

Noticia Contemporánea

## Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026)

### Aproximación al documento y valoración crítica

Alfonso Salgado Ruiz

Facultad de Psicología. Universidad Pontificia de Salamanca. España  
Junta Directiva de la División de Psicoterapia del Consejo General de la Psicología

El jueves 2 de noviembre de 2021, la ministra de Sanidad informaba al Consejo de Ministros de la aprobación por unanimidad del Pleno Ordinario del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2022-2026 (ESM 22-26). Se refería en términos de una Estrategia

*que incorpora un marcado enfoque de derechos de la ciudadanía, integración social y lucha contra el estigma y la recuperación de la persona... y persigue el objetivo de servir como herramienta para mejorar la salud mental de la población, atender de forma integral a las personas con problemas de salud mental desde una perspectiva de derechos humanos, apoyando a sus familias y promoviendo un modelo de atención integral y comunitario que favorezca la recuperación e inclusión social y se consolidan diez líneas estratégicas, incluyendo por primera vez la perspectiva de género.*

Estas líneas estratégicas son: (1) Autonomía y derechos. Atención centrada en la persona, (2) Promoción de la salud mental de la población y prevención de los problemas de salud mental, (3) Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, (4) Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario, (5) Salud mental en la infancia y en la adolescencia, (6) Atención e intervención familiar, (7) Coordinación interinstitucional, intersectorial y dentro del sistema de salud mental, (8) Participación de la ciudadanía, (9) Formación de pregrado, especializada y continua y (10) Investigación, innovación y conocimiento.

La Estrategia de Salud Mental es el marco que situará las acciones en salud mental del Sistema Nacional de Salud entre 2021 y 2026, y así se alude a ella con frecuencia, por ejemplo en la proposición de Ley General de Salud Mental del 17 de septiembre de 2021.

Pocos documentos legislativos y con vocación de marcar las líneas de planificación de la actividad política, administrativa y de gestión habrán concitado tanta expectativa y comentario como la ESM 22-26, que aunque no se ha publicado de forma oficial, ha estado presente en numerosas tertulias y reseñas periodísticas y ha participado del debate ciudadano al albur de sugerencias de distintos grupos parlamentarios, en buena medida por un aumento de la sensibilidad ciudadana ante la atención pública de la salud y un mayor interés por la salud mental, seguramente por la experiencia universal compartida de la pandemia de la COVID-19, las restricciones a las que nos vimos sometidos para hacerle frente y el impacto de todo ello sobre el bien-



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

estar psicológico y la propia salud mental. Además, se aprueba en un momento definido por una enorme inestabilidad económica, laboral y social (Informe FOESSA, 2022) y la evidencia de la vulnerabilidad del propio sistema público de salud. Los factores ambientales, contextuales, que determinan la vida cotidiana se han reflejado como un factor indiscutible de impacto sobre la salud en general y la salud mental en particular de tal manera que resultan evidentes para todos nosotros.

No en vano, el proceso de elaboración y redacción de la Estrategia se aceleró por el informe del Technical Advisory Group of the Mental Health Impacts of COVID-19, que refleja lo ocurrido y advierte del impacto de la pandemia sobre los servicios de salud mental. Si los recursos y servicios eran limitados para la población clínica en salud mental, el impacto de la pandemia incrementa aún más esta debilidad, máxime cuando los datos a nivel mundial, europeo y español son del todo preocupantes por el aumento de prevalencia derivada del COVID-19. Así lo han referido dos publicaciones recientes en *The Lancet Psychiatry*, de 2021 y 2022, que implican para España un aumento de la prevalencia de los trastornos de ansiedad y depresión entre el 29 y el 35%, con el elevado aumento correspondiente de carga de salud para toda la población, incluidos también los propios sanitarios. Este impacto sobre la salud mental provocado por la pandemia condujo a la elaboración del Plan de Acción 2021-2024 de Salud Mental y COVID-19 que, entre sus medidas, incluye la mejora de la atención a la salud mental en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, el impulso a la formación sanitaria especializada, la lucha contra la estigmatización, la prevención de las conductas adictivas, la prevención, detección y atención de la conducta suicida y, en general, la promoción del bienestar emocional. Todos ellos son elementos esenciales en la definición de los objetivos y líneas estratégicas de la ESM 22-26, que sustituye a la anterior (periodo 2009-2013), que a su vez era la segunda versión renovada de la propuesta aprobada en 2006. La propia ministra Darias anunció que estos efectos de la pandemia resultaron claves para la actualización de una Estrategia en Salud Mental que llevaba caducada nueve años, tras la no aprobación de la Estrategia presentada en 2016. La renovación llega con un injustificable retraso, pero al menos llega.

