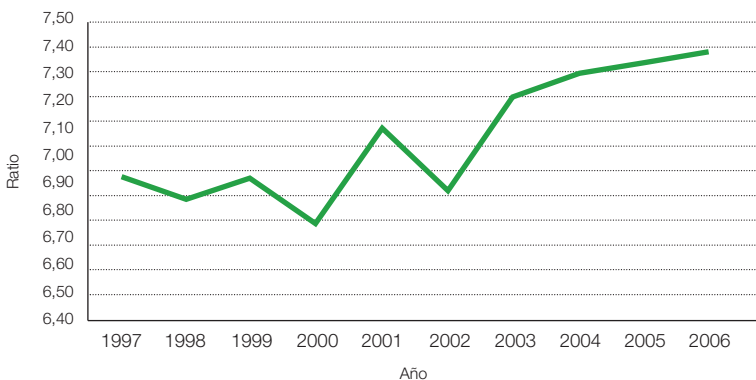
Figura 6. Tasa de camas totales en hospitales monográficos psiquiátricos dependientes del SNS, por 100.000 habitantes y año



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI). Ministerio de Sanidad y Política Social.

En 2006 se censaron 36,6 camas por cien mil habitantes, cifra que se sitúa por debajo de la descrita en otros países de la región europea de la OMS donde se alcanza una media de 50,2⁸¹. En el caso de nuestro país hay que tener en cuenta que el 65% de las camas en hospitales monográficos no dependen del SNS.

Figura 7. Evolución de la tasa de camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales del SNS por 100.000 habitantes



Fuente: Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internamiento (EESCRI). Ministerio de Sanidad y Política Social.

La tasa de camas psiquiátricas en hospitales generales para el ingreso de pacientes en estado agudo, a cierre del año 2006, fue de 7,38 por cien mil habitantes, oscilando entre 4,6 y 13,5 en las CC.AA. (EESCRI). En la región europea de la OMS esta tasa es de 14,8, con gran variabilidad entre los países. Además hay que tener en cuenta que la cifra europea no distingue entre camas de agudos y de subagudos. El porcentaje de camas de agudos que están ubicadas en hospitales generales respecto del total de camas de agudos (en hospitales generales y monográficos) puede también dar una idea aproximada del cumplimiento del objetivo. Aunque este indicador presenta diferencias entre CC.AA., oscilando del 30% hasta el 100%, no se puede proponer una tasa ideal y de aplicación universal, ya que las necesidades dependen del desarrollo de otros recursos comunitarios y de diversos factores de orden cultural y social⁸².

Se considera reingreso el que ocasiona una misma persona de manera no programada, en un periodo de tiempo inferior a 30 días tras su alta, y por la misma causa. Los datos obtenidos del CMBD reflejan un porcentaje de reingresos del 10,7% en mujeres y 10,3% en hombres.

Atención a niños y adolescentes

Dos documentos recientes de política sanitaria ponen en un primer plano la salud mental de niños y adolescentes:

- El documento de consenso que se elaboró en el marco del Pacto Europeo por la Salud Mental y Bienestar titulado “La salud mental y la educación de los jóvenes” ya citado anteriormente y,
- el “Informe sobre la situación de la salud mental y la atención a los trastornos mentales de niños y adolescentes en España”, localizando los problemas que se plantean en este momento y las posibles soluciones. Al mismo tiempo propone posibles líneas de aplicación de la filosofía de la Estrategia de Salud Mental a este grupo de población.

En un estudio poblacional centrado en trastornos mentales de la infancia, Cardo ha calculado la prevalencia del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad en una muestra de 1.509 escolares no repetidores de 6 a 11 años, en centros públicos y concertados, en la isla de Mallorca a partir de la aplicación de la Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder Rating Scales IV para padres y maestros. La prevalencia de casos no se definió de forma clínica sino a partir de la puntuación obtenida en las escalas de padres y maestros. Así definido el diagnóstico, la prevalencia total se situó entre 1,7% y 3,5% en niños y entre 2,8% y 5,8% en niñas. Los problemas de este estudio son: la ausencia, de validación de las escalas en el entorno de realización del estudio, de los baremos y de los criterios de diagnóstico así como la utilización de una muestra no poblacional en sentido estricto e incompleto en cuanto a escolares y centros escolares⁸³.

Prácticamente todas las CC.AA. declaran recoger en su plan de salud actuaciones para adecuar los servicios a las necesidades de niños y adolescentes en materia de salud mental y casi todas afirman haber realizado intervenciones en este área como son: promover la actividad física, alimentación equilibrada, deshabituación tabáquica, promoción de estilos de vida saludable y programas de educación para la salud.

Atención a la salud física de las personas con trastornos mentales

Lobo-Escolar ha estudiado la comorbilidad entre problemas somáticos y psiquiátricos en una muestra representativa de la población general mayor de 54 años y no institucionalizada, de Zaragoza, utilizando el Geriatric Mental State (GMS-AGECAT). No halló morbilidad psiquiátrica ni somática en el 9,4%, sólo morbilidad somática en el 36,6%, sólo morbilidad psiquiátrica en el 9,5% y comorbilidad psiquiátrico-somática en el 44,5%. La comorbilidad se asoció positivamente con ser mujer y con la edad. Tras controlar variables demográficas encontró una correlación significativa de la morbilidad psiquiátrica con los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad tiroidea⁸⁴.

Lobo estudió la comorbilidad entre trastornos somáticos y psiquiátricos en una muestra representativa de 1.559 pacientes de Atención Primaria. El 28% de los casos comórbidos presentaron trastornos depresivos y el 51% trastornos de ansiedad. La probabilidad de ser caso psiquiátrico aumentaba al doble con cada diagnóstico médico realizado por el especialista de medicina de familia⁸⁵.

En otra investigación realizada en Cataluña con 3.805 pacientes de Atención Primaria se halló que la comorbilidad somática crónica influye menos en el deterioro de la calidad de vida que el trastorno mental, principalmente por la presencia de dolor crónico y que el 75% de los pacientes con trastorno mental presentaba dolor crónico⁸⁶.

Recientemente se ha puesto en evidencia que la prevalencia de algunos trastornos somáticos (diabetes de tipo 2) y la mortalidad, sobre todo a causa de trastornos cardiovasculares, es significativamente mayor en las personas con trastornos mentales graves que en la población general. Tales trastornos deterioran la calidad de vida dado que experimentan dificultades para acceder a los servicios de salud y cuando reciben tratamiento suele ser inadecuado o insuficiente^{87,88}. Así pues está justificado considerar la atención a la salud física de las personas con trastornos mentales graves como una cuestión prioritaria. La investigación de la comorbilidad somática en pacientes psiquiátricos representa una oportunidad para comprender las conexiones biológicas entre enfermedades⁸⁹. La importancia y la gravedad de la co-ocurrencia de dos o más trastornos psiquiátricos no es menor en el caso de trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. El Centro de Exce-

lencia para la Co-ocurrencia de trastornos mentales y abuso de sustancias del Reino Unido (COCE) ha lanzado una serie de ocho artículos de revisión que abarcan aspectos clínicos y psicopatológicos, de tratamiento, de organización de servicios, de formación y de investigación con el objeto de informar a los profesionales y gestores los resultados más relevantes de la investigación en este terreno⁹⁰.

Intervenciones específicas

Un objetivo importante de la Estrategia en Salud Mental es incrementar el uso de técnicas de intervención eficaces: psicoterapia, intervenciones familiares psicoeducativas y rehabilitación. Puede afirmarse, en líneas generales, que la mayoría de las CC.AA. están trabajando en aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben dichas técnicas de intervención.

Aunque no existen encuestas publicadas, en nuestro país, sobre la frecuencia de la práctica de dichas técnicas, está muy extendida la idea de que su uso se ha generalizado. Sin embargo, solamente algunas han demostrado su eficacia en estudios experimentales. El empleo de técnicas psicoterapéuticas, psicoeducativas y de rehabilitación “basadas en la evidencia” debería ser más intensivo. No sería una práctica deseable excluir de los catálogos de prestaciones aquellas técnicas que no tengan un soporte experimental, ya que la mayoría no lo tiene porque no han sido puestas a prueba, siendo ineludible incluir y ofertar todas aquellas que si lo tengan. Sería necesario hacer un mayor esfuerzo en formación del personal de salud mental para incrementar el número de técnicas disponibles.

Guías de práctica clínica

La elaboración, difusión e implementación de guías de práctica clínica es un elemento que contribuye, de modo decisivo, a la mejora de la calidad de la atención y a que se base en la mejor evidencia disponible.

Desde la aprobación de la Estrategia hasta finales de 2008, a través del convenio con Giasalud el MSPS ha financiado un total de 6 guías de práctica clínica (GPC), relativas a salud mental, han sido evaluadas atendiendo a criterios de calidad del SNS (proyecto GuíaSalud) de las que 3 fueron incluidas en el catálogo de GuíaSalud: GPC de los trastornos de la alimentación, GPC sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, GPC para el manejo de pacientes con trastornos de la ansiedad en atención primaria. Actualmente están en elaboración y desarrollo de las siguientes GPC: esquizofrenia, depresión en adolescentes, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastorno mental grave y trastorno bipolar. Todas ellas disponibles en: <http://www.guiasalud.es/egpc/index.html>

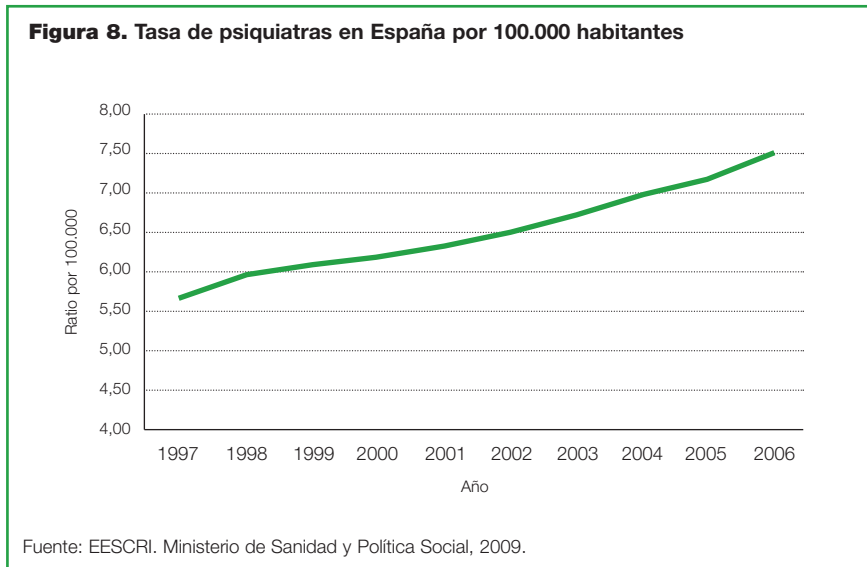
Organización de los servicios de salud mental

La mayoría de las CC.AA. han incluido en su plan de salud mental programas para evitar los abandonos del tipo “tratamiento asertivo comunitario”; pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis. También han implantado casi 100 protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial.

