



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOPATOLOGÍA (AEPCP)

A/A D. Andrés Suárez Alonso, consejero técnico, Subdirección General de Promoción, Prevención y Calidad. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.

Trás la lectura detallada y reflexiva del Documento Borrador de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2021-2026, la Junta Directiva de la AEPCP, aporta en este documento una serie de comentarios que creemos necesario sean tenidos en cuenta en la versión final de la Estrategia de Salud Mental del SNS que están elaborando en el Ministerio de Sanidad.

Estamos ante la cuarta Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2021-2023), tras las de 2006, 2009 y 2016, que no fue aprobada; ante la alegría por la necesaria reactivación de la elaboración de una Estrategia Nacional de Salud Mental, parece que el tiempo transcurrido no ha contribuido a que aprendamos de los errores cometidos anteriormente, tal vez porque la evaluación de las anteriores estrategias no sirvió para reorientar, adecuadamente, este tipo de documentos de manera que resultaran útiles para toda la comunidad de implicados en la Salud Mental.

En una situación donde el incremento de demanda debido a la epidemia por la Covid 19 está golpeando a los dispositivos de salud mental y a un modelo de atención ya gravemente deteriorados, no aparece una evaluación básica que recoja esta situación actual sobre los dispositivos, que queda obviada. Además, observamos otras carencias significativas en el documento que hacen dudar de su operatividad:

- no existe mención de financiación finalista ni ningún tipo de memoria económica sobre lo que puede suponer la implantación y desarrollo de esta Estrategia
- no quedan definidos parámetros para facilitar recogida básica de datos (común a todas las CCAA ni de ningún tipo) y para abrir los necesarios procesos de evaluación, para lo que tampoco se establecen tiempos
- no hay una definición de ejes temáticos con tiempos prioritarios y pautados
- el lenguaje utilizado no permite valorar si nos encontramos con un proyecto que busque producir un punto de inflexión, promoviendo en profundidad elementos claves de un modelo comunitario, con atención a la recuperación y derechos así como a la presencia de intervenciones psicoterapéuticas regladas, o se usan términos para una presentación pública que puede quedar más en los papeles que en los lineamientos obligados para reorientar el sistema. A nuestro parecer, este proyecto de Estrategia no deja clara la necesaria modificación de una inercia asistencial que, globalmente, ha abandonado la consideración de las necesidades de los ciudadanos, de los equipos y una participación adecuada de éstos desde un

modelo implícito en que la atención hospitalaria y sus medidas asistenciales son dominantes y que es preciso cambiar en profundidad

Hay **cuestiones específicas (que no corporativistas) referidas a la Psicología Clínica que faltan y que no podemos dejar de señalar**, siendo los especialistas en psicología clínica los profesionales de los que más carece el SNS y, la atención psicológica de los ciudadanos, la prestación más descuidada y a la que se le asignan menos recursos desde siempre. A nuestro entender, son centrales en la conformación de la Salud Mental Comunitaria y no deben de quedar en vacío las siguientes cuestiones:

1. La ineludible ultimación de un adecuado itinerario formativo hasta el PIR (grado en psicología clínica-máster psicología general sanitaria-formación especializada en psicología clínica), que venimos esperando demasiados años y que está generando daños y confusión (tanto entre los ciudadanos como entre los profesionales sanitarios y los estudiantes de psicología), al servicio de retardatarios sectores académicos y de colegio profesional
2. La creación de especialidad de Psicología clínica de la Infancia y la Adolescencia, que establezca la necesaria complementariedad entre especialidades en los equipos en la atención de este sector etario, así como el desarrollo de otras especialidades que den respuesta a los avances científicos y demandas sociales, como la neuropsicología clínica
3. El desarrollo de las vertientes de Psicología Clínica de la Salud en hospitales y Atención Primaria, con la incorporación de los psicólogos clínicos también en este nivel asistencial
4. El necesario estudio de necesidades de recursos humanos de especialistas en psicología clínica en el SNS y la adecuada planificación, tanto de las plazas de formación sanitaria especializada de psicólogo interno residente como de facultativo especialista en psicología clínica, para garantizar que el SNS, puede dar la respuesta asistencial que el corresponde a la ciudadanía

No queremos dejar de realizar un análisis por apartados, resaltando:

APARTADO "ASPECTOS GENERALES"

1) En primer lugar, aunque así lo proclama en su Objetivo General, ésta **no es una estrategia nacional para la atención a la salud mental de la población en todas sus dimensiones: sanitaria, social, educativa, legal, etc.** Es una estrategia sanitaria, liderada por el Ministerio de Sanidad y consensuada, a veces, con los Sistemas de Salud Autonómicos; pero que deja fuera del consenso necesario a los sistemas de justicia, educación, trabajo, vivienda y servicios sociales (pese a nombrarlos constantemente).