No menos relevante fue el papel del Defensor del Pueblo, quien antes de la pandemia urgió a promover con la mayor brevedad posible en el seno del Consejo Interterritorial del SNS y en acuerdo con todas las autoridades sanitarias competentes, la realización de una “evaluación de necesidades específicas en materia de atención psicológica (*sic*) dirigida a incrementar progresivamente este tipo de asistencia”. Nótese que el Defensor del Pueblo alude literalmente al término *atención psicológica*. Tampoco está de más recordar que ni el Consejo General de la Psicología, ni los colegios autonómicos, ni la mayoría de las sociedades científicas y profesionales ni los responsables académicos y de investigación en la eficacia de la atención psicológica sobre la salud mental han sido consultados para la elaboración de la Estrategia que estamos comentando. Desgraciadamente, la conclusión a la que llegó el propio Defensor del Pueblo acerca de la atención psicológica existente en la sanidad pública y que le llevó a insistir en la necesidad de incrementar los recursos de atención psicológica, ampliar esta atención en la Atención Primaria y aumentar las plazas de formación especializada (léase PIR) tampoco se traduce en recomendaciones concretas de la mayoría de las líneas estratégicas de la ESM 22-26, a pesar de que parecería derivarse de muchos -si no de la mayoría- de los objetivos que definen la propia Estrategia.

En este sentido, el criterio que orienta este comentario a la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 no es otro que poner de manifiesto si el cuidado de la salud mental de la población y la atención a los pacientes y sus familias se aseguran mejor con las medidas que se desean adoptar, si la justificación de las líneas estratégicas para ello está bien fundamentada y si nuestro país está más próximo a conseguir una mejor atención a la salud mental -promoción, prevención, intervención, rehabilitación- desde unas claves interdisciplinares, como pone en valor la exposición de motivos de todos los documentos legislativos que soportan la Estrategia y los informes de los organismos internacionales, donde la aportación de la Psicología es incuestionable y de máxima necesidad.

Como el borrador del documento no es público, se realiza una breve presentación del mismo para conocimiento del lector y, siguiendo el orden del propio texto, se comentan algunos de los apartados que se consideran más relevantes, sin agotar posibles abordajes posteriores de otros puntos de la Estrategia.

## Organización del texto y primeras impresiones desde los apartados de introducción

Evidentemente mejorar la salud mental de la población en todos los niveles y ámbitos de atención del Sistema Nacional de Salud es el objetivo general que orienta todas las concreciones de la Estrategia y se deriva de la justificación y finalidad, misión, valores y principios de la misma, y se fundamenta en los antecedentes legislativos y epidemiológicos que se presentan en los primeros apartados del documento (Introducción y Aspectos generales). La propuesta basa su argumentario en la defensa de los derechos de la ciudadanía, la inclusión social plena de las personas con enfermedad mental, la lucha contra el estigma, la promoción y prevención de la salud mental -con especial y explícito interés en la prevención de la conducta suicida- y la recuperación completa (i.e. promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) de la persona, dando especial relevancia a una aproximación comunitaria, participativa y con perspectiva de género.