El MSPS, elaborado por el Instituto de Información Sanitaria, dispone de un directorio de dispositivos de salud mental, en funcionamiento, de los servicios regionales de salud y un documento que describe la organización de la atención a la salud mental en dichos servicios. (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>)

Recursos Humanos

La ratio de psiquiatras vinculados a un centro hospitalario en España (EESCRI 2006) es de 7,5 por 100.000 habitantes (5,8 dependientes del SNS y 1,7 no dependientes del SNS). Durante la última década la ratio ha aumentado en un 33%. En este momento no están contabilizados los profesionales que prestan servicios en centros comunitarios sin vinculación a un hospital, mermando la cifra total disponible. Dicha situación podrá ser solventada con la implantación de la nueva EESCRI, que contempla estas situaciones. Desde un punto de vista evolutivo, se aprecia una tendencia al incremento en la tasa total de psiquiatras en España en la última década, pasando de 5,63 psiquiatras por 100.000 habitantes en 1997 a 7,49 en el año 2006.



Últimas tendencias en el campo de la atención a los trastornos mentales

La gestión por procesos

La diferencia entre una gestión tradicional y una gestión por procesos (ver definición de la ISO 9000:2000 en el Glosario) se puede resumir en que esta última tiene en cuenta lo que da valor o contribuye a la satisfacción del cliente (la curación, remisión, recuperación de la persona con trastornos mentales), para ello incorpora la evidencia científica, agrupa a los distintos profesionales y niveles (psiquiatría, medicina de familia, enfermería, hospital, centro de salud, atención primaria, etc) y agrega los procedimientos o protocolos clínicos y también los de gestión, administrativos, de logística, etc para realizar el proceso de forma efectiva. Incorpora la figura del responsable del proceso en todas las fases y niveles lo que necesariamente lleva un sistema de evaluación y mejora.

En el área del control de calidad de la atención a los trastornos mentales hay que reseñar un documento publicado por la Sección de Psiquiatría de la Unión de Médicos Especialistas Europeos⁹¹.

Empleo con apoyo

Tal vez el aspecto más crítico en la recuperación de los trastornos mentales graves resida en la dificultad para encontrar empleo y mantenerlo. La mayoría de los procedimientos empleados hasta ahora para superar esta dificultad se basan en la idea de que la enfermedad genera un deterioro que es la causa de dicha dificultad y, por lo tanto, es necesario reducirlo por medio de la rehabilitación (entrenamiento en habilidades, rehabilitación vocacional, empleo protegido etc.) antes de intentar la reinserción laboral. Sin embargo cada día se consolida más la idea de que en una elevada proporción de casos lo más eficaz es ayudar al paciente a buscar trabajo o reincorporarse al trabajo habitual una vez superado el episodio agudo y apoyarle para mantenerlo, sin que necesariamente medie un proceso de preparación previo. El conjunto de procedimientos que se basan en esta idea se conocen con el nombre genérico de “empleo con apoyo” y entre ellos destaca, por su probada eficacia, el modelo llamado “Inserción y apoyo individualizado” (“Individual Placement and Support”, IPS)⁹². En líneas generales la intervención supone ayudar a la persona a buscar un trabajo que se ajuste a sus preferencias y necesidades, una vez superado el episodio agudo y a continuación establecer el apoyo para ayudarle a mantenerlo. La intervención, que debe ser llevada a cabo por un especialista en esta técnica integrado en, o coordinado con, el equipo de salud mental que atiende al paciente, lo que implica apoyar tanto al paciente como a quien lo emplea. En el último ensayo randomizado y multicéntrico europeo publicado se demostró que los

pacientes tratados con esta técnica (inserción-apoyo) no solamente obtuvieron empleo en una proporción más elevada que los tratados con rehabilitación vocacional si no que además abandonaron menos el tratamiento y reingresaron menos en el hospital⁹³. Por ello, la inserción laboral forma parte del proceso de rehabilitación de la persona y el mantenimiento del puesto de trabajo constituye uno de los principales retos del tratamiento.

Plan Individualizado de Atención (CPA)

El CPA ha sido objeto de revisión, se elimina el CPA para trastorno mental común aplicándose solo a trastorno mental grave, clínicamente complejo, a pacientes que están o, previsiblemente, pueden llegar a estar en una situación de alto riesgo; que conllevan un grado importante de sufrimiento, de inestabilidad, de aislamiento o abandono; que presentan comorbilidad por abuso de sustancias o discapacidad intelectual, que requieren una atención multisectorial. La evaluación de las necesidades y la elaboración del plan de actuación incluyen todos aquellos aspectos de la persona que permita dotarlo de mayor contenido ético y orientarlo hacia la recuperación personal. Reconoce el papel central de los cuidadores en la recuperación y por lo tanto sus necesidades deben también ser reconocidas y apoyadas por el CPA.

Equipos Comunitarios Especializados

El National Health Service británico amplió las competencias y la responsabilidad profesional del cuerpo de enfermería de forma que la mayoría de los equipos especializados están gestionados y compuestos, casi exclusivamente, por personal de enfermería de salud mental y en ellos los psiquiatras juegan el papel de consultores expertos. Los equipos de intervención temprana en psicosis han sido objeto de atención intensiva recientemente⁹⁴⁻⁹⁹. Si bien su eficacia para reducir los reingresos y el tiempo de estancia en el hospital y, en consecuencia, reducir gastos sanitarios no se pone en duda, así como para mejorar la accesibilidad, la continuidad asistencial y la satisfacción de los usuarios y familiares a corto plazo, sin embargo algunas de las ventajas clínicas pueden no mantenerse a largo plazo⁹⁹.

Programa para facilitar el acceso a los tratamientos psicológicos

Basándose en recomendaciones de NICE, sobre la eficacia de los servicios de psicoterapia cognitiva en el tratamiento de los trastornos mentales comunes¹⁰⁰, y en un informe de la London School of Economics¹⁰¹, en el que se argumenta que el gasto en psicoterapia se puede compensar con el ahorro al reducir bajas por enfermedad¹⁰², se crearon centros de tratamiento psicológico distribuidos por todo el país a los que los usuarios acceden fácilmente desde Atención Primaria. Los pacientes con trastornos más graves son tratados por psicólogos clínicos con psicoterapia cognitivo-conductual, los menos graves por otros profesionales de menor titulación mediante conse-

jo y terapia breve y los más leves con psicoeducación, terapia conducida con ordenador y guía para la autoayuda. Todos los psicoterapeutas reciben entrenamiento específico al nivel que les corresponde. En todos los casos se proporciona además apoyo especializado para no perder el trabajo o recuperarlo cuanto antes si el paciente está de baja.

Objetivos

Objetivo General 4: **Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.**

Objetivos específicos

- 4.1. Desarrollar e implantar de forma efectiva por las CC.AA., en el marco de sus competencias, las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en el de la atención especializada.
- 4.2. Las CC.AA. establecerán procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.
- 4.3. Las CC.AA. establecerán pautas de atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, incluyendo atención domiciliaria, en colaboración con los distintos sectores implicados, especialmente atención primaria.
- 4.4. Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia, acorde con las mejores prácticas disponibles y monitorizando criterios mínimos de calidad contemplados en la tabla de criterios de calidad del Anexo IV.
- 4.5. Aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales graves que son incluidos en un programa de rehabilitación.
- 4.6. Aumentar el porcentaje de familias de pacientes con trastornos mentales graves que reciben un programa de intervención familiar específico, para mejorar su capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.
- 4.7. Desarrollar protocolos de intervención específicos para los pacientes con trastornos mentales, destinados a mejorar los cuidados en su salud general, con especial atención a las enfermedades “físicas” más prevalentes
- 4.8. Las CC.AA. contemplarán, en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.
- 4.9. Las CC.AA. dispondrán y adecuarán unidades y/o programas específicos para dar respuesta a las necesidades de niños, niñas, así como adolescentes en materia de salud mental.

4.10. El Ministerio de Sanidad y Política Social desarrollará, junto con las CC.AA., un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención de las personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población.

4.11. Establecer, en cada una de las estructuras territoriales sanitarias, el acceso a todos los dispositivos o programas terapéuticos, incluyendo la atención domiciliaria y rehabilitación, suficientes para encarar las necesidades de su población, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios en la que estarán incluidos los hospitales generales, y coordinados con atención primaria.

4.12. Establecer, para las personas con trastornos mentales en tratamiento, un plan individualizado de atención.

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

4.14. Definir e implantar, en el ámbito de cada Comunidad Autónoma, los protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial en las diferentes etapas de la vida. Se tendrán en cuenta tanto la perspectiva de género como la problemática específica de determinados colectivos de riesgo.

4.15. Elaborar, adaptar o adoptar, y posteriormente implantar, en el ámbito de las CC.AA. el uso de guías integradas de práctica clínica, de acuerdo a las prioridades y los criterios de calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud.

4.16. Las CC.AA. dispondrán de estrategias para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, siguiendo los criterios del uso racional del medicamento.

4.17. Las comunidades autónomas adecuarán sus servicios a las necesidades específicas de las personas con edad avanzada.

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

4.19. Las comunidades autónomas tomarán medidas para garantizar el ejercicio del derecho a la atención sanitaria de la población inmigrante, facilitar el acceso pleno a los servicios ofertados desde el Sistema Nacional de Salud y garantizar un uso de las mismas compatible con las características culturales y religiosas de cada sujeto.

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

4.21. Incorporar el análisis de la desigualdad sociales y de género en la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales.

4.22. Detectar, evaluar y eliminar las desigualdades sociales y de género en el acceso y la asistencia y los sesgos de género en la atención en los servicios de salud mental.