Para todos estos ámbitos, tan necesarios para lograr un *"modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la recuperación y la integración social"* (Misión de la Estrategia), se proponen un sin número de objetivos y recomendaciones sin identificar adecuadamente los organismos responsables de ponerlos en marcha coordinadamente junto a Sanidad y sin determinar si existe realmente apoyo, consenso o acuerdo con ellos. De esta forma, lo prioritario desde el punto de vista sanitario tal vez no lo sea para el sistema educativo o de

servicios sociales (en realidad diecisiete sistemas distintos en cada uno de estos ámbitos), con lo que todo queda en un brindis al sol o mera declaración de intenciones.

2) En segundo lugar, la Estrategia se propone como **Misión “promover un modelo”, no establecerlo, ni fijarlo, ni expandirlo, de tal modo que** la “atención integral y comunitaria” es sólo una mera orientación posibilista, no normativa, que, en la Visión, se ve matizada por las posibilidades de “sostenibilidad del sistema” y la “factibilidad de su implementación”, con lo que se hará lo que se pueda con las mejores intenciones.

Y las mejores intenciones se quedan en “mejorar”, una de las palabras objetivo más repetidas. Mejorar, sin tener claro qué es lo que hay, qué es lo que se necesita (ahora y en el futuro) y cómo y cuándo vamos a disponer de los recursos; es no sólo ambiguo, sino una forma de dar por exitosa cualquier estrategia a cinco años, pues, salvo desastre o calamidad, en algo mejoraremos en ese periodo.

3) En tercer lugar, el documento hace un gran énfasis (ya era hora) en la consideración de los **derechos individuales de las “personas con problemas de salud mental” y su participación en todos los niveles** (diagnóstico, tratamiento, recuperación, evaluación de recursos y necesidades, etc.) para, a continuación, incluir a sus familiares (sin más distinción) en pie de igualdad. Habría que especificar que se tomará en cuenta, en primer lugar la opinión de las personas con problemas de salud mental, si no, puede quedar en una contradicción y que los familiares actúen y decidan por ellos, aunque sea "por su bien".

4) Por último, en cuanto a la “**Población Diana**” de la Estrategia: el documento está “*dirigido a toda la población, ...a todas las personas que reciben atención sanitaria ... profesionales, organizaciones y proveedores del SNS... entidades académicas ... a todos los involucrados en la mejora de la salud mental en España*”. Se podría decir que la Estrategia pretende involucrar a todos estos colectivos más o menos generales e imprecisos; pero que no va “dirigida” a ellos.

Una estrategia propone objetivos y recomendaciones concretos a aquellos que pueden cumplirlos porque están en el ámbito normativo de quién propone la estrategia o, al menos, suscriben su misión, visión y valores y se comprometen a seguirla y evaluarla. Todos los habitantes de España estamos concernidos en la “mejora” de nuestra salud mental, como lo podemos estar en otros aspectos de la salud, pero no participamos en la definición, concreción, implementación, evaluación y valoración de la estrategia.

La Estrategia, tal y como aparece diseñada, va dirigida a los profesionales responsables de atender los problemas de salud mental que presenta la sociedad española en sus variadas dimensiones: sanitaria (los únicos realmente implicados normativamente por la estrategia), pero también social, laboral, jurídica, etc.

Una Estrategia Nacional de Salud Mental **no es un manifiesto** dirigido a la población en general; **debería ser un documento técnico de trabajo** dirigido a los responsables de los recursos (profesionales y políticos) descritos en ella y a los que se conmina a trabajar en una determinada dirección con el fin de alcanzar unos objetivos que se suponen consensuados, deseables y realizables. Es una Estrategia, y no un Plan, porque implica a multitud de sectores y tiene un mayor alcance temporal. **Para ser efectiva, la Estrategia deberá, al menos, traducirse en normativas y planes específicos autonómicos en materia sanitaria, de servicios sociales, educación** u otros instrumentos específicos. Sin

estos planes concretos, la Estrategia es un mero artefacto ideológico, que por muy bien diseñado que esté, no tendrá la repercusión esperada, como no la han tenido las anteriores.

