

# Ingredientes comunes en las nuevas prácticas de organización de los cuidados en salud mental.<sup>1</sup>

## *Common ingredients in the new mental health care organization practices.*

Francisco Rodríguez Pulido.

Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría Universidad de La Laguna. Tenerife.

La verdad es que, el título de la comunicación puede parecer a otros delirante, ¿no se en que condición mental estaba? Probablemente seré el soñador de Calderón de la Barca. Pues sí, es delirante. Reflexionaré como vemos y deseamos el futuro de la salud mental en nuestra tierra. Y ahí quedará. Realmente lo he hecho siempre: llevar la vida en sueño, ejercer la libertad para configurar un compromiso, sin dejarme llevar por las caricias o los palos del poder. La libertad es terapéutica, como afirmaba Franco Basaglia.

Intentaré hacer una narración y caracterizar dónde situamos en el momento actual la atención de la salud mental en nuestra comunidad y haré algunas propuestas para construir un futuro mejor. Realmente mi vida profesional ha estado dedicada a este esfuerzo.

Me gustaría compartir este deliro con ustedes, y lo hagamos conjuntamente. Les pido su colaboración En la cuadrilla de hoja que tienen en sus asientos. me gustaría, que brevemente escriban que aspecto de los cuidados en salud mental. habría que mejorar. Escribir con letra clara solo los enunciados de las dos propuestas de mejoras que harían ustedes a

los gobernantes. Vamos a dejar unos minutos para contestarlas y la van entregando a los compañeros de Espiral. Queremos saber y conocer las opiniones de todas. En la próxima semana pondremos la información recogida en la web de espiral.

La sanidad es una prioridad para la ciudadanía así lo recogió la encuesta del CIS del ultimo semestre del 2022. En estos dos últimos años, como comunidad nos ha pasado, experiencias excepcionales y duras: una pandemia, un volcán y una guerra. Pero también lo ha sido sus consecuencias, al abrir una crisis económica y social alarmante. Veníamos ya debilitados de la década del 2008 al 2018. que rebajo nuestros derechos, como consecuencia de la crisis financiera bancaria, sufrimos un reajuste presupuestario que motivó un severo retroceso en las inversiones públicas, entre ellas, en materia sanitaria. Pasamos una década congelados en nuevas inversiones y contrataciones públicas. Así nos cogido la pandemia, más vulnerables.

Desde el 2019 y hasta el momento presente, no hemos dejado de escuchar noticias sobre la salud mental, hasta la Reina de España

---

<sup>1</sup> Conferencia pronunciada en el VII Jornadas de Salud Mental "Enfermedad mental igual a construcción social". Gran Canaria. Asociación Canaria de Integración de Salud Mental Espiral y Asociación Trastorno Bipolar Abilap. 18 de Mayo 2023. ULPG.

habla de ello en el XXII Congreso de Salud Mental España. Las circunstancias vividas por la población en las últimas décadas, ha generado un impacto y un ambiente de demandas, que ha llegado hasta ser consumo tóxico y empalagoso “la psicologización totalitaria” pero cuyo resultado condujo a sensibilizar y movilizar a la “mass media” y con ella a las instituciones públicas de nuestro país, con intereses gremiales infiltradas en este sin fin de noticias.

A nivel estatal, en este ambiente y con la oportuna iniciativa de Errejón -anteriormente una parlamentaria asturiana había presentado una propuesta similar que pasó desapercibida- en el parlamento español, se incorporó la salud mental a la agenda política de este país. En esta trastienda de “lo público”, emergieron las carencias de la atención a la salud mental y por el impacto de la pandemia -sobre todo en los jóvenes y en las mujeres, con un aumento de más del 20% de la demanda de atención en la salud mental-, se activó las iniciativas políticas institucionales. Así en diciembre del 2021 se aprobó por el Consejo Interterritorial de la Salud, la Estrategia Nacional de Salud Mental del SNS (2022-2024), de la que emanó y concreto sus acciones en un Plan de Acción de Salud Mental (2022-2024), con seis líneas estratégicas, y un presupuesto de 100 millones, que posteriormente se incrementó con 46 millones más, con la intención decía el gobierno es sus notas oficiales, que aproximadamente el 80%” se distribullera a las comunidades autónomas. Esto fue valorado por las sociedades científicas como “mínimo e insuficiente” para los tres años ante la dimensión de la carencia de recursos humanos y servicios en salud mental en las diferentes comunidades autónomas. Por el contrario, la AEN, elevó al Gobierno, meses antes de la aprobación de la Estrategia, su Plan de Acción, que había publicado en su revista oficial, y además fue explicado a las fuerzas parlamentarias.