4.23. Las CC.AA. adecuarán los servicios y programas específicos para atender las necesidades específicas de las mujeres en edad adulta y madurez, potenciando en los servicios de atención primaria el abordaje biopsicosocial sensible a los determinantes psicosociales de género.

4.24. Las CCAA ofertarán, con un modelo asertivo, intervenciones de carácter integral capaces de facilitar la atención necesaria a las personas que, como consecuencia del trastorno que padecen, tienen dificultades para ejercer su derecho al tratamiento más adecuado, facilitando la adherencia al mismo y la continuidad de cuidados.

4.25. Adecuar los servicios con programas específicos para patología dual y en su defecto generarlos.

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

Recomendaciones

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

miendan formas organizativas orientadas a mejorar la continuidad de la asistencia de las personas con trastorno mental grave, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar su funcionamiento social y calidad de vida. Se proponen dos modelos de referencia: el “Tratamiento Asertivo Comunitario” y los “Programas de Continuidad de Cuidados”:

5. Se recomienda la protocolización de los siguientes procesos de atención: trastorno mental común del adulto, trastorno mental grave del adulto (teniendo el aspecto de género dado que es mayor el número de mujeres que sufren trastornos mentales y mayor el número de hombres que se suicidan), trastorno mental grave de la edad avanzada, trastorno mental grave de la personalidad, trastorno mental común en la infancia y adolescencia, trastorno mental grave infanto-juvenil y trastorno generalizado del desarrollo.
6. Cada Comunidad Autónoma implantará guías de práctica clínica de los trastornos mentales más graves y prevalentes*. Se recomiendan las guías de práctica clínica u otras herramientas basadas en la evidencia que han incorporado la perspectiva de género.
7. Proporcionar, de forma continuada, información científica sobre utilidad, efectividad y coste-eficiencia de los medicamentos a los profesionales sanitarios y pacientes.
8. Se recomienda introducir elementos de análisis y monitorización para controlar la variabilidad en la prescripción según sexo.
9. Las comunidades valorarán e implantarán y evaluarán, en su caso, experiencias de gestión por procesos o vías clínicas.
10. Se adoptarán medidas para mejorar la competencia transcultural de las instituciones y los profesionales encargados de la atención a la salud mental.
11. La unidad/ centro o servicio de Salud Mental es responsable del proceso terapéutico de las personas con enfermedad mental. Deben estar compuestos por equipos multidisciplinares dotados con número suficiente de psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares, auxiliares de apoyo domiciliario y cuantos otros (terapeuta ocupacional, educador social o similares) recomienden las mejores prácticas disponibles. Estos equipos ofertarán una atención integral teniendo en cuenta la naturaleza bio-psicosocial de la salud,

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

la diversidad de las personas y los requerimientos específicos del paciente y de su entorno de convivencia para garantizar los tratamientos menos restrictivos posibles con implicación de la persona con enfermedad mental en las decisiones y facilitando la colaboración de sus cuidadores informales cuando los hubiere.

Contención involuntaria

La mayoría de las CC.AA. han confeccionado Guías de Seguridad para la recogida, traslado y contención de pacientes. Se han establecido protocolos para la actuación en casos de abandono, contención mecánica y farmacológica en hospitales para evitar daños a sí mismos y a terceros.

El MSPS encargó a la Universidad de Granada la elaboración del documento sobre “Criterios para el empleo de medidas coercitivas durante la hospitalización psiquiátrica y en el traslado hasta el hospital”. Este informe deberá servir como referente de calidad y de armonización de las prácticas en este ámbito.

Objetivos

Objetivo General 5: Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los y de las pacientes.

Objetivos específicos

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

Recomendaciones

1. El protocolo se elaborará con la colaboración de todos los agentes potencialmente implicados en los procedimientos de hospitalización involuntaria: profesionales de la salud mental y del Derecho, policía, transporte sanitario y asociaciones de familiares, usuarias y usuarios.
2. Además del protocolo, se elaborará una versión operativa “vía de hospitalización involuntaria” de aplicación individual, en la que se

registrarán cada uno de los pasos, los tiempos, los nombres y las firmas de los agentes implicados.

3. Asimismo, se elaborarán protocolos y vías para aplicar a pacientes que requieran contención física y tratamiento involuntario durante la hospitalización.
4. Los protocolos se ajustarán a la legislación vigente y contemplarán el principio de la mínima restricción necesaria, el respeto y la dignidad de las personas con trastorno mental, evitando la estigmatización y poniendo especial énfasis en la agilidad y la reactividad del procedimiento.
5. Desarrollar un modelo de consentimiento informado para los familiares ante situaciones asistenciales que impliquen adoptar las anteriores medidas restrictivas, según lo establecido en los artículos 8 y 9 de la Ley de autonomía del paciente.

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS consultar en:

http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Buenas_practicas_2009_2013.pdf

Línea estratégica 3. Coordinación intrainstitucional e inter-institucional

Análisis de situación

Cooperación y corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucradas en la mejora de la salud mental

Los trastornos mentales, especialmente los graves, conllevan múltiples consecuencias sociales, laborales, legales, educativas, etc, que deben ser consideradas componentes de la enfermedad y por tanto objeto de atención por parte de los servicios de salud mental en colaboración con los sectores implicados. La coordinación de todas las actuaciones persigue proveer prestaciones integradas, maximizando la eficiencia y garantizando la continuidad longitudinal de cuidados. Los mecanismos que facilitan la coordinación pueden ser pensados transversalmente desde las necesidades de las organizaciones sanitarias y sociales o, longitudinalmente, desde las necesidades de los usuarios. En este apartado se consideran los mecanismos de coordinación transversal. Los procedimientos centrados en las necesidades de los usuarios y destinados a garantizar la continuidad de cuidados han sido revisados en la Línea Estratégica 2.

La mayoría de las CC.AA. manifiestan mantener espacios de coordinación y cooperación con Bienestar Social, Educación, Empleo, Justicia y Administración Pública, Instituciones Penitenciarias, Cultura, Defensor del Pueblo, Agencia Antidroga, Ayuntamientos, Agencias Tutelares, así como con asociaciones de pacientes y familiares.

Respecto a la «Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia» para las personas con dependencia por enfermedad mental, la mayoría de las CC.AA. tienen definidas las valoraciones y características para la aplicación de la misma, siendo necesario profundizar y continuar en este objetivo.

Participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su comunidad autónoma.

La Estrategia apoya explícitamente el desarrollo del asociacionismo de familiares y usuarios y su participación efectiva en la planificación y evaluación de los servicios de salud mental. Esta es, sencillamente, una cuestión de derechos. No obstante es necesario reconocer que en el momento actual la evidencia científica sobre la eficacia de la participación para mejorar la planificación y la evaluación de los servicios es insuficiente. Se dispone de indicios de eficacia aportados por estudios cualitativos¹⁰³. Resulta particularmente importante y urgente promover más investigación en este área involucrando a familiares y usuarios.

Una encuesta llevada a cabo recientemente en España entre profesionales de la salud mental ha puesto de manifiesto una escasísima participación real de los familiares y usuarios en los servicios de salud mental así como una actitud negativa generalizada de los profesionales hacia dicha participación¹⁰⁴. Para abordar este problema se requiere además de la participación efectiva, influir activamente sobre los profesionales en formación –MIR, PIR y EIR– implicando a los usuarios y familiares en su formación.

El Movimiento Asociativo

Las asociaciones de usuarios se han ocupado de tres grandes áreas de actividad:

- El apoyo mutuo y el acompañamiento, participando desde la experiencia personal en los procesos de recuperación.
- Las actividades de perfil más creativo como las emisoras de radio o los colectivos artísticos, contribuyendo así a difundir un mensaje autónomo, positivo y en contra del estigma.
- Finalmente han buscado articular la representación del colectivo generando así una voz en pie de igualdad en los diferentes foros de

planificación y, en menor medida, en los de la gestión, la docencia y la investigación.

El desarrollo ha sido desigual en los diferentes territorios en España y muchas asociaciones tienen un carácter local pero hay tentativas claras de confluencia. En 2009 se culminaron los procesos de constitución de dos importantes asociaciones de usuarios:

- La Plataforma de Asociaciones de Usuarios de Salud Mental de Andalucía (PAUSAME, plataforma@enprimerapersona.es) que reúne 10 asociaciones autogestionadas por personas con enfermedad mental de 5 provincias andaluzas.
- La Asociación pro Salud Mental de España-ASME-Dédalo (comunicacion.asmededalo@gmail.com) que aglutina asociaciones de Islas Baleares, Badajoz, Cataluña, Asturias, Andalucía, Madrid y Canarias.

Los objetivos de defender los derechos e intereses del colectivo, reivindicar una mejor asistencia sanitaria, desarrollar estrategias para luchar contra el estigma y la discriminación, favorecer el asociacionismo y la participación social se resumen en el lema de Dédalo “Nada por nosotros sin nosotros”. Estas asociaciones no están limitadas a patologías concretas, ni excluyen a ninguna, en su mayoría son asociaciones de salud mental en general.

Especial mención requiere FEAFES, Confederación Española que agrupa, desde 1983, a las federaciones y asociaciones de personas con enfermedad mental y a sus familiares de todo el territorio nacional. Forma parte del CSE de la Estrategia. Su misión es la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo. Es la única entidad de ámbito estatal existente en España y sus actividades están abiertas a cualquier persona interesada en la salud mental.

La participación de pacientes con trastornos mentales, y sus familiares, en actividades de planificación sanitaria y evaluación de servicios se ha implementado en casi todas las CC.AA. Numerosas CC.AA. cuentan con algún órgano consultivo-asesor (por ejemplo Consejo Asesor de Salud Mental compuesto por profesionales del ámbito de la salud mental y diversas asociaciones de familiares y usuarios, grupos de trabajo para la planificación y evaluación de los servicios, reuniones de las oficinas regionales con las principales asociaciones y sociedades profesionales, etc). Así mismo algunas CC.AA. han establecido convenios con asociaciones de familiares y usuarios para desarrollar campañas de sensibilización social, eliminar situaciones de desventaja y desarrollar métodos de medición de la satisfacción de los usuarios en los centros de rehabilitación.

Objetivos

Objetivo General 6: Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.

Objetivos específicos

6.1. Implantar por las CC.AA. mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.

6.2. Las CC.AA. establecerán un marco general que determine la implicación y el papel de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia” en las personas con dependencia por enfermedad mental.