En el **Análisis de la Situación:**

La información epidemiológica presentada muestra las carencias de nuestro sistema de información, basado en encuestas realizadas por el INE a la población y no en los registros reales de demanda y atención en el SNS, dividido en sistemas autonómicos independientes. Ni siquiera es posible determinar con exactitud los recursos asistenciales existentes, más allá de los centros hospitalarios.

Los datos sobre psicología clínica son inexistentes (pág. 34 documento), las estadísticas sobre consulta a psicólogo-psiquiatra público o privado (pág. 20) me parecen excesivamente bajas y que no corresponden a la realidad que vemos todos los días. La forma en la que han calculado la participación de profesionales de Psicología Clínica (estimación basada en el nº de titulados) es insuficiente y parece va a perpetuarse al introducir el mismo cálculo entre los indicadores de evaluación propuestos.

Creemos inadmisibile que el Ministerio no tenga un sistema de registro de sus profesionales especialistas en psicología clínica del SNS (línea 869 del Documento de la Estrategia), habida cuenta del gran déficit que desde hace años venimos denunciado que existe y que, tras la epidemia por COVID-19, aún se ha hecho más evidente. Un documento como éste no puede carecer de este dato y zanjar sin más la cuestión.

Del mismo modo tampoco aparecen reflejados, salvo de forma genérica para todo el SNS, los profesionales de enfermería, trabajo social o terapeutas ocupacionales integrados en los equipos de Salud Mental, algo que reconoce el propio documento (líneas 870-875). Sin estos datos difícilmente se puede hablar de equipos interdisciplinarios o de cualquier clase de intervención comunitaria; debería ser una prioridad definir, con claridad y para todo el Estado, la composición mínima de estos equipos, sus funciones, la población que deberían atender y los programas que deberían implementar.

Respecto a los recursos, no sabemos a qué se refiere con "hospitales de salud mental y toxicomanías" (frente a "de agudos y media-larga-estancia") (pág. 34 entre otras) ni tampoco queda claro que son las "unidades de psiquiatría". Habida cuenta que todos los dispositivos de salud mental están configurados por equipos multidisciplinares, creemos que la denominación de dichos dispositivos tiene que tener esa connotación de multidisciplinariedad y no estar referidas a una única categoría profesional, lo que confunde a la población sobre la finalidad de la cartera de servicios.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: Autonomía y Derechos. Atención centrada en la persona

Añadir en el objetivo Gral. 1.3.3. y en la recomendación XI que hablan de la dotación de recursos materiales y humanos, algo así : "esta dotación incluye la presencia de profesionales de psiquiatría, psicología clínica, enfermería de salud mental, trabajo social y terapia ocupacional, considerando **NECESARIO COMENZAR AMPLIANDO** el nº de profesionales de aquellas categorías que ahora es más reducido y claramente insuficiente"

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

Me parece muy oportuna la puntualización de la prevención cuaternaria y la indicación de no tratamiento (también psicológico), como señala en otros contextos Ortiz Lobo

Muy bien todo lo que dice de la promoción y prevención, dirigida a la población y distintos organismos e instancias públicas, pero, ¿quien la hace? ¿cómo podemos hacerla los profesionales si, con la actual falta de recursos, todo nuestro tiempo está invertido en la asistencia directa al paciente y su familia?. Nuevamente tenemos que señalar la **necesaria la dotación de más recursos humanos** y el reconocimiento de estas tareas en los profesionales que las realicen.

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida

El Código Suicidio está implantado en la C. Valenciana, donde existe un Plan sobre el papel, pero que en la práctica se traduce en lo que ya se hacía anteriormente: atender urgencias, el facultativo de psiquiatría o psicología clínica, con un turno por día. Si no se concreta mejor y se desarrolla su implantación indicando organismos responsables y profesionales, no será efectivo. Igualmente, respecto a la recomendación VIII sobre la "línea de atención telefónica" (pág. 63), no se especifica qué organismo o profesionales la atenderían.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: Atención a las personas con problemas de salud mental basada en el modelo de recuperación en el ámbito comunitario

Salud Mental Comunitaria:

- La inclusión de Psicólogos Clínicos en Atención Primaria, experiencia que ya se está desarrollando con éxito en algunas comunidades autónomas, permitiría desarrollar las intervenciones comunitarias que señala como esenciales: consulta individual, intervenciones grupales y fomento de la ayuda mutua, además de prestar la orientación e información adecuada a los MAP. Esto también apoya la Recomendación I (pág. 68)

- La existencia de un nº suficiente de Psicólogos Clínicos en la Atención Especializada en Salud Mental es un requisito fundamental para poder prestar la atención que indican: "asistencia personalizada que fuera necesaria para la persona y su familia, procurando que las personas afronten sus procesos vitales en su entorno, con la menor fragmentación de sus vidas posible, recurriendo a la hospitalización tradicional solo en caso estrictamente necesario. Para ello, se reforzarán programas y servicios que acompañen a las personas y familias en su proceso de recuperación..."