La aprobación Ministerial del Plan de Acción de Salud Mental se produjo inmediatamente después de la puesta en marcha, de la línea del 024, la Línea de Atención a la Conducta Suicida que gestiona Cruz Roja. Muchos

seguimos sin entender aún como no está en manos del sistema nacional de salud, y es una incógnita como se articula y garantiza el seguimiento de las personas de alto riesgo, con las derivaciones al 112 y de este con los servicios de salud mental de las comunidades autónomas. La gestión de este proceso debería ser clarificada y transparente.

Hasta el 10 de mayo 2023, de las 118.885 llamadas recibidas durante el año de funcionamiento, 8.563 (el 7,2%) procedían de personas “en riesgo alto o muy alto” de suicidio para lo que se avisó a los servicios de emergencia. Un 10,7% de las llamadas son de personas del entorno, que tienen una sospecha de suicidio de un familiar o un amigo o necesitan la atención del 024 para solicitar información sobre duelo por suicidio. No sabemos la distribución por comunidades autónomas de estas 8.563 llamadas de “riesgo alto o muy alto”. Canarias, como todos sabemos, tenemos una tasa de Suicidio por encima de la media nacional y la media europea.

Asimismo, el 10 de septiembre de 2021, fue registrado por el gobierno, generando cierta controversia en su interior, en la Mesa del Congreso de los Diputados, la Proposición de Ley de Salud Mental por Unidas Podemos. Por Acuerdo de 17 de septiembre de 2021, la Mesa de la Cámara (BOGC, 17/09/2021, núm. 185-1) admitió a trámite la iniciativa. Pero la tramitación del texto sigue estancada y no tiene trazas de avanzar, siendo uno de sus opositores, la Sociedad Española de Psiquiatría, sociedad profesional vinculada a un modelo biomédico.

La movilización de las instituciones europeas y las políticas nacionales durante la pandemia y la crisis de la guerra, dieron lugar a crear un escudo social de protección, a diferencia de la crisis económica del 2008. No obstante, un estado español, que como consecuencias de sus políticas socio económicas, presenta la deuda pública mayor de todos los países europeos, con un déficit superior al 3%, del PIB, cuyo compromiso con la UE, es mantenerlo por debajo de este porcentaje. La Comunidad Europea ha anunciado a los estados miembros la corrección de los déficits excesivos, lo que

podría significar recortes presupuestarios en los próximos años. Dependerá del crecimiento económico.

Por lo tanto, el Estado y las comunidades autónomas, en estos años, a través de sus propios presupuestos o la financiación procedente de la UE, entre otros, con los fondos "next generation" han inyectado financiación a las instituciones públicas. Mas de 1200 millones llegaron al estado para materia sanitaria. Lo que no sabemos es su reparto por comunidades y si se han ejecutado y en que acciones. Realmente para la ciudadanía y los profesionales es un misterio. De hecho, nuestra comunidad, en el presupuesto para el 2023, la Consejería de Sanidad, alcanzó su máximo presupuesto, 3.800 millones de euros, el mayor presupuesto de la etapa democrática. De los cuales según anunció el Consejero de Sanidad, solo 2,1 millones para el Plan de Salud Mental; 1,5 millones de euros para Atención Temprana. En cambio, 13,9 millones de euros destinados a la Atención a las Drogodependencias, con una subida del 6,44 en el que se incluye el desarrollo del Plan de Adicciones, con una partida específica de 844.791 euros. Juzguen ustedes mismos.

Por la razón que fuese, este es el momento, para aprovechar la oportunidad financiera presente, para reforzar la sanidad pública y la salud mental. Es el momento de mayor presupuesto público en la Consejería Sanidad y porque la época de recesión podría suceder en los próximos años. En poco tiempo sabremos la respuesta. El resultado de elecciones también ayudará a formarnos una respuesta.

En canarias, también se ha movilizado institucionalmente la salud mental. Durante el 2018, se venía elaborando el Plan de salud mental sin presupuesto ni cronograma de ejecución, ni se contemplaba una comisión de evaluación abierta e independiente. Después de la posición crítica de la ACN, recogidas básicamente en el informe preceptivo emitido por el Consejo Económico y Social de Canarias sobre el Plan de Salud de Canarias, los responsables de la consejería de sanidad tuvieron que posicionar una financiación de 15,3 millones de euros para su periodo de

vigencia. Aprobado el Plan de Salud Mental de Canarias con un presupuesto de 15,3 millones de euros. En la dicha ficha financiera se recoge un total de 4.249.398 estarán destinados a nuevas contrataciones de personal y 11.090.000 para infraestructuras y equipamiento en todas las islas.