6.3. Implantar por las CC.AA., en el marco de sus competencias, mecanismos eficaces de coordinación asistencial dentro de cada estructura territorial sanitaria, entre los diversos dispositivos sanitarios y sociales implicados en la atención a los trastornos mentales graves.

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

6.5. Favorecer la representación igualitaria de mujeres y hombres profesionales en los espacios de decisión de la red de salud mental.

6.6. Considerar la perspectiva de género como una herramienta de calidad potente que debe estar presente en cuantas acciones se inicien en los ámbitos de decisión de las comunidades autónomas y a nivel nacional desde esta Estrategia.

6.7. Establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a los dispositivos asistenciales a pacientes con trastornos por consumo de sustancias para la detección y tratamiento precoz de la Patología Dual.

Recomendaciones

1. Las CC.AA. desarrollarán y potenciarán los aspectos contemplados en la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”
2. Se recomienda, dentro de las competencias de las CC.AA. y en consonancia con la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”, crear una Comisión de Coordinación Interdepartamental entre las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Jus-

ticia, Economía y Hacienda, así como con el Ministerio del Interior y otras que pudieran estar implicadas, para: 1) integrar las políticas en salud mental, y 2) asesorar en la elaboración del Plan de Salud Mental autonómico.

3. Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Servicios Sociales, Educación y Justicia que garantice la continuidad de los cuidados de los niños y niñas y adolescentes en tratamiento.
4. Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con Atención Primaria y Servicios Sociales que garantice la continuidad de los cuidados de la población de edad avanzada en su medio residencial, al amparo de lo establecido en la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”.
5. Crear mecanismos de coordinación en el ámbito de la Comunidad Autónoma para garantizar la atención integrada a la problemática de las drogodependencias dentro de la salud mental.
6. Diseñar, implantar y evaluar un modelo de coordinación con instituciones penitenciarias y centros de acogida y residenciales.
7. En caso de concertación y/o compra de servicios, se establecerán criterios de calidad y evaluación, coordinación e integración con la estructura organizativa de atención a la salud mental de la Comunidad Autónoma.

Objetivo General 7: Potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su Comunidad Autónoma.

Objetivos específicos

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

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

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

Recomendaciones

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

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS consultar en http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Buenas_practicas_2009_2013.pdf)

Línea estratégica 4. Formación del personal sanitario

Análisis de situación

En el campo de la atención especializada en salud mental está regulada la formación de especialistas en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental. Es una formación de posgrado realizada según el modelo de especialización en Ciencias de la Salud del Sistema Sanitario Español que utiliza el sistema de residencia, el autoaprendizaje tutorizado y la evaluación continua y final. La tendencia actual es que los especialistas de estas tres profesiones se formen conjuntamente en Unidades Docentes Multiprofesionales que reúnan los criterios de acreditación comunes y específicos para la formación de las tres especialidades.

El 1 de septiembre de 2008 se aprobó y publicó el programa formativo de la especialidad de psiquiatría (BOE 224). Las novedades más destacables fueron:

- Un tronco obligatorio común de tres años que proporciona experiencia mediante rotaciones por diferentes servicios (unidad de

hospitalización breve, psiquiatría de enlace, centros comunitarios de salud mental, equipos de salud mental para niños y adolescentes, unidades o programas de adicciones, centros de rehabilitación psicossocial), conocimientos básicos en las diferentes áreas y actividades propias de la especialidad mediante seminarios y lecturas guiadas.

- El cuarto año de la formación da la oportunidad al residente de completar su formación de acuerdo con sus capacidades y preferencias, permitiéndole optar por una de dos trayectorias formativas.
 - especialización monográfica en psiquiatría de niños y adolescentes, psicoterapia, adicciones o gerontopsiquiatría,
 - combinar según preferencia y de acuerdo con el tutor los diferentes módulos que constituyen el tronco básico de formación o bien formarse en campos que no están especificados en el programa, siempre que las circunstancias locales los permitan.
- La formación se completa con un periodo breve de formación en competencias comunes a otras especialidades (como gestión clínica o bioética) y un componente longitudinal dedicado a la formación en psicoterapia, metodología de la investigación y otras materias de interés.

El 2 de junio de 2009 se publicó la Orden SAS/1620/2009 (BOE 17 junio) por la que se aprueba y publica el nuevo programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica. El programa se ha ampliado a cuatro años y abarca:

- Formación teórica general transversal común con otras especialidades en ciencias de la salud (especialmente con psiquiatría y enfermería en salud mental).
- Formación teórica general en Psicología Clínica.
- Un programa de formación clínico-asistencial (atención comunitaria, ambulatoria y soporte a la atención primaria, adicciones, rehabilitación, hospitalización y urgencias, psicología clínica de la salud, interconsulta y enlace, psicología clínica infantil y de la adolescencia).
- Programas para el desarrollo de áreas de formación específica a elegir entre psico-oncología, neuropsicología, psicogeriatría, cuidados paliativos, salud sexual y reproductiva, trastornos de la conducta alimentaria, rotación de libre disposición y atención continuada.

La profesionalización de enfermería especialista en salud mental, elemento imprescindible para el desarrollo de los servicios, progresa lentamente. Aunque se forman especialistas en enfermería en salud mental desde

1998 tan solo algunos servicios de salud autonómicos ofertan puestos de trabajo con categoría de especialistas. El nuevo programa de la especialidad de enfermería de salud mental, cometido de la Comisión Nacional de Enfermería en Salud Mental, ampliará las competencias del futuro especialista y el periodo de formación a dos años.

Merece la pena recordar que las nuevas tecnologías de la información y comunicación ofrecen una oportunidad privilegiada para la formación de los profesionales y para el apoyo a la práctica clínica. Recientemente el Programa de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud ha creado “Psicoevidencias” un portal ejemplar para la gestión del conocimiento en salud mental (consultar en http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Buenas_practicas_2009_2013.pdf).

Desde la aprobación de la Estrategia en Salud Mental en las CC.AA. se ha generado una considerable actividad formativa acreditada incluida, o no, en planes de formación continuada. En conjunto se ha logrado impartir formación a 13.500 profesionales relacionados directamente con la salud mental (atención primaria, psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental, trabajo social, terapia ocupacional y otras) pero sobre todo hay que destacar que cerca de la mitad recibieron formación dentro de equipos multidisciplinares.

Objetivos

Objetivo General 8: Potenciar la formación de los y las profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

Objetivos específicos

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

8.2. Incorporar la perspectiva de género a los diversos programas formativos (Pregrado, Postgrado y Formación Continuada) de las profesiones relacionadas con la salud mental de todo el territorio nacional.

Recomendaciones

1. Se recomienda que las CC.AA. incluyan la titulación de especialista en Enfermería en salud Mental como requisito para la incorporación de estos profesionales a los dispositivos y recursos de salud Mental.

2. Ampliar esta formación al personal de atención primaria que trabaja en Instituciones Penitenciarias.
3. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de sus órganos competentes junto con las CC.AA., revisará los perfiles profesionales necesarios para los futuros especialistas, los criterios de acreditación de las unidades docentes y el modelo docente en general. Todo ello con el fin de alinear la formación de especialistas con las necesidades de la población según el modelo comunitario.
4. Revisar el actual modelo de las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica para incluir como áreas de capacitación preferente: Psiquiatría y Psicología en la Infancia y Adolescencia, Psicología de la Salud, Psicoterapia, Psicogeriatría, Psiquiatría y Psicología Forenses y Adicciones.
5. El desarrollo del Plan de Formación Continuada se basará en los siguientes principios:
 - a. Centrarse en problemas que deban ser detectados y resueltos por los profesionales implicados, teniendo en cuenta la morbilidad y la demanda de la población.
 - b. Basarse en un análisis de las necesidades formativas de todos los profesionales implicados para atender a dichos trastornos.
 - c. Promover la formación continuada mediante reuniones conjuntas de los profesionales de atención primaria y los equipos de salud mental.
 - d. Priorizar actividades de aprendizaje participativo en pequeños grupos, tales como talleres, sesiones clínicas y sesiones de supervisión de casos, incorporando las “mejores prácticas disponibles”.
 - e. Los programas de formación deberán tener en cuenta medidas de conciliación laboral y familiar.
 - f. Se considerarán las necesidades emergentes y específicas en salud mental de la población de cada área sanitaria (p.ej., diversidad cultural, desigualdades y factores determinantes de género, violencia de género, inmigración, etc.).

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS consultar en
http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Buenas_practicas_2009_2013.pdf

Línea estratégica 5. Investigación en salud mental

Análisis de situación

En 2007, la Subdirección General de Redes y Centros de Investigación Cooperativa del ISCIII decidió la creación de la Red de Enfermedades Mentales-Trastornos Afectivos y Psicóticos (REM-TAP) a partir de la fusión de las 3 redes existentes en el área de psiquiatría y neurociencias (Red de primeros episodios psicóticos de inicio temprano, Red de psiquiatría de enlace y Red de genética y psiquiatría). La REM-TAP estaba formada por 17 grupos de investigación y permaneció en funcionamiento durante solo un año. El 1 de enero de 2008 se crea el Centro de Investigación Biomédica en Red en el área de Salud Mental (CIBERSAM). El objetivo final es constituir un centro de grupos de investigación abierto a la comunidad científica, médica, política y a la sociedad, líder en investigación en España y Europa, que genere conocimientos y aporte valor añadido. El CIBERSAM está formado por 26 grupos de investigación clínica y básica, en torno a 300 personas, pertenecientes a 8 CC.AA. Los proyectos de investigación tienen un carácter multidisciplinar y multiinstitucional en los que se integra la investigación básica, clínica y poblacional. Su principal objetivo es añadir valor al sistema mediante la investigación de frontera en el campo de la psiquiatría y neurociencias afines. Las líneas de investigación más importantes son: depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y patologías como los trastornos mentales en la infancia y adolescencia, la psicogeriatría y los trastornos de ansiedad. Existen proyectos con un componente epidemiológico, de carga de enfermedad o meta-analítico. Por último, también hay proyectos que buscan la creación de nuevos instrumentos, validación y perfeccionamiento de instrumentos existentes que nos permitan evaluar mejor aquello que queremos estudiar en áreas como la psicopatología, funcionamiento, evaluación de necesidades, neuropsicología o neuroimagen, entre otras. Según el informe elaborado por el CIBERSAM en 2008 se publicaron 462 artículos y estaban vivos 203 proyectos y en 2009, 407 artículos y 396 proyectos.