Se reconoce que la salud mental de personas y comunidades es condición indispensable para el desarrollo pleno de la calidad de vida y el ejercicio de la ciudadanía (hay menos alusiones explícitas al valor de la salud en sí misma como un derecho básico que justificaría el propio SNS), a la vez que se reconoce la falta de conciencia que favorece la estigmatización y, sobre todo, la insuficiente atención ofrecida en todos los sentidos. Esta falta de respuesta parecería subrayarse cuando se afirma que nadie está exento de presentar problemas psicológicos clínicamente significativos, por lo que la vulnerabilidad podría considerarse prácticamente universal, y la estigmatización dificulta la recuperación sanitaria y la inclusión social de las personas afectadas.

Los valores que orientan la propuesta se fundamentan en la promoción de la salud mental, y por tanto no solo de la intervención cuando esta se ve comprometida o claramente afectada, tomando como referencia el modelo de recuperación (aunque con referencias bibliográficas bastante antiguas). Se insiste en la perspectiva de género (que recorre todo el documento y se concreta a veces en recomendaciones más precisas que sobre otros principios quizás tan necesarios o más) y en la eliminación de las inequidades sociales. Este último aspecto es de agradecer por un doble motivo: por una parte, porque pone en valor la evidencia de los factores contextuales que determinan en gran medida la génesis, desarrollo y recuperación de los problemas psicológicos, y por otra parte, por las condiciones especialmente difíciles que definen el panorama actual y que son responsables de un elevado grado de riesgo de exclusión social e inestabilidad general, que afecta muy negativamente a la salud mental, bien porque aumenta la presencia de riesgos, bien porque compromete los recursos personales, familiares y del entorno, bien porque crea un escenario de gran impredecibilidad y escaso control personal.

Quizás la redacción de la justificación hubiera podido mejorarse si se incluyeran modelos más actualizados procedentes de la psicología y la psiquiatría y se hubiera hecho una mención explícita a los avances de una atención sanitaria -psicológica, psiquiátrica, médica y de enfermería- basada en la evidencia y los cambios que esta mentalidad de los abordajes de recuperación empíricamente validados suponen para la actuación eficaz, eficiente y efectiva, tanto en el campo de la prevención y promoción como del tratamiento y la rehabilitación.

Los principios sobre los que se asienta la actualización de la estrategia son (1) la consideración de la persona con problemas de salud mental como sujeto de derecho (lo que quizás nunca ha sido de otra manera y cuya alusión en la Estrategia ha suscitado un recelo justificado por parte de los profesionales sanitarios de una u otra especialización), (2) el enfoque de género, (3) la participación de la persona con problemas de salud mental y sus familiares, (4) el diálogo y la escucha activa (cuya alusión sinceramente sobra porque es una herramienta tradicional en el abordaje terapéutico como la propia redacción recuerda, y por tanto su inclusión ni es novedosa ni es pertinente, por evidente), (5) la recuperación personal, (6) la atención personalizada y segura (¿alguna vez ha sido diferente en este y otras áreas de la salud?), (7) la continuidad asistencial y de cuidados y (8) la vulnerabilidad prácticamente universal.

Además de los breves comentarios sobre algunos de estos principios que se han escrito más arriba, conviene poner el foco sobre dos de ellos por la gran importancia que parecen tener en el desarrollo de las líneas estratégicas y sus recomendaciones. Sin duda, todos los principios sobre los que se sustenta la Estrategia son válidos y necesarios. Quizás cierta insatisfacción proceda de su redacción como si fueran novedosos, su

falta de concreción en medidas posteriores más concretas, el ensombrecimiento que parecen producir sobre otros principios necesarios y, sin duda, su deficiente argumentación. No es tanto problema por que estén sino por los que no están o por la forma de justificar su presencia.