En el periódico *El Día* en estas fechas señaló entonces "no aparecen en los anexos de inversión de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma de Canarias. Además, esta suma no estaría contemplando todos los elementos necesarios para ponerlo en marcha". Realmente no sabemos si se ha posicionado este dinero en la salud mental en estos años. Se debería convocar la Comisión Regional de Salud Mental, que no se convoca desde hace años, y ofrecer con toda transparencia las inversiones realizadas y desglosar el presupuesto disponible. Ni tan siquiera después de transcurrido un tiempo con la normalización de los encuentros públicos, la Consejería de Sanidad, incumple su propia normativa, ni en el 2019 ni en el 2022 ha convocado a la Comisión Regional de Salud Mental. Les diré que nadie se ha quejado. En estas islas, la norma es callarse para que te den algo, y si no hablas puedes pedir algo para ti, que el poder te atenderá.

Hubo elecciones y se produjo un cambio en la Consejería, para en menos de un año cambiar de nuevo de Consejero y volver el equipo de gestión del anterior mandato: los hijos del Sr. Baltar. En mayo de 2021, catorce meses después de su salida, la Consejera Teresa Cruz rompía su silencio en el programa de la Televisión Canaria Trópico Distópico, afirmando "Que se defienda la sanidad pública y ser honesta parece que no son valores para estar al frente de la Consejería", habla de presiones "desde el minuto uno" para que no formara parte del Ejecutivo regional.

Hoy día, todos sabemos por lo publicado en los medios de comunicación, el antiguo responsable SCS. cuya propaganda oficial lo vendían como un "gestor excelente" tuvo que dimitir por el asunto de las mascarillas, y la actual directora del SCS, su mano ejecutora, hace unos días ha sido considerada como

una interlocutora no válida para negociar las reivindicaciones de los médicos con el sindicato médico, y cuya gestión clientelista y persecutoria ha llevado a un caos a la sanidad canaria.

En estos años, ha ido emergiendo, en distintos ámbitos de la sanidad, pese a los continuos pactos por la sanidad canaria que se han realizado en la historia de la democrática, un progresivo e intenso descontento y deterioro, lo observamos en las masificación de las urgencias, en las obras inconclusas del hospital materno infantil, la paralización hospitales comarcales, la ausencia de radioterapia en Lanzarote, la exigencia de menos precariedad laboral para los profesionales y necesidad de la contratación de más profesionales y la menor inversión de salud pública. Con unos mayores tiempos de espera diagnóstica y quirúrgica y para ser visto por un especialista, con un mayor incremento de los seguros privados like, y una mayor financiación pública para la Medicina privada (7-9%), y, hemos llegado incluso a una saturación de las demandas en la privada, que ya tienen también lista de espera. Realmente hay un colapso del sistema sanitario.

Lo previsible es que, en los próximos meses, después de las elecciones, ocurra un nuevo cambio en la Consejería de sanidad. En la campaña electoral, solo los socialistas han defendido la gestión actual, no así los otros grupos del "pacto de las flores". La inestabilidad es la seña de identidad de la sanidad canaria. En este contexto, pronto sabremos, con todo lo descrito, si la pandemia ha reforzado o ha debilitado el sistema nacional de salud. Si fuese lo segundo, que no se reorientara la situación actual es muy probable que vayamos a un deterioro de la sanidad pública, podríamos ir hacia una sanidad pública para los de menos recursos y un sistema privado para los de mayor recurso, tal como la historia de la sanidad chilena nos reveló en su historia reciente, por la nefasta influencia de las políticas neoliberales.

Como señale anteriormente, en esta tierra, la atención a la salud mental nunca había contado con tanto dinero. aún muy insuficiente, ni

tampoco habíamos contado con un plan de salud mental, que finaliza este año, y menos aún, con un plan de prevención del suicidio. Nunca hemos tenido tantos planes, pero da la impresión que con menos influencia en la toma de decisiones.

Los expertos de la suicidología, recomiendan que los planificadores y ejecutores de los planes de prevención del suicidio, sean independiente de los planes de salud mental. No sé si ocurre esto en esta tierra. En ambos planes se ha hurtado sus evaluaciones a los profesionales y a la opinión pública, tal como se describía en los mismos. Que se tome nota de ello. Además, es difícil entender cómo puede hablar de prevención del suicidio si nuestra comunidad no cuenta con un sistema de vigilancia epidemiológicos en tiempo real, ni como se ayudará a sus familiares, si se conocen las cifras de suicidio un año después. Y si el propio sistema sanitario desconoce cuántas personas se sucedan estando en contacto con el mismo. Así mismo, se debe elaborar con urgencia un mapa de restricción y acceso a los medios letales, su identificación se nos antoja urgente, como parte de las medidas efectivas respaldadas por la evidencia científica. No puede realizarse un plan de prevención del suicidio sin tener la voluntad de incidir en la reducción de la tasa de suicidio, esperando hasta que pasen seis años, cuando en la literatura científica está cuantificado el impacto de determinadas medidas simultáneas en las tasas de Suicidio. La ONU y OCDE han puesto como objetivo a nivel mundial reducir a nivel mundial, en un tercio las tasas de Suicidio para el 2030, ni siquiera las autoridades sanitarias locales asumen este objetivo. No más propaganda.