El MSPS ha promovido como línea prioritaria la investigación en salud mental en las convocatorias FIS y Evaluación de Tecnologías Sanitarias. En el período 2006-2008, a través del Instituto de Salud Carlos III, se han financiado 78 proyectos relacionados con salud mental.

13 CC.AA. incorporan en sus planes de salud líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental, 12 declaran haberlas incluido entre las líneas prioritarias de las convocatorias de ayudas a proyectos y como resultado se han realizado 71 proyectos durante el período 2007-2008. En los planes de salud mental de 11 CC.AA se incluye la puesta en marcha de

medidas que potencien la creación de grupos y redes de centros de investigación acreditados en salud mental.

Objetivos

Objetivo General 9: **Potenciar la investigación en salud mental**

Objetivos específicos

9.1. El Ministerio de Sanidad y Política Social y las CC.AA. promoverán, mediante su inclusión en las convocatorias de proyectos de investigación, líneas de investigación interdisciplinarias prioritarias en salud mental.

9.2. Las CC.AA. y el Ministerio de Sanidad y Política Social pondrán en marcha medidas que potencien la creación de redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.

9.3. Impulsar la introducción de Metodologías de Investigación (pregrado, Postgrado y redes de investigación existentes) sensibles al género.

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

Recomendaciones

1. Las CC.AA. priorizarán, en su ámbito territorial, las líneas de investigación en salud mental en función de las necesidades de la población. Se fomentará la inclusión de la perspectiva de género en todas las líneas de investigación.
2. Se deben impulsar y apoyar proyectos de investigación-acción que impliquen el carácter multidisciplinar y coordinación entre varias áreas sanitarias de una misma Comunidad Autónoma.
3. Mejorar la formación de investigadores en técnicas básicas y aplicadas de investigación en salud mental.
4. Establecer un marco laboral estable para los investigadores en salud mental.
5. Las CC.AA. priorizarán en sus convocatorias el área temática sobre salud mental y género promover el estudio de las condiciones de trabajo que puedan facilitar la aparición de trastornos mentales, especialmente entre las mujeres.

EJEMPLOS DE BUENAS PRÁCTICAS consultar en

http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Buenas_practicas_2009_2013.pdf

3. Evaluación

Esta Estrategia, en su primera edición, constaba una línea estratégica específica sobre Sistemas de Información y Evaluación, un objetivo general (**Mejorar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada por el sistema nacional de salud**) y tres objetivos específicos:

1. Obtener información acerca del nivel de salud mental general de la población.
2. Disponer, a nivel del SNS, de información sobre las principales causas de morbilidad atendida.
3. Disponer, a nivel del SNS, de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos específicos dedicados a la atención de la salud mental.

En la evaluación se ha constatado que:

1. Se habían introducido instrumentos validados (GHQ-12, SDQ) que han permitido la medición del nivel de salud mental en población adulta y en población infantil en la última Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2006).
2. Se dispone de información sobre la morbilidad atendida en pacientes ingresados, aunque no se dispone todavía de información homogénea sobre morbilidad atendida ambulatoria.
3. Se recoge información de los diferentes dispositivos existentes por parte del Instituto de Información Sanitaria, que elabora un “Mapa de dispositivos de salud mental” que se actualiza, al menos, anualmente.

Por todo ello en el Informe de Evaluación se propuso y aprobó:

1. Suprimir esta línea en la nueva edición de la Estrategia.
2. Crear un grupo de trabajo del CSE que desarrolle la metodología más adecuada para poder evaluar los objetivos e indicadores contenidos en la Estrategia.
3. Se proponen nuevos indicadores que midan los recursos humanos del modelo comunitario: psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras en salud mental, trabajadores sociales.
4. Que las sucesivas evaluaciones se realicen cada 4 años.

Está en estudio un informe sobre la metodología del Diagrama Europeo de Servicios (Ver Anexo III), que podrá ayudar en la evaluación de los resultados en salud.

Indicadores

La evaluación de la Estrategia se realizará mediante los indicadores, que se enumeran a continuación, y con los nuevos indicadores o informes que se acuerden tras las aportaciones y conclusiones del grupo de trabajo del CSE constituido a tal fin.

| Líneas estratégicas | Indicadores | Fuentes |
|---|--|----------------|
| 1. Promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad y erradicación del estigma. | Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental. | ENSE |
| | Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales. | ENSE |
| | Porcentaje de personas que declaran consumir drogas. | EDADES |
| | Porcentaje de escolares adolescentes que declaran consumir drogas. | ESTUDES |
| | Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol. | ENSE |
| | Tasa de alta por autolesiones. | CMBD |
| | Tasa de mortalidad por suicidio. | INE |
| | Camas psiquiátricas de agudos en hospitales generales por 100.000 habitantes. | EESCRI |
| | Camas en hospitales monográficos por 100.000 habitantes. | EESCRI |
| | Apoyo social y familiar. | ENSE |
| | Discapacidad atribuida a trastorno mental. | EDDES |
| 2. Atención. | Guías integradas de práctica clínica con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS. | GuíaSalud |
| | Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos. | SI-CF |
| | Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos. | SI-CF |
| | Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas. | SI-CF |
| | Porcentaje de reingresos. | CMBD |
| | Morbilidad atendida. | CC.AA. |
| | Porcentaje de altas de pacientes penitenciarios en hospitales no penitenciarios. | II.PP. |
| 3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional. | Mapa de dispositivos de salud mental. | SIAP-SM |
| | Ratio de psiquiatras por población. | EESCRI |
| 4. Formación. | Informe cualitativo. | CC.AA. |
| 5. Investigación. | Número de proyectos de investigación. | ISCI3 / CC.AA. |

Anexo I. Criterios de calidad en promoción y prevención^[1]

I. Aspectos generales y principios de intervención

- El programa es coherente con los objetivos generales de promoción de la salud reflejados en los planes y políticas regionales o locales.
- Incorpora un enfoque positivo e integral de la salud, con atención a los determinantes sociales y ambientales de ésta.
- Se basa en la mejor evidencia disponible para la consecución de los objetivos seleccionados.
- Estimula el empoderamiento de los participantes, así como la impresión de pertenencia y el protagonismo de éstos.
- Respeta los principios de equidad e igualdad entre las personas.
- La continuidad del proyecto ha sido estudiada y asegurada en caso de que la eficacia y conveniencia de ésta sea demostrada.

II. Diseño, implementación y evaluación del programa

- El proyecto incluye un análisis de la necesidad de la intervención en base a la información epidemiológica y sociológica más relevante disponible.

[1] Este documento incluye una selección de los criterios de calidad en promoción de la salud mental reflejados en la literatura y se basa en los siguientes instrumentos:

- Bollars C, Kok H, Van de Broucke S. European Quality Instrument for Health Promotion (Equihp) User Manual. European Project Getting Evidence into Practice. Netherlands Institute of Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ), 2005. Disponible en: <http://ws5.e-vision.nl/systeem3/images/User%20Manual1.pdf>

- Lavikainen J, Fryers T, Lehtinen V (Eds). Improving mental health information in Europe. MINDFUL Project. Helsinki, 2006. Disponible en: http://www.stakes.fi/pdf/mentalhealth/Mindful_verkkoversio.pdf

- Molleman GR, Peters LWH., Hommels LM, Ploeg MA. Preffi 2.0. Health Promotion Effect Management Instrument. NIGZ Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention, The Netherlands, Woerden, January 2003. Disponible en: <http://www.nigz.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=69&a=6&b=54&c=69>

- US Department of Health and Human Services. A Practitioner's Guide to Science-Based Prevention: A handbook of Promising, Effective and Model Programmes. 2002 Conference edition. Disponible en: <http://www.nrepp.samhsa.gov/pdfs/Handbook.pdf>

- El análisis incorpora una descripción del problema de salud, sus determinantes y distribución, la percepción del mismo por la comunidad y el contexto en el que será implementado el programa.

1. Diseño de la intervención

Los aspectos fundamentales y los métodos de la intervención están definidos de forma concreta, incluyendo:

- Población diana: la población diana está especificada y descrita con claridad, incluyendo sus características fundamentales como la edad, género o nivel socioeconómico, aspectos motivacionales, así como las vías de acceso a la misma. Se han incorporado criterios de sensibilidad cultural.
- Objetivos: los objetivos del programa están claramente definidos. Son realistas, medibles, coherentes con los resultados del análisis y pueden ser evaluados. Además han sido aceptados por todos los agentes implicados.
- Técnicas de intervención: la intervención se basa en técnicas de eficacia demostrada y adecuadas a los objetivos previstos.
- Duración e intensidad de la intervención: están definidos de antemano y son adecuados para la población diana y el tipo de técnicas empleadas.
- Pre-test o prueba piloto: la intervención ha sido probada en una prueba piloto o pre-test a fin de comprobar su viabilidad y posible eficacia.
- La intervención es multi-componente e incide sobre varios factores de riesgo y/o protectores de forma simultánea.
- La población diana ha participado en la planificación de la intervención.

2. Implementación del programa

Existen mecanismos para garantizar que el programa se implementa de acuerdo con lo establecido en el protocolo:

- Manual de Implementación: existe un documento que incorpora los protocolos de intervención y otros elementos clave para la implementación tales como la descripción de los procedimientos, y actividades.
- Formación y Apoyo continuado: los profesionales implicados disponen de formación y apoyo continuado para el desarrollo de las actividades.

- Monitorización, documentación y feedback: se ha definido un procedimiento para monitorizar y documentar el desarrollo del programa. Existen también mecanismos para asegurar el feedback a los profesionales sobre la evolución o los ajustes necesarios en el mismo.
- Se han empleado estrategias de motivación de los profesionales en la implementación del programa para mejorar la fidelidad y adherencia.
- La intervención pretende alcanzar a un porcentaje elevado de la población diana (cobertura).

3. Evaluación

- Existe un Plan de Evaluación en el que se enumeran los objetivos de la evaluación, las preguntas de la investigación, el método y cronograma, así como la distribución de tareas.
- El Plan de Evaluación ha sido elaborado al inicio del proyecto, de forma ideal durante la planificación de la intervención.
- La evaluación incluye análisis del proceso^[2], los resultados^[3] y económico^[4].
- La metodología de evaluación es apropiada al contexto, de la máxima calidad y rigor científico posible^[5].
- La evaluación incorpora la determinación de los efectos a corto, medio y largo plazo.

