



## Frente a la involución en salud mental: es preciso cambiar con urgencia

*Begoña Olabarria*

*Especialista en Psicología Clínica y Psicoterapeuta Sistémica.*

*Vocal del Consejo Nacional de Especialidades Sanitarias del Ministerio de Sanidad.*

*Vicepresidenta de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*

Enero 2021. Boletín Psicoevidencias nº 59. ISSN 2254-4046

La idea de que la Salud Mental (SM) es un ámbito de atención especializada como cualquier otro, sencillamente es un error. No sólo es que la SM de la población con la actual pandemia de la Covid19 requiere una aportación principal para cubrir la demanda de atención <sup>1</sup>: Conocemos el incremento de los suicidios, el significativo aumento durante el confinamiento de malos tratos a mujeres, menores, la violencia filio-parental, el aumento de demanda por sintomatología ansioso-depresiva, fobias, TOC o el incremento de la prescripción de psicofármacos en Atención Primaria en un 30%). Desde hace demasiado tiempo, el ámbito de la SM requiere de mayor atención singularizada, como reclamaba la Oficina Regional para Europa de la OMS en su Declaración de Helsinki en 2005, suscrita por España <sup>2</sup>. También sobre toxicomanías <sup>3 4</sup>. Pero es que la OMS estableció su Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 <sup>5</sup> y poco se ha avanzado, pese a los importantes esfuerzos definidos en la última Estrategia de Salud Mental del M<sup>º</sup> de Sanidad <sup>6 7</sup>, que precisa su renovación urgente.

Además —y ésta es una cuestión principal- el deterioro de los servicios de Salud Mental en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) desde la crisis económica de 2008 ha repercutido muy negativamente en todas las Comunidades Autónomas (CCAA), aún con las diferencias constatables entre las mismas y ha acelerado al tiempo procesos involutivos en los modelos de atención, por otra parte cada vez más diferentes en sus modelos de atención al punto que podemos ver disimilitudes tales que, en esta materia, parece ponerse en riesgo la equidad del SNS ante los ciudadanos, cuestión que seguramente convendría estudiar específicamente.

Tras el significativo impulso de cambio en la SM de los años 80 y 90, se fue ralentizando el proceso y en los últimos 12 años en SM se han producido los mayores recortes, la mayor privatización, tanto de prestaciones asistenciales directas como de gestión de todo el abanico de servicios asistenciales del SNS, la mayor fragilidad en las relaciones contractuales de sus profesionales, ya de por sí extremadamente deterioradas. Mientras, continúa agravándose la carencia de actualización de las ratios de todos los profesionales que



prestan servicios en los dispositivos de SM (Psiquiatras, Psicólogos clínicos, Enfermería de SM, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales...), muy por debajo de las europeas, especialmente de psicólogos clínicos. Un proceso involutivo que ha recalado en un modelo asistencialista, individualista, con un consumo de psicofármacos en crecimiento exponencial, con escasa -a veces nula-, atención a los derechos de los pacientes.

Es preciso cambiar con urgencia.

Los trastornos mentales, en conjunto, constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay, al menos, una persona con trastornos mentales. El impacto de estos en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades. Además, no abordar los trastornos mentales asociados a otros procesos de salud/enfermedad acarrea peor cumplimiento de los procesos terapéuticos y peor pronóstico en estas patologías.

El informe del Relator Especial de las Naciones Unidas <sup>8</sup> sobre el derecho de todos al disfrute del nivel más alto de salud física y mental recomienda: *“es necesario un cambio de paradigma que esté basado en la recuperación y en la comunidad, que fomente la inclusión social y ofrezca una serie de tratamientos basados en derechos y apoyo psicosocial en los niveles de atención primaria y atención especializada (...); enfoques reductivos de tratamientos biomédicos que no atiendan el contexto y las relaciones adecuadamente, ya no pueden ser considerados como conformes con el derecho a la salud”*.