Asimismo, es evidente que con tanto dinero llegado de muchos lugares, se ha contratado un ingente número de profesionales, unos 120 hasta ahora, pero deberían de publicarse las ratios óptimas por profesionales de la salud mental en Canarias, para valorar si se están cubiertas las ratios en relaciona con nuestra población, porque el déficit de personal era más que notable ante la inanición de décadas anteriores, y así mismo, se han abierto nuevos

recursos, la mayoría reivindicados desde hace décadas, antes del nacimiento del frondoso Plan de Salud Mental. Reivindicaciones históricas, que algunas no están completas aún. Por ejemplo, es necesaria una infraestructura adecuada en todos los servicios de urgencias hospitalarios con personal especializado en salud mental, para evitar la medicina defensiva y ofrecer una asistencia de calidad, y evitar la coerción física.

Tampoco se entiende cómo la atención temprana no se gestiona desde la Consejería de Educación con participación de salud mental, o sea, a la inversa de cómo está ocurriendo. La composición de los equipos y unidades infanto-juveniles ¿es por el plan de salud mental o la ejecución del programa de atención infanto-juvenil del 1997? No es por el Plan de Salud Mental. El programa infanto-juvenil se elaboró hace más de dos décadas y no se había comenzado a ejecutar hasta este último año. Es más, se convocan las plazas MIR del 2023 y Canarias solo solicita una plaza de psiquiatría infanto-juvenil ¿Como se le llamaría a esta gestión?

Otra gestión "ocurrente". La presencia de "psicólogos clínicos" en la atención primaria es otra de las ocurrencias brillantes de este tiempo, copiada de otros países, y sin tener en cuenta nuestras experiencias locales. Y, más grave aún, cuando tenemos una red comunitaria de salud de adulto e infancia y adolescentes que carecemos de estos especialistas. Dejamos de vestir un santo para vestir a otro. No se entiende. Bueno sí, sólo se entiende esta decisión al proceder de una Consejería y un director del SCS que responde a las demandas de los lobbies, y a sus aspiraciones. Además, me pregunto si realmente son titulados en psicología clínica o son realmente psicólogos de master. De repente canarias contrata, al menos, 20 psicólogos clínicos, según anuncia la directora del SCS. ¿Dónde estaban? Y si un directivo sanitario le dice a la población que son psicólogos clínicos y la mayoría no lo fuesen, ¿pasaría algo? Pregunto si no fuese así realmente, esto sería ¿mentir con conciencia de ellos a nuestra gente? Además, lo posible que en los próximos meses estas ocurrencias se colapse con listas de

espera nuevas, porque la psicología se ha vendido como una "moda y solución" para la vida cotidiana ¿Que se les ocurrirá entonces en unos meses para justificar esto? ¿Seguir rompiendo el modelo?

Me pregunto, y le pregunto a ustedes si no había otra solución. Les diré que sí. ¿Había más soluciones no escuchadas para resolver la demanda? Resolver la demanda pasaba, en primer lugar, por reforzar la atención primaria, y orientar el sentido de su quehacer y su capacidad de resolución y reducir el número de cartillas por sanitario, y un giro de conectividad con lo local. ¿Qué significación tiene para el modelo comunitario de salud mental estas ocurrencias? Con la decisión tomada se ha "liberado" a los médicos de sus responsabilidades y competencias en materia de salud mental, o sea, médicos de lo físico; se vuelve al viejo modelo no integrado de atención. Y ahora, tenemos una nueva red de la salud mental, la red de psicólogos que pertenecen administrativamente a las gerencias de atención primaria. ¿Como se establece y se ordena la relación con la red de salud mental? Otra gerencia.

Han fraccionado, los cuidados a la salud mental, ya lo hicimos con los trastornos mentales graves, y ahora lo hacemos con los trastornos mentales comunes más prevalentes. ¿Dónde ha quedado la continuidad de los cuidados?, garantía de la transversalidad de los planes terapéuticos de salud mental. Paralelamente a ellos, se ha aprobado por el Gobierno de Canarias. la cartera de servicios y prestaciones de la dependencia, que afecta a nuestros usuarios. ¿Hemos participado Salud mental y nuestra organización de usuarios en la definición de los servicios para las personas con TMG? ¿Se ha discutido en los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial (CIRPAC)? ¿O participado los directores insulares del PIRP en la discusión y confección de la misma? El Plan de Salud mental refiere trabajar conjuntamente con los Servicios Sociales. Espero que así fuese. Ojalá.