III. Aspectos organizativos y de coordinación

1. Coordinación y liderazgo

- Existe un coordinador o último responsable del proyecto. Dicha persona está cualificado para el desarrollo de la actividad o tiene la posibilidad de adquirir dichas habilidades.
- Existe una clara división de tareas y responsabilidades entre los profesionales implicados.

[2] Evaluación del grado en el que las actividades se han llevado a cabo de acuerdo al plan de implementación. Puede incluir además el registro de las dificultades observadas, la opinión de los usuarios sobre el programa y las sugerencias de mejora.

[3] Evaluación de los efectos producidos por la intervención. Debe incluir el estudio de validez y fiabilidad de las variables seleccionadas, el registro de los datos “missing” y abandonos, las potenciales variables de confusión y la adecuación del análisis.

[4] Estudio de coste- eficacia o similar.

[5] Siempre que sea posible es preferible la selección de metodologías de estudio de tipo experimental (grupo control, randomización).

2. Planificación y documentación

- El plan de trabajo, los métodos y la organización del proyecto están firmemente establecidos y documentados de forma clara y concisa.
- El cronograma es realista.

3. Recursos necesarios

- Se ha realizado una estimación de los recursos materiales y humanos necesarios, incluyendo las competencias o perfiles profesionales y se ha asegurado su disponibilidad.
- Los recursos económicos necesarios han sido claramente identificados y especificados. Existe un presupuesto realista y se han identificado las fuentes de financiación.

4. Comunicación

- Existe un plan de comunicación para facilitar que la población diana y los agentes implicados reciban la información necesaria sobre el proyecto y su evolución. Dicho plan debe incluir los canales y momentos de comunicación.

5. Diseminación

- Están disponibles materiales para la implementación del programa por otros profesionales, así como recursos de formación, soporte y evaluación.

Referencias sobre programas en prevención y promoción en salud mental:

1. Bases de datos online sobre programas que incorporan una revisión de la calidad/eficacia de los mismos:

– SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) Database. Disponible en: <http://www.nrepp.samhsa.gov>

– IMHPA Database. Disponible en: <http://database.imhpa.net/index.php?id=9>

– CASEL (Collaborative on Academic, Social and Emotional learning) Database. Programas escolares. Disponible en: <http://www.casel.org/database/index.php>

– HEALTHPROELDERLY Database. Programas de promoción de la salud mental en ancianos. Disponible en: <http://www.healthproelderly.com/database>

– Campbell Collaboration Library. Disponible en: <http://www.campbellcollaboration.org>

2. Informes y documentos de revisión que incluyen una selección de programas recomendados

- Wahlbeck K. & Mäkinen M. (Eds). (2008). Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/lifestyle/mental/docs/consensus_depression_en.pdf
- Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf
- Jané-Llopis, E. & Braddick, F. (Eds). (2008) Mental Health in Youth and Education. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_youth_en.pdf
- McDaid (Ed). (2008). Mental Health in Workplace Settings. Consensus paper. Luxembourg: European Communities. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_workplace_en.pdf
- Barry, M.M. & Jenkins, R. (2007). Implementing Mental Health Promotion. Oxford: Churchill Livingstone Elsevier.
- Taylor L, Taske N, Swann C, Waller S. Public health interventions to promote positive mental health and prevent mental health disorders among adults Evidence briefing. NHS. NICE Report, January 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/mental%20health%20EB%20FINAL%2018.01.07.pdf>

Documentos de revisión general sobre prevención y promoción en salud mental:

- World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report. Geneva, 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C., and Patel, V., guest editors (2005) The evidence of mental health promotion effectiveness: strategies for action. International Journal of Health Promotion and Education Special Supplement 2.

- Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre promoción del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/consensoprevencion_08

Anexo II. Criterios de calidad en psicoterapia

1. Definición de psicoterapia

La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia^[1].

2. Actuaciones incluidas en la psicoterapia

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

3. Objetivos de la psicoterapia

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

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

4. Modalidades de psicoterapia

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

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

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

6. Técnica

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

7. Condiciones necesarias para su aplicación

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

8. Criterios de acreditación de psicoterapeutas

Oficialmente, desde el Ministerio de Sanidad y Política Social, no hay actualmente un sistema de acreditación.

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas ha acordado en sus estatutos cuales deben ser los criterios para la acreditación de psicoterapeutas, asimismo, también el Colegio Oficial de Psicólogos y la Asociación Española de Neuropsiquiatría, posteriormente, han elaborado criterios de acreditación.

Fuentes bibliográficas

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

Anexo III. Diagrama europeo de servicios

No es posible efectuar comparaciones longitudinales o inter-territoriales sin un sistema consensuado de codificación de servicios ya que servicios con una misma denominación realizan actividades diferentes y viceversa^{105,106}. El “European Service Mapping Schedule (ESMS)” fue desarrollado por el grupo europeo EPCAT en 1997 con el fin de permitir comparaciones en el contexto europeo. Desde entonces se ha utilizado en 23 países tanto en Europa como fuera de ella¹⁰⁷⁻¹¹⁴, es el sistema estándar de codificación de servicios de salud mental en países como Finlandia¹¹⁵ y ha demostrado su utilidad para el análisis de sistemas de atención entre diferentes países y regiones.

Diversos estudios han comparado los sistemas de atención entre diferentes países (España en relación a Italia¹¹⁶ o Chile¹¹⁷) o entre diferentes CCAA españolas (Andalucía, Cataluña, Madrid, Navarra¹¹⁸).

Este sistema permite:

1. Codificar los servicios asistenciales socio-sanitarios de salud mental y los tipos básicos de atención de un territorio para conocer su disponibilidad y accesibilidad y poder efectuar comparaciones inter-territoriales o en el mismo territorio a lo largo del tiempo.
2. Desarrollar indicadores cuantitativos basados en datos del medio real para el análisis de la eficiencia técnica de pequeñas áreas (por ejemplo sectores de salud mental).
3. Analizar el uso de servicios con comparaciones transversales y longitudinales.
4. Elaborar catálogos de servicios estandarizados internacionalmente.
5. Establecer comparaciones entre los sistemas de atención de diferentes sectores (p. Ej. social, sanitario, penal); entre diferentes grupos de pacientes (salud mental infantil, salud mental general, psicogeriatría) o entre diferentes grupos diagnósticos (drogodependencias, salud mental, discapacidad intelectual, discapacidad física).
6. Asociar unidades de costes a los tipos básicos de atención en un área.
7. Incorporación de sistemas de información geográfica (GIS) y a sistemas de apoyo a la decisión (SAD).

El sistema ESMS/DESDE es el único desarrollado internacionalmente para planificación y seguimiento de sistemas de salud mental que permite comparaciones inter-territoriales.

Glosario

PROCESO ASISTENCIAL: Conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias diagnósticas, utilización de pruebas complementarias y decisiones terapéuticas) y respuestas de los usuarios a estas actividades que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y grado de satisfacción de la población atendida. *Ejemplo: “Proceso de Atención al paciente anciano con fractura de cadera”*

ACTIVIDAD: Es el desarrollo de la tarea planificada de los profesionales, en cada uno de los espacios y con los medios que intervienen, en cada uno de los procesos.

Ejemplo: “Actividades de Educación Maternal en A. Primaria”

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: Pautas de actuación esenciales ante un problema clínico, avaladas por evidencias científicas, expertos o por consensos profesionales.

PROTOCOLO DE PRÁCTICA CLÍNICA: Descripción exhaustiva y pormenorizada de los pasos y actuaciones clínicas que deben realizarse ante un determinado problema de salud de acuerdo a la guía de práctica clínica correspondiente.

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

El Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Grave, reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable, recoge los cuatro siguientes aspectos:

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

El Acuerdo Terapéutico para los Trastornos Mentales Común, es un acuerdo establecido entre el terapeuta designado y el paciente y reflejado por escrito en su historia clínica tras la evaluación inicial, que recoge los cinco siguientes aspectos:

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

Gestión por procesos según la ISO 9000:2000: Conjunto de actividades mutuamente relacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entradas en resultados.

European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD): Estudio de diseño transversal a iniciativa de la OMS. En Europa se ha realizado en seis países europeos (Alemania, Bélgica, Francia, Holanda, Italia y España) y ha sido desarrollado para estudiar la prevalencia, carga y cuidados de las personas con trastornos mentales. Se han evaluado a más de 21.400 personas.

Se estudió una muestra representativa de 21.425 adultos de mayores de 18 años, que representan a más de 212 millones de adultos de Europa, por lo que puede considerarse el mayor estudio comparativo sobre la epidemiología de los trastornos mentales en Europa. Se les administró mediante

encuesta domiciliaria la WNH-CIDI entre los meses de enero de 2001 a agosto de 2003. Se valoraron múltiples factores relacionados con los trastornos mentales, como sus factores de riesgo, la relación con la discapacidad que producen o la calidad de vida asociada, y la utilización de servicios sanitarios y fármacos para su tratamiento. Se estudiaron la prevalencia-año y prevalencia-vida de los principales trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de alcohol, así como la influencia de los factores sociodemográficos en su presencia y la edad de inicio de los trastornos. La tasa de respuesta fue variable según los países siendo España donde se obtuvo la mayor con un 78,6% frente a Francia con el 45,9%.