La involución progresiva de la atención a la SM junto a las nuevas situaciones creadas con la pandemia de la Covid19 antes referidos <sup>1</sup>, así como la existencia de múltiples modelos de atención (prácticamente uno por Comunidad Autónoma), obliga una apuesta por la atención pública a la Salud Mental y por su transversalidad, es decir, presencia vertebrada en los tres niveles de atención, y por el modelo comunitario: la coordinación de redes de servicios en el territorio (en función de casos y por programas), la *recuperación* de la persona (fomento de la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos), la comprensión y sentido de la misma en el contexto, los equipos multiprofesionales. Las dimensiones de la salud mental comunitaria y los criterios para cumplir con estas dimensiones, se basan en una síntesis de la evidencia científica, buenas prácticas y opiniones de expertos en relación con las siguientes vertientes:



Salud Pública, Recuperación <sup>9</sup>, Intervenciones efectivas, Red de atención comunitaria y continuidad de cuidados, Participación de ciudadanos (usuarios, familiares), Derechos Humanos <sup>10</sup>.

Se trata de conseguir una mejor atención integral y contextualizada de las personas con trastornos mentales, basada en la excelencia clínica y en condiciones de igualdad en todo el territorio del Estado. Es preciso poner en relación dos derechos relacionales en SM comunitaria: el derecho a la palabra de los usuarios y el derecho a la escucha de los profesionales para un ejercicio clínico que tiene que tener en cuenta la naturaleza y condiciones del compromiso clínico (psicoterapéutico en su caso) y de intervención psicosocial, comprendiendo a la persona en su contexto, favoreciendo el empoderamiento de los profesionales y los usuarios y sus familias, así como atendiendo los Derechos Humanos <sup>11</sup> para promover la condición de ciudadano libre de estigma y reducir sus violaciones en el contexto de los servicios de SM.

Introducir la cultura de la evaluación resulta indispensable en diferentes niveles: mejorar los sistemas de información mediante el desarrollo de indicadores cuantitativos y cualitativos comunes en todas las CCAA, que ofrezcan información veraz para realizar adecuada evaluación, desarrollo de informes, investigaciones y toma de decisiones globales y comunes. Incorporar la planificación de qué, cómo y cuándo se evaluará y revisará la red de servicios, también su periodicidad. Incluir, de manera sistemática en las intervenciones de SM, los parámetros de eficacia y eficiencia, estableciendo procedimientos para valorar los resultados de las intervenciones y tratamientos en términos de salud y calidad de vida. La *cultura de la evaluación* ha de implantarse, entendiendo que la efectividad de las intervenciones de SM se establece por tener objetivos definidos y compartidos con los usuarios, que produzcan cambios mensurables en salud y calidad de vida, con resultados duraderos, con costes asumibles, factibles en su implementación y equilibrados en cuanto a la evaluación de intervenciones y servicios. Junto a la cultura de la evaluación, ha de potenciarse la cultura de la investigación, ligada al ejercicio asistencial y la adecuada difusión de resultados obtenidos, en gran medida, de esa evaluación continua.

Los determinantes de la SM y de los trastornos mentales incluyen características individuales y del contexto significativo, así como factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, entre los que se encuentran el nivel de protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Así, los equipos multiprofesionales de SM existentes en los tres niveles de atención han de conocer en qué territorio específico trabajan y tener en cuenta la influencia de sus particulares parámetros económicos, sociales, demográficos, urbanísticos, culturales... Han de conocer la presencia de otros dispositivos asistenciales sanitarios y de otras redes de servicios y entidades en el territorio (sociales, culturales, educativos centros de mayores y otros) y trabajar con ellos. Promover la accesibilidad de

servicios de calidad cerca de las viviendas de las personas es también un área de acción prioritaria en el antes citado Plan de Acción Integral de Salud Mental de la OMS <sup>4</sup>. Las estrategias y planes nacionales o autonómicos de SM deben incluir, priorizar y planificar la atención comunitaria de salud mental, ajustando a las áreas locales el desarrollo de lo que establece dicho Plan de Acción de la OMS: la atención basada en la *recuperación* <sup>9</sup>. Ello implica poner el foco en las fortalezas de los usuarios y su contexto cercano, trabajando terapéuticamente en el establecimiento de sentido hacia la recuperación de sí más desde las propias fortalezas y recursos psicosociales y relacionales. El enfoque de las fortalezas explora la renovación y fomentar redes naturales de ayuda y apoyo como parte de la solución en un proceso específico, detallado e individualizado.