Les diré a todos, que había otras alternativas posibles, que, desde el ámbito de la salud mental, se habían desarrollado en nuestro

sector, y que todos reconocemos como experiencias eficientes. Una de las experiencias, es la desarrollada en la USM de Jinamar a través de la gestión de casos por la enfermería en salud mental y otra, la que hace unos años se desarrolló en Lanzarote, desde la USM por una psicóloga clínica, que resolvía de forma conjuntas las demandas con atención primaria. La experiencia del sector no es respetada. Es más, aun hoy, responsables de los hospitales. no respetan que la enfermería en salud mental es una especialidad, y siguen enviando a los servicios de Salud Mental hospitalarios a enfermeras sin la especialidad, vulnerando el derecho de los ciudadanos a una atención de calidad. Me pregunto si el plan de salud mental no cambia estas cosas de carácter cualitativo.

Si muchas acciones están pendientes para asistencia en materia de salud mental, hay que profundizar desde ahora, hacia acciones dirigidas hacia los determinantes sociales críticos que afectan a la salud mental de las personas como son la violencia, la discriminación, la pobreza, la exclusión y el aislamiento, el abuso, la inseguridad laboral o el desempleo, así como la falta de acceso a la vivienda o los desahucios, factores que a menudo se pasan por alto, o excluyen de manera intencionada de los discursos de la salud mental. No solo se pasan por alto en los discursos oficiales sino para el paradigma dominante parece que no tienen nada que ver con nuestra profesión ni con la vida de las personas.

Como consecuencia de todos los factores descritos, muchas de las personas viven en la pobreza o en un terreno de vulnerabilidad. Si, nuestros usuarios viven muchos en situaciones extremas y las mujeres con trastorno mental sufren de triple discriminación. No olvidemos que en Canarias cerca del 40% de la población está en riesgo de pobreza, y un 36% tienen para menos de 500 euros al mes. Canarias, en los últimos 25 años, ha incrementado su población en un 37%, eso significa 600.000 residentes más, y va a experimentar una pirámide población regresiva debido a un progresivo envejecimiento de la población y se estima que llegará a 15 millones de turistas cada año. Esto tiene un impacto en los servi-

cios sanitarios. Por ello. la planificación de población que deben atender en la actualidad cada ECSM se pensó en la segunda década de los noventa con otro peso demográfico (1.800.000 hab.) y una pirámide demográfica ensanchada por su base. Para mantener la calidad y atender la mayor demanda debemos de reducir la población asignada a los ECSM para que trabajen en un área de captación de 25.000 hab., así mismo, ampliar los equipos a nuevos profesionales, como pueden ser los técnicos en empleo (IPS) y expertos de experiencias vividas, para el desarrollo de la ayuda de pares. De esta manera si podremos darle un revolcón a la asistencia. Sin olvidar la creación de servicios de apoyo, cuidados y acompañamiento en el domicilio propio para lo que la innovación debe constituirse en la mejor inversión. Hay numerosas experiencias en el mundo para fijar nuevas orientaciones, globales y parciales.

Efectivamente para el nuevo periodo necesitáramos cambios relevantes. Orientemos insisto. el modelo comunitario de salud mental hacia la defensa de los derechos humanos y hacia el ejercicio de ciudadanía, siendo el empoderamiento de los usuarios no una finalidad, sino un camino. Cada vez más, el modelo hegemónico reduccionista biomédico está entrando en colapso al no avanzar en la explicación etiopatológica de los trastornos mentales, después de la ingente inversión en la década del cerebro. Hay muchas más novedades en los últimos tiempos en la esfera de las terapias psicológicas, de nuevos fármacos, como hemos visto, y cada vez sabemos más de los efectos perniciosos de estos. Tenemos un arsenal terapéutico psicológicos y de terapias psicosociales, formemos a nuestros profesionales de manera extensiva, así lo hicieron en Finlandia para ofrecer nuevos servicios. Pero se necesita un compromiso firme institucional y una voluntad política para cambiar las cosas. No vale el voluntarismo, se agota en el tiempo. Ofrecer terapias psicológicas y psicosociales, no puede quedar en la buena voluntad de los profesionales, debe estar incorporado a la cartera de servicio en materia de salud mental. por cierto ¿Alguien me podría decir dónde se puede encontrar o consultar

la cartera de prestaciones en materia de salud mental de la comunidad canaria?