En el caso del enfoque de género, sin duda los datos epidemiológicos actuales y del pasado reciente y lejano indican el rostro preferentemente femenino de algunos trastornos (e. g. trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad), lo que debería conducir a un acento específico sobre su abordaje preventivo y clínico. Ahora bien, este perfil femenino no solo no es generalizable a la totalidad de los problemas psicológicos y los trastornos de salud mental (e. g. trastornos del espectro del autismo, adicciones a sustancias y conductas adictivas...) sino que además parece entrar en contradicción con dos de las líneas estratégicas fundamentales, suicidio y salud mental infanto-juvenil, donde ese sesgo de género no se produce o se produce en sentido inverso, no se justifica a partir de muchos de los propios datos expuestos en la redacción de la Estrategia y, sobre todo, es difícil determinar qué líneas concretas de intervención -en cualquiera de los cuatro niveles que definen la recuperación integral- serán diferentes cuando los beneficiarios sean varones o mujeres.

En el caso de la recuperación personal como principio, si bien podríamos estar de acuerdo con que el concepto no puede basarse solo en la presencia o ausencia de signos y síntomas clínicos que definen las categorías diagnósticas, estos son esenciales desde un punto de vista aplicado en la práctica evaluadora y de intervención cotidiana y no pueden -ni deben- tomarse decisiones terapéuticas de relevancia solo a partir de la modificación de actitudes, valores, sentimientos, objetivos y roles de la persona con problemas de salud mental y la construcción de su identidad personal. Afirmar que (*sic*) una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin que necesariamente se haya recuperado de su problema de salud (recuperación clínica) es, cuanto menos, una trivialidad en un documento firmado por el Ministerio de Sanidad. Nuevamente, no es un (serio) problema lo que está escrito sino lo que se ha obviado escribir. Podríamos extendernos más en por qué se echa de menos esta alusión a los criterios estrictamente sanitarios junto con otros, pero tenemos al lector de este texto como una persona inteligente y con formación profesional y práctica suficiente, lo que permite ahorrar tiempo y palabras.

Acierta la Estrategia en su análisis de la situación y la descripción epidemiológica de la salud mental que la acompaña cuando pone en valor la importancia de los factores contextuales y de interacción (biográficos y secuenciales) y subraya elementos de gran carga psicológica como el estilo de vida, las redes sociales y comunitarias y distintos condicionantes ambientales. Se indica claramente que todos ellos confluyen con factores estrictamente personales (no sólo genéticos o biológicos sino también los propios recursos psicológicos para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos y relaciones) en la determinación etiológica de los problemas de salud mental, su posterior evolución y el éxito en su abordaje sanitario. Se insiste en la necesaria evaluación del papel de cada factor de riesgo en la carga total de enfermedad y la determinación de los procedimientos de intervención más adecuados. El texto hubiera quedado del todo completo, desde nuestro punto de vista, si se hubiera incluido alguna referencia al papel del conocimiento empírico actual de los procesos psicológicos básicos implicados en la génesis y evolución de los trastornos y que deben guiar las pautas de elección de tratamiento (Wykes et al., 2015, entre otros). Nuevamente, parecería priorizarse el abordaje social sobre el más estrictamente sanitario cuando se insiste en (*sic*) que es urgente e imprescindible introducir una serie de principios que permitan evolucionar hacia un modelo para avanzar en inclusión social y en la capacidad para disfrutar de un rol social pleno en el medio comunitario y en disponer de recursos necesarios de coordinación efectiva entre el SNS y los agentes sociales y comunitarios. Poca o ninguna referencia a la puesta en marcha de protocolos de intervención psicológica clínica o sanitaria basada en la evidencia, que suelen incluir también estos componentes de inserción y participación social. Su inclusión, creemos, hubiera permitido un texto mucho más impecable por abordar tanto unos aspectos como otros y hacerlo de forma natural, basada en la centralidad del paciente y su familia y en la calidad de unos servicios asistenciales actualizados y eficientes.