Este proceso empieza con el diagnóstico que, más allá de lo psicopatológico, ha de apuntar hacia cómo “entender juntos qué es lo que está pasando”. Reconocer que la información del usuario sobre sí (su vida relacional, su sentido acerca de las experiencias vividas y de su historia, su trayectoria, metas, problemas, fracasos y errores, sus prioridades, qué es lo que le ayudó en el pasado y quiénes o cuáles son sus recursos y tal vez sus enemigos), es tan importante como nuestra propia pericia profesional (formación, conocimiento, experiencia, redes de relación profesional en el territorio y la habilidad de diálogo). Colaborar con todas las partes implicadas (los *actores sociales*) resulta central. La mayor parte de la recuperación tiene lugar fuera de los servicios de salud mental: en el trabajo, la escuela, con la familia, en la comunidad. Por lo tanto, los servicios de SM colaboran y trabajan en la comunidad con las partes sociales implicadas y se apoyan o coordinan con otros servicios (como los sociales, educación, Justicia, etc).

En aplicación y desarrollo de los contenidos de la Declaración de Helsinki en Salud Mental <sup>2</sup>, mejorar la atención a la Salud Mental en el SNS requiere su consideración como subsistema transversal en el SNS, aumentando su presencia en los tres niveles de atención. En Atención Primaria, caminar hacia un enfoque operativo de salud integral desde una aportación interprofesional: incorporación de psicólogos clínicos al equipo como establece el nuevo Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria aprobada hace un año por el Consejo Interterritorial y pendiente de aplicación. En At. Secundaria, corrigiendo las actuales ratios de los diferentes profesionales que componen los equipos y el sesgo de convertir los Centros de SM en consultas externas del hospital, pues han de desarrollarse como ejes de la atención de SM Comunitaria. En el nivel hospitalario, modificando la rígida atención de agudos existente para abrir el proceso hacia Unidades de Salud Mental que desarrollen programas imprescindibles de atención psicológica con los diversos servicios del hospital (Oncología, Trasplantes, Cuidados Paliativos, Neonatología, Pediatría hospitalaria, Cardiología, Cirugía general...), y que han de incorporarse significativamente y participar en el



desarrollo de un modelo de trabajo hospitalario integral y por procesos, cuyo eje sea el paciente versus los Servicios o Unidades hospitalarios, superando la compartimentación y la insuficiencia de las voluntaristas coordinaciones. La rehabilitación en SM es capítulo relevante y central en la lucha contra el estigma.

Los usuarios de los servicios de salud mental comunitarios, a menudo, experimentan problemas, múltiples y complejos, de tipo socioeconómico (carencia de vivienda digna, desempleo, pobreza, aislamiento social, soledad...). La Salud Mental Comunitaria, por tanto, debería no sólo poner el foco en los aspectos e intervenciones médicas y psicológicas hacia la *recuperación*, ha de considerar las circunstancias y vertientes socioeconómicas; el apoyo al empleo y la vivienda tutelados, pueden ser elementos clave en los procesos de recuperación y autonomía junto con las intervenciones sociales. La SM comunitaria requiere un enfoque de dignidad y Derechos Humanos que busque y promueva la autonomía, el ejercicio de los derechos y una vida ciudadana rica. *“Según la OMS, el género afecta de manera fundamental la salud mental y las enfermedades mentales, dado que determina el poder diferencial y el control que los hombres y las mujeres tienen sobre los determinantes socioeconómicos de sus vidas, su posición y condición social, el modo en que son tratadas dentro de la sociedad y su susceptibilidad y exposición a riesgos específicos para la salud mental”*, II Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea <sup>12</sup>.