En este modelo actual lo relevante es el síntoma como "hecho" frente al modelo de la subjetividad y lo relacional, como un relato personal, donde el síntoma tiene una significación que cobra sentido en los contextos y en lo biográfico. Esto significa. la necesidad de colocar en primer plano, para el próximo periodo, la conexión, los significados y los valores y de considerar de manera holística que la atención de la salud mental consiste simplemente en diagnosticar y medicar. El significado de Recuperación puede ser diferente para cada persona, y por lo tanto cada persona tiene la oportunidad de definir lo que la Recuperación significa para ella y en que esfera de su vida desea centrarse como forma de su propio viaje de Recuperación. El cambio de paradigma vendrá dado por la acción conjunta del ejercicio de la ciudadanía y el acceso de oportunidades y el disfrute de los avances de la sociedad de nuestro tiempo.

En muchas partes del mundo existen ejemplos de buenas prácticas, servicios basados en la comunidad que están centrados en la Persona y orientados hacia la Recuperación y que se adhieren hacia las normas de los derechos humanos. Se requieren cambios importantes en el sector social para apoyar el acceso a la educación, al empleo, la vivienda y las prestaciones sociales para las personas con experiencias vividas de psicosis. Esto es esencial para lograr los cambios que exigen la Convención Internacional de los derechos de las personas con Discapacidad, a la que nuestro país se adhirió. El mundo no es lo más cercano.

Asimismo, a la vez que mejoramos el modelo actual en una orientación comunitaria y psicosocial, debemos ampliar nuestro marco de influencia e intervención hacia un modelo de cuidados de la cronicidad basada en la cercanía, y una presencia significativa en las políticas de salud pública en materia de promoción y prevención de la salud mental. Nuevos sectores se nos vienen presentando con una alta vulnerabilidad, que debemos contemplarlos en nuestras acciones, y en caso grupo defi-

nir el para, como y con quienes, realizamos nuestro apoyo. No debemos seguir fuera de lo que está ocurriendo socialmente.

En este sentido en los próximos años, desde las políticas públicas debemos ofrecer una mayor atención a la salud mental, en su vertiente de los *determinantes económicos y sociales de la salud*. Existe fuerte evidencia que vincula las condiciones económicas y sociales en las que viven las personas y su bienestar psicológico. El estatus socioeconómico, las características de los vecindarios, la exposición a la violencia, la pertenencia a minorías raciales o étnicas, el género y el rápido cambio social influyen en el bienestar psicológico y confieren un riesgo diferencial para una variedad de trastornos mentales. Los tres determinantes identificados de la salud mental son la inclusión social, la ausencia de discriminación y violencia y la participación económica (VicHealth, 2005), Estas exigencias de acciones nos exigen ocupar un lugar más visible institucionalmente por lo que reclamó una Dirección General de Salud Mental para la próxima década adscrita a la Presidencia del Gobierno de Canarias, cómo en su día se valoró, para la atención a las Drogodependencias. Veremos.

Fomentar la cooperación intersectorial, aplicar las medidas necesarias para mejorar los entornos de salud mental y promover el acceso a espacios verdes. Reforzar la atención de salud mental cambiando los lugares, modalidades y personas que ofrecen y reciben atención de salud mental: establecer redes de servicios interconectados dotados de apoyo mediante la combinación de servicios de salud mental y otros servicios, más allá de la salud.

### **Acciones a realizar en los grupos potencialmente vulnerables**

#### *Acciones para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil*

Una de cada 10 madres en los países de rentas altas experimentará un problema de salud mental durante el embarazo o en el año pos-

terior al parto; 1 de cada 5 mujeres en el caso de los países con rentas más bajas. Entre las mujeres con problemas de salud mental perinatal, el 20% experimentará pensamientos suicidas o llegará a autolesionarse. La detección, el diagnóstico y el manejo de los problemas de salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil es, por tanto, fundamental para el bienestar de las madres, sus bebés y sus familias.

### ***Acciones sobre la población longeva***

La longevidad es una de las características del mundo actual. En este contexto de un mayor envejecimiento de la población, los problemas de salud en las personas mayores, su dimensión psicológica, se han vuelto cruciales. Todas las profesiones vinculadas con la salud están relacionadas con los cuidados y apoyos a este segmento de edad. Cada una de las disciplinas implicadas pueden verse confrontadas con situaciones psiquiátricas. La atención en salud mental es un componente básico de la atención sociosanitaria. Una cooperación de calidad resulta indispensable. El número de más longevas que viven solas cada vez será mayor, lo que está requiriendo servicios y apoyos de la comunidad, para garantizar más años a la vida y de la mayor calidad posible.