Índice de abreviaturas y acrónimos

| | |
|----------------|--|
| ATC | Anatomical Therapeutic Chemical Classification |
| CC.AA. | Comunidades Autónomas |
| CIE | Clasificación Internacional de Enfermedades |
| CMBD | Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta hospitalaria |
| DDD | Dosis Diaria Definida |
| DHD | Dosis Habitante Día |
| DSM | Manual diagnóstico de trastornos mentales (American Psychiatric Association) |
| ENSE | Encuesta Nacional de Salud |
| EESCRI | Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado |
| EIR | Enfermera Interna Residente |
| ESEMeD | European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. |
| FEAFES | Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales |
| GPC | Guía de práctica clínica |
| IMSERSO | Instituto de Mayores y Servicios Sociales |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| ISCIH | Instituto de Salud Carlos III |
| MIR | Médico Interno Residente |
| MSC | Ministerio de Sanidad y Consumo |
| MSPS | Ministerio de Sanidad y Política Social |
| OMS | Organización Mundial de la Salud. |
| PIR | Psicólogo Interno Residente |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| TMC | Trastorno Mental Común |
| TMG | Trastorno Mental Grave |
| UE | Unión Europea |

Bibliografía

1. Thornicroft G, Szmuckler G, Editores. Textbook of community psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Department of Health. National Service Framework for Mental Health. Modern Standards and Service Models. London: Department of Health; 1999.
3. House of Lords and House of Commons Joint Committee on the draft mental health bill (2005) Draft Mental Health Bill: Session 200405, Vol.1. London: The Stationery Office.
4. Scottish Executive. Mental Health Act 2003. Edinburgh: Scottish Executive; 2003.
5. United Nations. Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. New York: United Nations; 1991.
6. World Health Organization. Mental Health in Europe, Country Reports from the WHO European Network on Mental Health. Copenhagen: World Health Organization; 2001.
7. World Psychiatric Association. Declaration of Madrid. Geneva: World Psychiatric Association; 1996.
8. Sowers W. Transforming systems of care: the American Association of Community Psychiatrists Guidelines for Recovery Oriented Services. *Community Ment Health J* 2005;41(6):757-74.
9. World Health Organization. Quality improvement for mental health Mental health politics and service guidance package, Copenhagen: World Health Organization; 2003.
10. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica* 2006;126(12):445-51.
11. Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema* 2010;22(3):389-395.
12. INE. Proyección de la Población de España a Corto Plazo, 2009-2019.
13. Serna de Pedro I de la. Salud mental en el anciano: identificación y cuidados de los principales trastornos. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2003. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/serna-saludmental-01.pdf>. Acceso el 6 de mayo 2010.
14. S Levy B, W Sidel V. Crisis económica y salud pública. *Medicina Social* 2009 Jun 4(2).
15. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, R Phillips M, et al. Global mental health 1: No health without mental health. *Lancet* 2007;370:859-877.
16. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterrji S, Mathers C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry* 2004;184:386-92.
17. Alonso J, Lepine JP. Overview of key data from the European Study of the epidemiology of mental disorders. *Journal of Clinical Psychiatry* 2007;68(suppl 2):3-9.
18. Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE Jáuregui V. The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis. A community survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1982;65(3):161-70.

19. Gispert R, Puig X, Palomera E, Autonell J, Giné JM, Ribas G, et al. Factores individuales y del entorno asociados a la variabilidad geográfica de los trastornos psicológicos entre áreas pequeñas: un análisis multinivel. *Revista Española de Salud Pública* 2006;80(4):335-347.
20. Salize HJ, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, et al. Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. *Schizophrenia Research* 2009;111:70-77
21. Sicras-Mainar A, Blanca-Tamayo M, Gutiérrez-Nicuesa L, Salvatella-Pasant J, Navarro-Artieda R. Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gac San* 2009;24(1):13-19.
22. Declaración Europea de Salud Mental del Plan de Acción de Helsinki. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf.
23. Políticas y Prácticas Europeas en Salud Mental. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e91732.pdf>.
24. Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales: revisado de conformidad con los Protocolos nº 11 y 14: completado por el Protocolo adicional y los Protocolos nºs 4, 6, 7, 12 y 13. Disponible en: <http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/1101E77A-C8E1-493F-809D-800CBD20E595/0/SpanishEspagnol.pdf>.
25. Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura y de las Penas o Tratos Inhumanos o Degradantes. Disponible en: <http://www.cpt.coe.int/lang/esp/esp-convention.pdf>.
26. Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine CETS No.: 164. Disponible en: <http://conventions.coe.int/Treaty/Commun/QueVoulezVous.asp?NT=164&CM=8&DF=6/5/2007&CL=ENG>.
27. Recommendation REC(2004)10 of the Committee of Ministers to member States concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum. Strasbourg: Council of Europe; 2004. Disponible en: <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775685&BackColorInternet=B9BDEE&BackColorIntranet=FFCD4F&BackColorLogged=FFC679>.
28. Torres González F, Barrios Flores LF. Libertades fundamentales, derechos básicos y atención al enfermo mental (Informe al “Comité de Expertos para el desarrollo de un instrumento de referencia para el Consejo de Europa (CoE)”). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2007. Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/libertades_fundamentales_enfermo_mental_coe-esp.pdf.
29. Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales: (aprobado por el Comité de Ministros a 20 de mayo de 2009 en la 1507 reunión de Viceministros). Disponible en: http://www.aen.es/web/docs/Rec_Consejo_Europa_Dchos_Humanos_SM.pdf.
30. OECD. Health at a glance 2007. Paris: OECD; 2007. Disponible en http://books.google.es/books?id=VZwGd_y16VAC&dq=Health+at+a+glance+2007&printsec=frontcover&source=bl&ots=Es0DtK4DgW&sig=ykgehsOSmK7I4Wq3bvUm6lc

VnrA&hl=es&ei=dalFS_rK5C64Qa_i52LAW&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=3&ved=0CBkQ6AEwAg#v=onepage&q=&f=false.

31. OECD. Health at a glance 2009. Paris: OECD; 2009. Disponible en http://www.oecdilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en.
32. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf.
33. Mensajes clave y resultados de la conferencia Estocolmo. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20090929_en.htm.
34. Backgrounds documents Estocolmo. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20090929_bgdocs_en.htm.
35. Informe final Estocolmo. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20090929_en.htm.
36. Backgrounds y mensajes clave Budapest. Disponible en:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20091210_bgdocs_en.htm
37. Informe final y conclusiones Budapest:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/ev_20091210_en.htm.
38. Todo lo referido a EU-Compass puede consultarse en la siguiente dirección:
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/mental_health_compass_en.htm
39. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención primaria 1996;18(4):153-163.
40. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Atención primaria 1996;18(6):289-296.
41. Hernández Monsalve M, Lalucat L. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2007.
42. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener B. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. Austral New Zeal J Psychiatr 2006;40:3-5.
43. Policies and practices for mental health in Europe WHO. Disponible en:
http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081009_1.
44. Communities that Care SAMHSA. Disponible en:
https://preventionplatform.samhsa.gov/Macro/Csap/dss_portal/templates_redesign/start1.cfm?page=http%3A%2F%2Fncadi%2Esamhsa%2Egov%2Ffeatures%2Fctc%2Fresources%2Easpx&topic_id=0§_id=1&CFID=3035897&CFTOKEN=29937233&link_name=Communities%20That%20Care%26reg%3B. Consultado el 12 enero 2010.
45. Guite HF, Clark C, Ackrill CG. The impact of the physical and urban environment on mental well-being. Public Health 2006;120:1.117-1.126.
46. Kim D. Blues from the Neighborhood? Neighborhood Characteristics and Depression. Epidemiologic Reviews 2008;30:101-117.

47. Verheij RA, Maas J, Groenewegen PP. Urban Rural Health Differences and the Availability of Green Space. *European Urban and Regional Studies* 2008;15(4):307-316. Disponible en: <http://eur.sagepub.com/cgi/content/abstract/15/4/307>.
48. Sugiyama T, Leslie E, Giles-Corti B, Owen N. Associations of neighbourhood greenness with physical and mental health: do walking, social coherence and local social interaction explain the relationships?. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:1-6.
49. Evans GV. Child development and the physical environment. *Annu Rev Psychol* 2006;57:423-51.
50. Rivadeneyra Sicilia A, Artundo Purroy C. La evaluación del impacto en salud: el estado de la cuestión. *Gac Sanit.* 2008;22(4):348-53.
51. Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J, ed. The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/E90794.pdf>.
52. Coggins T, Cooke A, Friedli L, Nicholls J, Scott-Samuel A, Stansfield J. Mental Well-being Impact Assessment: A Toolkit. Cheshire: North West, Care Services Improvement Partnership (CSISP). Disponible en: <http://www.northwest.csip.org.uk/silo/files/mwia-toolkit.pdf>.
53. Hanna J, West H, Young D. Liverpool Capital of Culture Mental Well-being Impact Assessment. Disponible en: <http://www.ukpha.org.uk/media/15thaphf/paralleID/1400%20d6%20west%20carrick1%20thurs.pdf>.
54. Muñoz Rodríguez PE. 1993 Estudio de validación predictiva del General Health Questionnaire (GHQ) en población general urbana. *Anales del Fondo de Investigación Sanitaria* 1993. Madrid: Fondo de Investigación Sanitaria; 1993:221.
55. Rodríguez Hernández PJ. Estudio de la prevalencia de los trastornos mentales infantiles en la Comunidad Autónoma Canaria (tesis doctoral). Tenerife: Universidad de La Laguna; 2006.
56. Rodríguez Hernández PJ. Trastornos psiquiátricos infantiles de etiología neurobiológica y su despistaje en Atención Primaria. *BSCP Can Pediatr* 2006;30:9-18.
57. Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagu G, Fernandez A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general. *Medicina Clínica* 2007;129(13):494-500.
58. European Alliance against depression and suicide SPI. Disponible en: http://www.spiorg.org/european_alliance.html.
59. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord* 2010 Jan 120(1-3):76-85.
60. Los costes de los cuidados informales en España Presupuesto y gasto público 56/2009. Disponible en: http://www.ief.es/Publicaciones/revistas/PGP/56_11.pdf. Consultado el 13 de febrero 2010.
61. Pekkala ET, Merinder LB. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(2) Art. No.: CD002831. DOI: 10.1002/14651858.CD002831. Disponible en: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab002831.html>. Consultado el 13 de febrero 2010.