Es preciso impulsar el desempeño de la función ministerial respecto a la formación de los especialistas de SM: atender los instrumentos de seguimiento de la formación de las especialidades de SM en los servicios de SM acreditados para tal fin (Unidades Docentes Acreditadas, UDAs). Deben quedar aseguradas y potenciadas de manera adecuada las condiciones para esta importante responsabilidad de formar nuevas generaciones de especialistas, regular suficientemente las funciones y tiempos protegidos para ejercer la tutoría, establecer el Libro del Residente de SM como instrumento imprescindible, promover auditorías, parcialmente dependientes de las Comisiones Nacionales de cada especialidad, potenciar una formación de excelencia a resguardo de otras formaciones que, en paralelo, pudieran desarrollarse en dichas UDAs en detrimento de la formación de los especialistas de SM (Másteres, cursos de postgrado u otras), finalizar el adecuado itinerario formativo en Psicología Clínica modificando el vigente, generador de problemas, confusiones irresponsables e intrusismos y abordar la creación de dos especialidades: Psiquiatría del niño y del adolescente y Psicología Clínica del niño y del adolescente.

La formación continuada de los profesionales ha de establecerse sobre líneas propias, al margen de los intereses de la industria farmacéutica, dentro de la jornada laboral, atendiendo a necesidades provenientes de las líneas de trabajo a impulsar en los servicios y de las necesidades de la población, considerando los determinantes sociales y las características favorables y desfavorables del contexto en los procesos de salud-enfermedad mental y en la recuperación.





La espera debe acabar: Es urgente enfrentar la involución y abordar los cambios inaplazables en Salud Mental.

## Referencias

- <sup>1</sup> OMS. Comunicado 5 de octubre de 2020. (disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>)
- <sup>2</sup> OMS. 2005. Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la SM. Conferencia de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en Helsinki del 12 al 15 de enero del año 2005.
- <sup>3</sup> Reglamento (CE) Nº 1920/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, sobre el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:376:0001:0013:ES:PDF>
- <sup>4</sup> OMS. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 (Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf))
- <sup>5</sup> Decisión Nº 1150/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 25 de septiembre de 2007, por la que se establece para el periodo 2007-2013 el programa específico de información y prevención en materia de drogas, como parte del programa general derechos fundamentales y justicia. <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:257:0023:0029:ES:PDF>
- <sup>6</sup> MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2007. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, aprobada por el Consejo Interterritorial en 2006. NIPO: 351-07-002-9 Depósito Legal: M-6065-2007 . Disponible en: Catálogo general de publicaciones oficiales <http://publicaciones.administracion.es>
- <sup>7</sup> MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2014 Difusión de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y formación a profesionales. CENTRO DE PUBLICACIONES. NIPO: 680-14-156-9 <http://publicacionesoficiales.boe.es>
- <sup>8</sup> ONU. Asamblea General. Consejo de Derechos Humanos, 2017, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. 35º período de sesiones, 6 a 23 de junio. A/HRC/35/21
- <sup>9</sup> Slade, M. Personal Recovery and Mental Illness. 2009. A guide for mental health professionals. Cambridge University Press
- <sup>10</sup> ONU. Convención de Derechos de los discapacitados. Nueva York, 2006. Disponible en: <http://www.convenciondiscapacidad.es>
- <sup>11</sup> MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. 2019. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. BOE nº 109, de 7 de mayo. Documento presentado en el Pleno del Consejo Interterritorial de Salud el día 10 de abril. (Disponible en: [http://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco\\_Estrategico\\_APS\\_25Abril\\_2019.pdf](http://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf))
- <sup>12</sup> II Manifiesto de los Derechos de las Mujeres y Niñas con Discapacidad de la Unión Europea, 2011. Adoptado por la Asamblea General del Foro Europeo de la Discapacidad, a propuesta de su Comité de Mujeres. Procuradora General del Principado de Asturias con el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y el Foro Europeo de la Discapacidad (EDF). Ed: Institución de la Procuradora General del Principado de Asturias