Una asistencia, aunque sea personalizada, si no tiene la continuidad y periodicidad necesaria, difícilmente puede mantener a la persona en su entorno y trabajar en su recuperación (listas de espera de meses para primeras visitas y luego "sucesivas" mensuales o más).

También es necesario el incremento de especialistas en psicología clínica para desarrollar el objetivo 4.1.6. "Potenciar las intervenciones terapéuticas individuales, familiares y grupales de cuya eficacia se tiene conocimiento" y apoya la recomendación III (pág. 69).

Añadiría la figura del Terapeuta Ocupacional que es muy útil en la recuperación.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: Salud Mental en la infancia y adolescencia

En general es un documento que aborda de manera muy superficial la problemática de la Infancia y Adolescencia, con unas pocas ideas repetidas que aún siendo relevantes no son suficientes, ni dan una visión integral, comprensiva y actualizada de la magnitud del ámbito de la salud mental de la infancia y adolescencia. Consideramos que, lo realmente necesario, sería plantear la elaboración de un documento específico y una estrategia nacional propia para la salud mental de la Infancia y Adolescencia que permita desarrollar:

- ◆ El necesario trabajo en red con educación, justicia y servicios sociales (protección de menores)
- ◆ La creación de una red propia de atención a la salud mental infanto-juvenil homogénea en toda España con dispositivos ambulatorios y de tratamiento intensivo, en régimen de día y hospitalización completa
- ◆ La atención a grupos específicos, por gravedad o prevalencia, como la atención al suicidio y conductas auto-lesivas en estas etapas evolutivas, el incremento de los trastornos de conducta y la violencia filio-parental, los trastornos mentales graves y crónicos o la salud mental perinatal
- ◆ Las acciones para hacer efectiva la nueva ley de violencia contra la infancia
- ◆ Las nuevas tecnologías

No obstante, dado que lo anterior no es objeto de este documento ni en este momento, consideramos necesario dejarlo “solicitado” y plantear que, en este documento final de la Estrategia se deje constancia de lo siguiente:

- aparición expresa del compromiso de la creación de la especialidad de psicología clínica de la infancia y adolescencia, además de la de psiquiatría con previsión de plazos
- mención expresa de la obligación de las administraciones central y autonómicas a incrementar los recursos humanos para la atención a la salud mental de los menores (prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento), con números concretos de ratio de profesionales de las diferentes categorías, de manera que nos situemos al nivel de otros países europeos con mayor desarrollo en este ámbito
- señalar, de manera explícita, la necesidad de crear y desarrollar, en todo el territorio nacional, dispositivos y unidades de atención intensiva, en régimen de hospital de día y hospitalización completa, para menores con trastornos mentales graves y crónicos (TEA, discapacidad, TCA o rasgos de personalidad disfuncionales), así como centros de salud mental comunitarios específicos para niños y adolescentes, a los que se acceda desde Atención Primaria (pediatría o medicina de familia) y no solo que haya “programas de salud mental infanto-juvenil” en centros de salud mental preferentemente para adultos
- dejar planteado en el documento la situación de inequidad que se produce en la atención a la salud mental de los menores dadas las diferencias, entre comunidades y especialidades sanitarias, en los límites de edades de la atención pediátrica
- señalar en el documento las acciones o vías concretas y formales para las actuaciones de coordinación intersectorial con educación, justicia, protección de menores, de manera que se recojan como una actividad más y no queden a la “disponibilidad” de tiempo libre
- importancia de incluir la neuropsicología clínica como fuente de evaluación objetiva y de calidad para valoración de menores con problemas en el Neurodesarrollo y problemas neurológicos, donde han demostrado ser necesarias para ulteriores intervenciones, ya sean farmacológicas o quirúrgicas.