### ***Acciones sobre el mundo del trabajo***

Las estrategias prácticas esbozadas en un informe conjunto de la OMS y la OIT, nos servirán de referencia. El trabajo amplifica problemas sociales más amplios que afectan negativamente a la salud mental, como la discriminación y la desigualdad. La intimidación y la violencia psicológica (también conocida como "mobbing") son las quejas clave de acoso laboral que tienen un impacto negativo en la salud mental. Sin embargo, hablar o revelar la salud mental sigue siendo un tabú en los entornos laborales de todo el mundo. Recomiendan medidas para hacer frente a los riesgos para la salud mental, como la gran carga de trabajo, los comportamientos negativos y otros factores que generan angustia en el puesto de trabajo. Formar a los directivos, y no sólo a sus empleados, para que puedan

prevenir los entornos laborales estresantes y responder a los trabajadores que sufren. El 15% de los adultos en edad de trabajar experimentaron un trastorno mental según el Informe Mundial de Salud Mental de la OMS publicado en junio de 2022.

### ***Acciones sobre el cambio climático***

Las conclusiones un informe reciente del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC), publicado en febrero de este año, la rapidez del cambio climático supone una amenaza cada vez mayor para la salud mental y el bienestar psicosocial, al provocar trastornos que van desde el malestar emocional hasta la ansiedad, la depresión, el dolor o las conductas suicidas. Es evidente que el cambio climático afecta a muchos de los determinantes sociales que ya están conduciendo a enormes cargas de la salud mental en todo el mundo. Coincidentemente, Palinkas & Wong (2020) analizaron la bibliografía existente respecto al impacto que las diferentes manifestaciones por efecto del Cambio Climático (huracanes, inundaciones, olas de calor, subida del nivel del mar, etc.) tienen en la salud mental: aparición de trastornos por estrés post-traumático, de ansiedad y del ánimo; interrupción del sueño, suicidio e ideación suicida y disminución de la propia identidad, entre otros.

### ***Acciones para reducir la mortalidad prematura de las personas con TMG***

Atendiendo al principio de no discriminación y cobertura universal de salud, incorporados en la meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas ("Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar"), se debe ofrecer a las personas con TMG al menos el mismo nivel de tratamiento para las afecciones de salud física y sus factores de riesgo que a la población general. Las *Directrices sobre tratamiento de afecciones de salud física en adultos con trastornos mentales graves* se presentarán recomendaciones



actualizadas y basadas en la evidencia para apoyar la ampliación a mayor escala de la atención de las afecciones de salud física y sus factores de riesgo que afectan la vida de las personas con TMG a nivel mundial. mundial.

### ***Acciones dirigidas a los refugiados y emigrantes ilegales***

Siguiendo el protocolo del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el personal de atención primaria puede ofrecer apoyo psicosocial básico a los refugiados y a las personas expuestas a traumas o a la pérdida de seres queridos en otras situaciones. El tipo de apoyo ofrecido abarca los primeros auxilios psicológicos, la gestión del estrés, y la ayuda a los afectados para enseñarles métodos de afrontamiento positivos y posibilidades de apoyo social, o reforzarlos en su caso. Se recomienda una mayor capacitación y supervisión para ampliar las posibilidades de acceso a esos métodos psicoterapéuticos efectivos. Las políticas de juventud pueden garantizar una identificación e intervención más oportunas.

### ***Acciones sobre los adolescentes y la infancia***

Un metaanálisis reciente sobre la edad de inicio encontró que alrededor de la mitad de todas las condiciones de salud mental se establecen a los 18 años, y dos de cada tres a los 25 años (Solmi et al., 2021), en consonancia con hallazgos anteriores que han demostrado que las condiciones de salud mental surgen predominantemente desde la niñez hasta la adultez temprana (Kessler et al., 2005). Esto significa que, en muchos casos, los síntomas y signos de problemas de salud mental son evidentes desde una edad temprana, lo que hace que las intervenciones de salud mental y el apoyo en la niñez, la adolescencia y la juventud sean particularmente importantes. Si. Por lo tanto, es fundamental monitorear y mejorar el entorno escolar y preescolar en general para promover el aprendizaje socioemocional y la salud mental, a través de intervenciones en toda la escuela. La asistencia irregular a la escuela a menudo puede ser uno de los primeros signos de problemas de salud mental

y, finalmente, dar lugar a un abandono escolar prematuro. Desarrollar programas de prevención del suicidio de manera universal en el mundo escolar y de la prevención de la depresión en la educación secundaria. El liderazgo de estos programas debe ser la consejería de sanidad, no como está ocurriendo en la actualidad, que numerosas iniciativas y ocurrencias están apareciendo en nuestra tierra, sin coherencia ni una sistemática consensuada.