En este mismo sentido, las páginas que repasan los recursos de atención a la salud mental, tras el reconocimiento de que los mismos han descendido entre 2010 y 2019, aunque el número de psiquiatras ha aumentado y no existen datos actualizados sobre el número de psicólogos especialistas en Psicología Clínica y,

tras un reconocimiento explícito a la labor de los centros de atención primaria, se obvia ninguna referencia al psicólogo general sanitario, aunque sea una figura creada con clara intención de aumentar los recursos asistenciales para atender a la salud mental. Se ofrecen datos actualizados de los recursos hospitalarios públicos, privados y concertados, pero ni siquiera se alude a la red de profesionales de la Psicología, acreditados profesionalmente con reconocimiento oficial, que están ofreciendo una atención sanitaria y comunitaria y que suponen el porcentaje más elevado en la atención de los principales problemas de comportamiento que la propia Estrategia reconoce, los trastornos de ansiedad y depresión. Tampoco hay una alusión a las diferencias en el perfil profesional de distintos trabajadores, a los distintos ámbitos posibles de actuación de unos y otros, al papel que deben desempeñar en el abordaje de los objetivos que se pretenden ni a la posibilidad de establecer un procedimiento de participación y asistencia que, en cambio, sí se cita respecto a profesionales no sanitarios (e. g. centros escolares, centros de atención social...).

Hay muchos elementos positivos que deben destacarse en estos apartados iniciales de fundamentación que no se deben pasar por alto, pero en aras a la brevedad, queríamos poner en valor muy especialmente la consideración de dos de ellos. Por una parte, es muy afortunada la referencia a la cronificación de algunos problemas de salud mental y la propuesta de reforzar los programas activos de rehabilitación y reinserción social para evitar el deterioro cognitivo y social, aumentar la autonomía y disminuir los niveles de dependencia de la familia y de la comunidad. Se opta por un acertado modelo basado en la recuperación personal y por tener en cuenta la experiencia acumulada de pacientes, profesionales, familias y asociaciones.

En segundo lugar, la Estrategia presenta un DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades) muy bien articulado y donde se relacionan directamente y una a una las fortalezas con las debilidades y las oportunidades con las amenazas. El panorama del DAFO es claramente asumible por todos los agentes implicados y es valiente en aludir, por ejemplo, a un modelo “hospitalocentrista” (*sic*) que pone excesivo peso en los recursos hospitalarios frente a los comunitarios, la resistencia al cambio en muchos colectivos profesionales por una concepción desfasada de la salud mental o cuando alude a la realidad de la ausencia de equipos completos auténticamente interdisciplinares. El propio DAFO reconoce la calidad profesional y humana de los agentes implicados.

Nuevamente, la crítica no viene por lo que se cita sino por la ausencia de referencias a aspectos importantes que deberían guiar una Estrategia realmente innovadora, si es que este es el objetivo. Entre las debilidades, debería reconocerse (1) el aparente divorcio entre la Universidad y el SNS en algunos aspectos, especialmente referidos a la formación de grado, (2) la necesaria formación de especialistas (psicólogos clínicos y psicólogos generales sanitarios) en procedimientos de intervención -preventiva, clínica, de relación profesional/paciente- basados en la evidencia, (3) la ausencia de perfiles profesionales claros, distintos y complementarios entre todos los sanitarios que participan en los distintos marcos de salud mental y, por encima de muchas otras cosas, (4) la falta de atención psicológica en Atención Primaria, aunque se alude a ello a lo largo del documento. Esta hubiera sido la principal oportunidad. Al menos es la que más se echa en falta, junto con la posibilidad de citar la figura del psicólogo general sanitario, ofrecer alternativas para su inclusión en el SNS de una u otra forma, dotarle de competencias específicas que enriquecieran la propia aproximación social, sanitaria y de recuperación que se desea dar a la Estrategia y contribuyeran a la liberación de profesionales especialistas, redujeran el retraso en la atención, mejorasen las prácticas de preventión y promoción y se favoreciera la intervención con familiares y otros colectivos implicados.