- en el Objetivo 5.2 añadir un objetivo específico que haga referencia a la reducción del uso de psicofármacos en el tratamiento de los trastornos de las emociones y comportamiento en la infancia, siguiendo las recomendaciones de la ONU que señala los tratamientos psicológicos como primera línea de tratamiento basada en la evidencia para la mayoría de los trastornos mentales en la infancia
- señalar la necesidad de que, tanto en la descripción de la situación como en la identificación de indicadores de evaluación, haya un desglose mayor por grupos de edad (no de en intervalos de quince años), ya que parece haberse ignorado a la población de 0 a 4 años
- hacer una descripción más completa de los datos vinculados a la epidemia por COVID-19 en España, no solo la referida a los primeros momentos, si no también tras este primer año, en lo que respecta a sintomatología y situación socio-educativa sanitaria en niños y adolescentes así como de uso de recursos sanitarios específicos de salud mental

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: Atención e intervención familiar

Para la adecuada atención e intervención con la familia, además de los equipos asertivos comunitarios en los que especifica profesionales (psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social), añadiríamos aquí también la figura del terapeuta ocupacional y la necesidad de dotar de psicólogos Clínicos suficientes para poder realizar intervenciones familiares también desde las consultas y centros de salud.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7: Coordinación

Habría que establecer cómo se va a llevar a cabo la coordinación y qué mecanismos hay para implementarla que no dependan de la "buena voluntad" de las personas que ocupen algún puesto de responsabilidad, bien sea técnico o político, en un momento dado. O la actividad de coordinación está "reglamentada" y se planifica dentro de las agendas asistenciales de los profesionales para habilitar y hacer visible el tiempo y espacio que ocupan, o seguirá siendo una actividad dejada a la "buena voluntad" o solo realizada en casos de extrema necesidad.

Con respecto a los **Objetivos y Recomendaciones** de todas las líneas en general queremos señalar:

- La mayoría de objetivos propuestos son excesivamente generales, aunque a algunos los llamen "específicos", que sólo podemos llamarlos así porque se circunscriben a un tema (aún más general a veces), pero no porque sirvan para concretar los objetivos generales, como se hace en cualquier planificación. Tampoco son operativos: no determina quien es el responsable de su logro ni con qué indicadores de cumplimiento están relacionados, por lo que será difícil evaluarlos, salvo de forma cualitativa y, aun así, con muchas dificultades (como han demostrado los intentos de evaluación de las anteriores estrategias). Se echa en falta pues, una dimensión cuantitativa de los objetivos y también de las recomendaciones, que permitan su evaluación. Se habla mucho de "mejorar", "promover" o "disponer", pero no de cuánto mejorar (aunque sea un %) o qué significa promover (qué nº de acciones se esperan, por ejemplo), ni en qué momento o en cuánto tiempo se pretenden realizar (en 1 año, en 2, en 20...).

- No queda clara la diferencia entre Objetivos y Recomendaciones (¿serían líneas de actuación?), están redactados de la misma forma.
- La estrategia no distingue niveles de prioridad (acciones imprescindibles/recomendables y objetivos a corto, medio, largo plazo).
- No se identifica el destinatario de las recomendaciones ni el responsable de los objetivos pretendidamente específicos (persona, institución, servicio...). No se concreta si su ejecución corresponde al Ministerio, los Servicios Autonómicos de Salud, otras instituciones relacionadas con el ámbito de la salud mental...

El análisis DAFO, nos parece certero, especialmente en la D (Debilidades) y la A (Amenazas), no obstante, por todo lo anteriormente señalado, habrá que ver cómo se traduce en acciones reales que puedan ser evaluadas.

BIBLIOGRAFÍA:

- Remacha, B. y Ordaz, A. (30 enero, 2020). Un informe muestra las carencias de España en salud mental: hay tres veces menos psicólogos que la media de Europa. ELDiario.es
- Cancho, J. (16 enero, 2020). Historia de los psicofármacos, un relato de locos. Onda Cero.
- Informe Secretaría General de Sanidad (2018) - Atención psicológica <https://www.documentcloud.org/documents/20476349-informe-secretaria-general-de-sanidad-2018-atencion-psicologica> .
- Estrategia España
2050: http://www.infocoponline.es/pdf/Estrategia_Espana_2050.pdf
- Concluding observations on the combined fifth and sixth periodic reports of Spain* http://www.infocop.es/view_article.asp?id=7300
- OMS: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=2020-alertas-epidemiologicas&Itemid=270&layout=default&lang=es

➤

H
Y
P
E
R
L
I
N
K

"

C/ Beato Gálvez 3, 4ª. Valencia-46007. www.AEPCP.net aepcp@aepcp.net

h
t
t