### ***Incorporar la visión de géneros en las políticas de salud mental***

Muchas veces las disciplinas de la salud mental patologizan la angustia de las mujeres, ignoraron sus realidades sociales y proporcionaron un contexto para una mayor retraumatización y angustia. Debemos liberarnos de esta retraumatización para proporcionar un terreno fértil para desarrollar formas de comprensión centradas en la mujer para brindar intervenciones y apoyo que abordan una amplia gama de problemas y cuestionan las etiquetas de diagnóstico y los métodos de tratamiento, con el con el desarrollo de servicios de salud mental que fueran sensibles al género y que satisficieran mejor las necesidades de las mujeres, Los servicios no satisfacen las necesidades de las mujeres; en particular, no tienen en cuenta las necesidades derivadas del cuidado de los niños, la violencia doméstica, la experiencia del abuso sexual, el aislamiento social y la necesidad de seguridad. Los servicios reproducen las desigualdades, estereotipando a las mujeres y despreciando o menospreciando sus necesidades. Los servicios no son seguros para las mujeres y son vulnerables al acoso sexual, la agresión física y sexual, el abuso emocional, la discriminación (incluido el racismo) y los efectos nocivos de la medicación psiquiátrica. El predominio del modelo médico debilita aún más a las mujeres. Requiere que los profesionales utilicemos un enfoque más amplio sobre las desigualdades y las desventajas sociales para mantener la atención en la salud mental de las mujeres. Esto necesariamente requiere trabajar en todos los sectores (por ejemplo, salud y el sistema de justicia penal) y forjar asociaciones con grupos del sector voluntario para tomar medidas positivas para el cambio y

desafiar la cultura organizacional y los valores sociales arraigados en relación con el género.

Los derechos humanos y la relación de los servicios y los profesionales deberán **lan** basarse en varios ejes o acciones como **guías del ideario de buenas prácticas**:

*El respeto de su capacidad jurídica, el derecho a la autonomía personal.* Se respete el derecho a rehusar de tratamientos, que las prácticas se ajusten a la voluntad y las decisiones de las personas, y en caso, que se implemente medidas de apoyo para las personas, a través de las personas o redes de personas que esta asigne para sopesar diferentes opciones y decisiones. El consentimiento informado es una buena manera de mostrar acuerdo. Los planes de anticipación puede ser otra vía de acuerdo, En los módulos de capacitación de la OMS se proponen diversas estrategias para proteger la voluntad y las preferencias de las personas, Recientemente nuestro país, ha publicado una nueva ley (Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica - BOE.es) para el desarrollo de nuevos sistema de apoyo para respetar la capacidad jurídica para discapacidades psicosociales. La necesidad y proporcionalidad de las medidas de apoyo, siendo este en sus variadas formas (consejo, acompañamiento amistoso, ayuda técnica comunicación, toma de decisión delegada; el eje central de esta legislación.

*Prácticas no coercitivas referidas al uso de la persuasión, coerción, la amenazas para que las personas hagan cosas contra su voluntad.* A pesar de las evidencias significativas, que cau-

san daño físico y psicológico incluso la muerte. Las personas que se han visto sometidas a estas prácticas las refieren como prácticas deshumanizadas, desempoderadas, irrespetadas, muchos lo relatan posteriormente como un trauma o nuevo trauma que empeora su afeción e intensifican sus experiencias de malestar psicológico, el uso de prácticas coercitivas también tiene consecuencias negativas en el bienestar de los profesionales de la salud, Las prácticas de desescalada. los planes individuales en caso de crisis, y las directivas anticipadas, serían prevalentes como prácticas.

*Enfocar hacia la recuperación.* La Recuperación implica las dimensiones de conectividad, optimismo y esperanza, identidad, significado y finalidad y empoderamiento, para obtener el control de sus vidas y de su futuro y sus decisiones, pudiéndose vivir una vida plena en ausencia o presencia de síntomas. Eso sí, el viaje que señala el propio usuario.

Para finalizar decirle que en el mundo hay muchos formas y maneras de cómo ofrecer apoyos y cuidados a las personas con problemas de salud mental, aunque sean de una forma limitada, las mismas deberían ser conocidas y estudiadas para valorar su viabilidad para nuestros contextos. A las generaciones más jóvenes corresponde esta labor y compromiso, para ofrecer otras alternativas a las formas actuales, de organización del sistema sanitario. Es posible realizar una práctica asistencial con unos valores y objetivos diferentes al paradigma actual, eso sí, si el compromiso y la innovación forma parte de nuestras vidas.

Gran Canaria, a 18 de Mayo de 2023.

#### Contacto

Francisco Rodríguez Pulido ✉ [fpulido15@me.com](mailto:fpulido15@me.com)

- Recibido: 20/05/2023.
- Aceptado: 12/06/2023.