### Algunas líneas estratégicas, objetivos y recomendaciones

En alguna medida, algunos de los comentarios anteriores podrían referirse a parte de las líneas estratégicas que desarrollan y concretan la Estrategia. Para no alargar en exceso, centraremos nuestro comentario en dos de ellas, que son las directamente referidas al abordaje clínico en salud mental: la línea estratégica 4 (Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario) y la línea estratégica 5 (Salud Mental en la infancia y la adolescencia). Estas dos, junto con la línea 3, centrada en el suicidio y que ha sido la más divulgada y comentada en diferentes medios, deben

interpretarse en el marco común del documento, y se ajustan a los principios rectores, valores y marco común de toda la Estrategia, que parece priorizar la intervención social sobre la sanitaria, o al menos, tiñe la segunda de las prioridades de la primera.

La **Línea Estratégica 4** incluye una reflexión inicial que alude a la naturaleza del sufrimiento psíquico (*sic*), el contexto y los diversos factores que actúan sobre él, así como a las diferentes normativas internacionales, con especial referencia a la Convención de la ONU (2006) sobre los derechos de las personas con discapacidad, de manera que indica que la atención a las personas con problemas de salud mental debe estructurarse conforme una serie de principios que incluyen tener en cuenta las capacidades y potencialidades de la persona, el mutuo reconocimiento de profesional y paciente, la escucha activa, una visión integral del problema y la persona que lo presenta, la preferencia por el tratamiento ambulatorio, la prevención de efectos iatrogénicos, la coordinación sociosanitaria y un tratamiento (sea psicológico, biológico, social u ocupacional) basado en principios éticos y con evidencia de eficacia y seguridad. Este último aspecto referido a la necesidad de ofrecer tratamientos basados en la evidencia se incluye como uno más, sin alusión a una mayor o menor importancia.

Se subraya la importancia de la interconsulta y el enlace de la atención especializada con la atención primaria y con otros servicios y se reserva un apartado específico para la intervención en episodios agudos, con alusión a las condiciones de hospitalización, otras formas alternativas y los dispositivos intermedios (i. e. hospitales de día, miniresidencias, pisos supervisados, comunidades terapéuticas, unidades de crisis y hospitalización domiciliaria).

Los tres objetivos propuestos son válidos, aunque evidentes y sólo uno de ellos se acompaña de recomendaciones. En este sentido, y teniendo en cuenta que sólo hemos podido acceder al borrador de la versión del 18 de noviembre de 2021, debemos aclarar que no es evidente que las recomendaciones se centren solo en el último objetivo y no hagan referencia a todos. En otras líneas estratégicas las recomendaciones son redactadas de las dos formas, bien al final, bien referidas a cada objetivo. Más bien parecería que son recomendaciones referidas a toda la Línea, pero esto debería aclararse.

Entre estas recomendaciones, merece la pena destacar la que refiere la potenciación y el desarrollo de la salud mental en atención primaria, en consonancia con el objetivo A.4 del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria de 2019, que propone como acción prioritaria potenciar la figura del psicólogo/a clínico/a en el ámbito del sistema sanitario y protocolizar los circuitos de derivación. Quizás se pierde la ocasión para plantear el debate de la especialización y el carácter generalista del psicólogo/a clínico/a y el psicólogo/a general sanitario/a, que en el seno de toda la filosofía de la Estrategia, tendría toda la pertinencia. Quizás reservar el papel del psicólogo especialista para los servicios especializados, aumentando su presencia en número y competencias específicas, y dedicando la atención generalista de la Atención Primaria a los psicólogos/as generales sanitarios/as, fijando más claramente sus competencias, orientando más estrechamente su formación si fuere preciso y potenciando los protocolos de derivación. De esta manera, no sólo se haría cumplir la propia Estrategia en Salud Mental conforme sus propias propuestas, sino que se daría sentido real a una figura profesional en el seno del SNS, en parte responsable de la creación de la misma, y ayudaría a potenciar la propia atención de calidad, con lo que toda la ciudadanía se beneficiaría de la presencia, con competencias distintas y complementarias, de ambas figuras profesionales en el seno del modelo de recuperación que dirige toda la Estrategia.