62. Plan Nacional de Acción para la Inclusión Social del Reino de España 2008-2010. Disponible en: (<http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/politica-social/inclusion-social/2009-0-plan-nac-accion-inclusion-social-2008-2010.pdf?documentId=0901e72b8003c6d2>).
63. Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad 2007. Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/084F4110-4A1B-4C55-9D26-372C44FFC7E4/22532/Plandeaccinparamujeresdiscapacidad2007.pdf>.
64. Estrategia Global de Acción para el Empleo de Personas con Discapacidad 2008-2012. Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/BBC08CD6-B565-49F5-84FB-A28334CC8461/20279/Estrategiaglobalaccinempleopersonascondiscapacidad.pdf>.
65. Estrategia Global de Actuación en Salud Mental de 2007. Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/041A5E88-C806-48DC-8691-5FEAAC2BD32A/14174/ESTRATEGIAGLOBALDEACTUACI%c3%93NENSA-LUDMENTAL.pdf>.
66. Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009. Disponible en: <http://www.feafes.com/NR/rdonlyres/25664F1D-A5BE-4D83-846C-51ECBE31E5B4/15387/Planestrategiconacionalinfanciaadolescencia.pdf>.
67. Promoting children's social and emotional wellbeing in primary education. NICE public health guidance 12. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2008. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH012Guidance.pdf>.
68. Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people. NICE public health guidance 7. Londres: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH007Guidance.pdf>. Acceso el 10 de diciembre 2008.
69. The PATHS Curriculum: PATHS (Providing Alternative THinking Strategies). Disponible en: <http://www.prevention.psu.edu/projects/PATHS.html>
70. Promoting Alternative THinking Strategies (PATHS), PATHS Preschool. A Review. SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP); 2007. Disponible en: http://www.nrepp.samhsa.gov/programfulldetails.asp?PROGRAM_ID=127#replications
71. Social and Emotional Aspects of Learning – a quick guide to these materials; 2007. Disponible en: http://www.standards.dfes.gov.uk/primary/publications/banda/seal/pns_137805_get_started.pdf
72. Jané-Llopis E, Gabilondo A, Editores. Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities ; 2008. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_older_en.pdf.
73. Ploubidis GB, Grundy E. Later-life mental health in Europe: a country-level comparison. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009 Sep 64(5):666-76.
74. Autonell J, Vila F, Pinto-Meza A, Vilagut G, Codony M, Almansa J, et al. Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del estudio ESEMdD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2008;35(Suppl.2):4-11.
75. Have M, Graaf R, Ormel J, Vilagut G, Kovess V, Alonso J. Are attitudes towards mental health-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Soc Psychiat Epidemiol* 2009. DOI 10.1007/s00127-009-0050-4.

76. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Uso de fármacos psicotrópicos en España. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35(Suppl.2):29-36.
77. Fernández A, Pinto-Meza A, Bellón JA, Roura-Poch P, Haro JM, Autonell J, et al. Is major depression adequately diagnosed and treated by general practitioners? Results from an epidemiological study. *Gen Hops Psychiatr* 2010;32(2):201-9.
78. Giron M, Nolasco A, Pereyra-Zamora P, Munarriz M, Salazar J, Tabarés R, et al. Self-reported chronic mental health problems and mental health service use in Spain. *Chronic Illness* 2009;5:197-208.
79. Moreno B, Arroyo B, Torres-González F, Luna JD, Cervilla J. Social predictors of outpatient mental health contact in schizophrenia patients. *Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol* 2007;42(6):452-456.
80. Codony M, Alonso J, Almansa J, Vilagut G, Domingo A, Pinto-Meza A, et al. Utilización de los servicios de salud mental en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD-España. *Actas Esp Psiquiatr* 2007;35:21-28.
81. Communities that Care SAMHSA. Disponible en: https://preventionplatform.samhsa.gov/Macro/Csap/dss_portal/templates_redesign/start1.cfm?page=http%3A%2F%2Fncadi%2Esamhsa%2Egov%2Ffeatures%2Fctc%2Fresources%2Easpx&topic_id=0§_id=1&CFID=3035897&CFTOKEN=29937233&link_name=Communities%20That%20Care%26reg%3B. Consultado el 12 de enero 2010.
82. Bravo Ortiz MF, Coord. Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2001.
83. Cardo E, Servera M, Llobera J. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en población normal de la isla de Mallorca. *Revista de Neurología* 2007;44:10-14.
84. Lobo-Escolar A, Saz P, Marcos G, Quintanilla MA, Campayo A, Lobo A. ZARADEMP Workgroup. Somatic and psychiatric comorbidity in the general elderly population: results from the ZARADEMP Project. *J Psychosom Res* 2008 Oct 65(4):347-55.
85. Lobo A, Campos R, Marcos G, García-Campayo J, Campayo A, López-Antón AR, et al. Somatic and psychiatric co-morbidity in Primary Care patients in Spain. *Eur J Psychiat* 2007;21(1):71-78.
86. Pinto-Meza A, Fernández A, Fullana MA, Haro JM, Palao D, Luciano JV, et al. Impact of mental disorders and chronic physical conditions in health-related quality of life among primary care patients: results from an epidemiological study. *Qual Life Res* 2009;18(8):1.011-1.018.
87. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514-9.
88. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D, Van Winkel R. Metabolic syndrome in people with schizophrenia. *A Review World Psychiatry* 2009;8(1):15-22.
89. Tabarés-Seisdedos R, Gómez-Beneyto M, Haro JM, González Pinto A, Vieta E. The importance of negative comorbidity. *J Clin Psychiatry* 2009;70(8):1.191-1.192.
90. COCE. Center for Substance Abuse Treatment. [Sede Web] Overview Papers 1 to 8. DHHS Publications Rockville MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Center for Mental Health Services; 2007. Disponible en: http://coce.samhsa.gov/products/overview_papers.aspx. Acceso el 18 de diciembre 2008.

91. Report of the UEMS Section of Psychiatry. Quality Assurance of Standards in Specialist Psychiatric Care. Discussion Draft. Union Européenne des Médecins Spécialistes; 2006. Disponible en: <http://www.uempsychiatry.org/section/reports/GreenPaperResponse.pdf>.
92. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An Update on Randomized Controlled Trials of Evidence-Based Supported Employment Psychiatric Rehabilitation Journal 2008;31(4):280-290.
93. Burns T, Catty J, Becker T, Drake RE, Fioritti A, Knapp M, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. Lancet 2007;370:1.146-52.
94. Killackey E, Yung AR. Effectiveness of early intervention in psychosis. Curr Opin Psychiatry 2007;20:121-5.
95. Marshall M, Rathbone J. Early Intervention for psychosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(4) Art. No.: CD004718. DOI: 10.1002/14651858.CD004718.pub2.
96. Lehman AF. Early intervention for psychosis and schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2007;195:965-7.
97. Bertelsen M; Jeppesen P, Petersen L, Thorup A, Øhlenschläger J, et al. Five-Year Follow-up of a Randomized Multicenter Trial of Intensive Early Intervention vs Standard Treatment for Patients With a First Episode of Psychotic Illness. Arch Gen Psychiatry 2008;65:762-71.
98. Kulhara P, Banerjee A, Dutt A. Early intervention in schizophrenia. Indian J Psychiatry 2008;50:128-34.
99. Dodgson G, Crebbin K, Pickering C, Brabban A, Paxton R. Early intervention in psychosis service and psychiatric admissions. Psychiatric Bulletin 2008;32:413-16.
100. Cognitive behavioural therapy for the management of common mental health problems Disponible en: <http://www.nice.org.uk/usingguidance/commissioningguides/cognitivebehaviouraltherapyservice/cbt.jsp>.
101. The Depression Report. A New Deal for Depression and Anxiety Disorders London School of Economics. Disponible en: http://cep.lse.ac.uk/textonly/research/mentalhealth/depression_report_layard.pdf.
102. Department of Health NHS [Sede Web]. Londres: Department of Health; 2008. Improving Access to Psychological Therapies implementation plan: national guidelines for regional delivery Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_083150.uk. Acceso el 10 de diciembre 2008.
103. Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in planning and development of health care. BMJ 2002;325:12-63. Disponible en: <http://bmj.com/cgi/content/full/325/7375/1263>. Consultado el 25 de Septiembre 2008.
104. Gómez Beneyto M. La participación de los usuarios: ¿qué opinan los profesionales?. En: Carmona J, Del Río Noriega F, Coordinadores. Gestión Clínica en salud mental. Madrid: AEN; 2009.
105. Johnson S, Kuhlmann R; EPCAT Group. European Psychiatric Assessment Team. The European Service Mapping Schedule (ESMS): development of an instrument for the description and classification of mental health services. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2000;(405):14-23.

106. Salvador-Carulla L, Poole M, Gonzalez-Caballero JL, Romero C, Salinas JA, et al. RIRAG/PSICOST Group; DESDE Consensus Panel. Development and usefulness of an instrument for the standard description and comparison of services for disabilities (DESDE). *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006;(432):19-28.
107. Dernovsek MZ, Sprah L. Assessment of mental health services in Slovenia with The European Service Mapping Schedule. *Psychiatr Danub* 2008 Sep 20(3):439-42.
108. Dernovsek MZ, Sprah L. A preliminary report on the implementation of the European Service and Mapping Schedule (ESMS) in Slovenia to map preventive and promotion activities in mental health. *Psychiatr Danub* 2008 Jun 20(2):141-7.
109. Rezvyy G, Oiesvold T, Parniakov A, Ponomarev O, Lazaruko O, Olstad R. The Barents project in psychiatry: a systematic comparative mental health services study between Northern Norway and Archangelsk County. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 Feb 42(2):131-9.
110. Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, et al. CSRP group; RIRAG group. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain—an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005 Feb 40(2):149-59.
111. Trypka E, Adamowski T, Kiejna A. [Presentation of the cost-effectiveness technique questionnaire—the possibility of the Polish adaptation] *Psychiatr Pol.* 2002 Nov-Dec 36(6 Suppl):389-96.
112. Adamowski T, Trypka E. “European Service Mapping Schedule” (ESMS)—instrument used to describe the structure of mental health care. *Psychiatr Pol* 2002 Nov-Dec 36(6 Suppl):369-76.
113. Becker T, Hülsmann S, Knudsen HC, Martiny K, Amaddeo F, et al. EPSILON Study Group. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2002 Oct 37(10):465-74.
114. Böcker FM, Jeschke F, Brieger P. [Psychiatric care in Sachsen-Anhalt: a survey of institutions and services with the “European Services Mapping Schedule” ESMS] *Psychiatr Prax.* 2001 Nov 28(8):393-401.
115. Pirkola S, Sund R, Sailas E, Wahlbeck K. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009 Jan 10;373(9658):147-53.
116. Salvador-Carulla L, Tibaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C. CSRP group, RIRAG group. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain—an investigation using the European Service Mapping Schedule. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005 Feb 40(2):149-59.
117. Salvador-Carulla L, Saldivia S, Martinez-Leal R, Vicente B, Garcia-Alonso C, Grandon P, et al. Meso-level comparison of mental health service availability and use in Chile and Spain. *Psychiatr Serv* 2008 Apr 59(4):421-8.
118. Moreno K, Sanchez E, Salvador-Carulla L. Methodological advances in unit cost calculation of psychiatric residential care in Spain. *J Ment Health Policy Econ* 2008 Jun 11(2):79-88.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL
E IGUALDAD

www.mpsi.es