Por último, es preciso destacar la inclusión de un objetivo general centrado en la intervención específica en violencia sexual, adicciones, acoso y mal uso de las nuevas tecnologías como factores generadores de problemas de salud mental. Es pertinente esta inclusión, actual y constatable y obliga -afortunadamente- a una lectura contextual de los problemas de salud mental.

La **Línea Estratégica 5** refiere términos similares pero ajustados a la población infantil y adolescente. En esta población, por tanto, debe tenerse en cuenta el ámbito escolar donde pasan buena parte de su vida, lo que implica considerar a los profesionales de la Psicología en el ámbito educativo.

Tres son los objetivos generales, centrados en la prevención y promoción, la detección precoz, la atención especializada y la lucha contra la estigmatización y la discriminación.

Si se desarrolla con extensión el papel -indiscutible- del acoso escolar, los malos tratos, la violencia se-

xual, el fracaso escolar, la influencias de las nuevas tecnologías y las redes sociales y la necesidad de tener en cuenta la diversidad de orientación e identidad sexual, se echa en falta una alusión clara a otra población vulnerable, que ni siquiera se cita: menores con retraso mental o problemas de neurodesarrollo, perfil del espectro del autismo (TEA), menores con discapacidad, menores migrantes y refugiados, minorías étnicas, menores tutelados y en régimen de acogida temporal o adopción... También se echa de menos la alusión a tratamientos basados en la evidencia y la posibilidad de incluir atención de salud mental infanto-juvenil en Atención Primaria, más allá de la evaluación de las competencias parentales y los problemas de salud mental de los padres.

### Valoración general

Sin querer extendernos más, y señalando que la Estrategia está llena de aciertos, pero también de notables ausencias, que obligan a una consideración no demasiado positiva, no tanto por lo que afirma sino más bien por lo que omite, se hace precisa una constatación: una interpretación etiológica social de los problemas de salud mental es tan reduccionista como una interpretación sesgada por lo biológico. Quizás una alusión más explícita a los procesos psicológicos básicos, que incluyen factores individuales, contextuales y de proceso, hubiera sido de mayor acierto científico y hubiera generado mayor aceptación y consenso.

No distinguir entre comportamientos desadaptativos y trastornos de salud mental no es evitar una excesiva “psiquiatrización” y un modelo basado en el diagnóstico, sino precisamente todo lo contrario: tildar de anormal y enfermo lo que son muchas veces experiencias biográficas que deben manejarse con acierto, pero fuera de un marco estrictamente sanitario. No hacerlo conduce también a que los términos esquizofrenia, psicosis, demencia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos del espectro del autismo..., pero también psicoterapia, evaluación clínica, psicofármaco... estén muy poco presentes en el documento, cuando sí lo están en el día a día de los beneficiarios de la Estrategia y sus familias.

Del mismo modo, se echa en falta una aproximación a la prevención más actualizada, que incluya y distinga salud mental positiva y salud mental negativa, tal y como se hace en otros contextos de salud siguiendo las definiciones y propuestas de la OMS: atender los trastornos mentales (salud mental negativa) y generar y mantener recursos que favorecen una vida de calidad más allá del abordaje de los trastornos (salud mental positiva).

Citar el término psicoterapia más de dos veces en el documento y aludir a ella como conjunto de herramientas sometidas a validación empírica constante que deben realizarse por profesionales capacitados para ello tanto en el ámbito público como privado y concertado hubiera indicado una opción de abordaje en los cuatro niveles novedoso, necesario y facilitador. Una intervención psicológica de calidad, integradora, holística, científica y respetuosa (valores que se citan en la Estrategia) no se reduce al seguimiento de unas pautas de actuación o un protocolo, y así parece derivarse de una lectura completa de la Estrategia, pero no se concreta en ningún apartado.

La intervención en Salud Mental implica abordajes psicológicos, médicos y sociales, pero debe quedar más claro la diferencia entre ellos, que permitan acertar con éxito en la empresa encomendada.

### Referencias

Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). (4 de marzo, 2021). *Nota informativa sobre el avance de resultados de la “Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19”*. [http://www.cis.es/cis/opencms/ES/9\\_Prensa/Noticias/2021/prensa0494NI.html](http://www.cis.es/cis/opencms/ES/9_Prensa/Noticias/2021/prensa0494NI.html)

Consejo General de la Psicología de España. (16 de febrero, 2021). Un nuevo estudio pone de relieve el impacto de la pandemia sobre la salud mental de la población en general. *Infocop online*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=16678](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=16678)

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (13 de abril, 2016). *Pleno de 13 de abril de 2016. Orden del día.* <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/od2016.pdf>

Defensor del Pueblo. (31 de enero, 2020). *El Defensor del Pueblo recomienda al Gobierno y las CCAA incrementar la Asistencia Psicológica en el Sistema Nacional de Salud.* <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>

Federación Española de Asociaciones Rehabilitación Psicosocial. (2020). *¿Qué es Rehabilitación Psicosocial? Un mapa para profesionales.* *Rehabilitación Psicosocial*, 16, 2, 1-9.

Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Ashbaugh, Ch., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Scott, J. G., McGrath, J. J., Allebeck, P., Benjet, C., Breitborde, N. J. K., Brugha, T., Dai, X., Dandona, L., Dandona, R., Fischer, F., Haagsma, J. A. , ... Whiteford, H. A. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9, 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)

Fundación FOESSA (2022). *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España.* Cáritas Española.

Gómez-Beneyto, M., Rodríguez Pulido, F. y Caamaño Sánchez, V. (2018). Evaluación del modelo comunitario de atención a los trastornos mentales en España. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38, 19-43. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v38n133/0211-5735-raen-38-133-0019.pdf>

Hoven, C. W., Mandell, D. J. y Bertolote J.M. (2010). Prevention of mental ill-health and suicide: public health perspectives. *European Psychiatry*, 25(5), 252-256. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.01.011>

Instituto Nacional de Estadística. (26 de abril, 2021). *Encuesta Europea de Salud en España (EESE) año 2020.* [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultado&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultado&idp=1254735573175)

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo.* <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.* [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco\\_EstrategicoAPS\\_25Abril\\_2019.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_EstrategicoAPS_25Abril_2019.pdf)

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.* Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. [https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen\\_Evaluacion.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/Resumen_Evaluacion.pdf)

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009- 2013.* Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

Ministerio de Sanidad. (s. f.) *Base de Datos Clínicos de Atención Primaria- BDCAP.* <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Ministerio de Sanidad (2020). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria 2017.* Ministerio de Sanidad. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

Robles-Sánchez, J. I. (2021). Salud Mental en tiempos de pandemia: la pandemia paralela. *Sanidad Militar*, 77(2), 69-72. <https://doi.org/10.4321/s1887-85712021000200001>

Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, Ch., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, Ch., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... , Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 398, 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020.* <https://www.who.int/publications/item/9789240036703>

World Health Organization. (2021). *The European Programme of Work, 2020–2025: United Action for Better Health*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339209/WHO-EURO-2021-1919-41670-56993-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779\\_eng.pdf;jsessionid=0E635E2D1886F11F9FCA0A5924ABB-2B1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=0E635E2D1886F11F9FCA0A5924ABB-2B1?sequence=1)

Wykes, T., Haro, J. M., Belli, S. R., Obradors-Tarragó, C., Ayuso-Mateos, J. L., Bitter, I., Brunn, M., Chevreul, K., Demotes-Mainard, J., Elfeddali, I., Evans-Lacko, S., Fiorillo, A., Forsman, A. K., Hazo, J. B., Kuepper, R., Knappe, S., Leboyer, M., Lewis, S. W., ... Wittchen, H. U. (2015). Mental health research priorities for Europe. *The Lancet Psychiatry*, 2, 1036-1042. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00332-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00332-6)