

## Estudio

# La Salud Mental en España



Integrantes del Consejo Asesor Social:



# Índice

<b>1.</b> Presentación.....	1
<b>2.</b> Fotografía del sistema de servicios de salud mental en España.....	2
<b>3.</b> Dimensión y especificidad del problema de la salud mental en España .....	12
<b>4.</b> Capacidades y límites del sistema español para la prevención de las enfermedades mentales.....	24
<b>5.</b> Capacidades y límites del sistema español para la identificación temprana de los síntomas de enfermedad mental.....	38
<b>6.</b> Capacidades y límites del sistema español para el tratamiento de las enfermedades mentales .....	48
<b>7.</b> Recomendaciones.....	59

# 1. Presentación

La Salud Mental es, o ha sido hasta la fecha, la gran olvidada en el ideario general cuando hacemos referencia a lo que entendemos por salud. Es más, no solo olvidada, sino que cualquier problema asociado a la misma es, aún hoy en día, objeto de estigma e invisibilización.

Decimos hasta la fecha, sin embargo, porque uno de los pocos efectos positivos que ha tenido la crisis del COVID-19 ha sido, precisamente, el de exponer la lamentable falta de información sobre la situación de la salud mental de la ciudadanía, tanto en España como a nivel global. Algo que contrasta con el alarmante hecho de que, para 2030, los problemas asociados a la misma serán la principal causa de pérdida de vida saludable.

Un conocimiento que ha hecho reaccionar a la comunidad. A la nueva definición sobre Salud Mental llevada a cabo por la OMS que pone el foco, no tanto en la ausencia de enfermedad, sino en un completo estado de bienestar, se suma la actualización, en España, de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, demorada desde el 2013. Dos aspectos que reflejan muy bien las nuevas prioridades a este respecto y que ponen el foco en la inclusión social, **la lucha contra el estigma y el respeto a los derechos de la ciudadanía**. Un nuevo horizonte que plantea novedosos desafíos y la necesaria implicación de todos los colectivos políticos y sociales.

Guiados por este nuevo marco, desde el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos hemos desarrollado una **“Radiografía del Estado de la Salud Mental en España”**, como parte de la Estrategia Social de la Profesión Farmacéutica.

Un documento que arroja luz sobre el escenario actual de la salud mental en nuestro país y las principales recomendaciones surgidas a raíz de su análisis y discusión en el seno del Consejo Asesor Social, órgano consultivo fundamental en la creación de dicha estrategia y a cuyos miembros agradezco, a través de estas líneas, su absoluto y total compromiso en la creación de este documento.



## 2. Fotografía del Sistema de Servicios de Salud Mental en España

En España, no es hasta bien entrado el siglo XXI que la asistencia de la salud mental comienza a tener un marco nacional de acción consensuado. El mayor desafío político era (y continúa siendo) alcanzar una planificación estratégica inclusiva y representativa de la diversidad de realidades que responda a las principales necesidades en términos de salud mental tanto a nivel de atención primaria como de atención clínica especializada.

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se publica por primera vez en el año 2007 (1), concebida como un texto de apoyo para coordinar a nivel nacional las acciones de las diferentes Comunidades Autónomas en materia de salud mental. Se construye con recomendaciones de expertos en el ámbito de la psiquiatría y la psicología clínica y de la salud, asociaciones de pacientes, y representantes de las Comunidades Autónomas. Las acciones propuestas en la Estrategia abarcan consideraciones relativas a la promoción de la salud mental, así como su prevención (definida en salud mental como universal, identificada y selectiva; ver Informe correspondiente en esta serie), el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud mental. El documento estimaba que, a la fecha de publicación, el 9 % de la población española padecía al menos un trastorno mental (excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias). Como marca de época, cabe destacar que el término “trastorno mental” ha quedado fuera de uso por considerarse que limita el rango de acción de los profesionales de la salud mental a aspectos únicamente ligados a la enfermedad, al tiempo que promueve estigmas sobre la salud mental.

Junto con la actualización del concepto de salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (2), en 2017 se acuerda la reorientación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. El objetivo general era el de incluir una perspectiva que superase la idea de salud limitada a la ausencia de enfermedad, y más centrada en la calidad de vida. Sin embargo, no fue hasta después de iniciada la pandemia de la COVID-19 - que ha traído enormes consecuencias para la salud mental de la población - que se jerarquiza la necesidad de creación de un nuevo documento dentro de la agenda de salud y acción social del Estado. Es en 2022 cuando ha sido finalmente publicado el nuevo documento, después de un largo proceso de consulta de agentes involucrados y no libre de controversia (3). El nuevo enfoque de la actual estrategia pone el objetivo en la inclusión social, la lucha contra el estigma y el respeto a los derechos de la ciudadanía, así como la atención a la salud mental durante y tras la pandemia.



## 2.1. Marco general del sistema sanitario de España

El Sistema Nacional de Salud se organiza en dos niveles asistenciales: atención primaria y especializada. Según datos del Ministerio de Sanidad publicados en 2022, el número de centros de salud y consultorios locales es de 13.089 (3.036 centros de salud y 10.053 consultorios), con cerca de 2.000 (1.991) puntos de atención de urgencia extrahospitalaria, a los que se suman las 22.198 farmacias comunitarias (datos del Catálogo de Centros del Ministerio de Sanidad consultados en noviembre de 2022).

La atención especializada cuenta con un total de 832 centros hospitalarios públicos y privados, de los cuales 92 (36 públicos y 56 privados) son hospitales de salud mental y tratamientos de toxicomanías (datos del Catálogo Nacional de Hospitales, 2022). Se suman 296 Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) para la asistencia a 70 patologías complejas, poco prevalentes o que requieren un alto nivel de especialización tecnológica y profesional (datos de la Lista de CSURs del Sistema Nacional de Salud, actualizado a 2022). Cabe destacar que los CSUR no están relacionados con patología psiquiátrica o psicológica.

La asistencia de la salud mental en España se ubica en tres niveles asistenciales: atención primaria, atención ambulatoria especializada en centros de salud mental de adultos o de la infancia/adolescencia, y atención especializada hospitalaria.

Asimismo, la atención en salud mental abarca centros intermedios de asistencia entre los que se pueden encontrar los hospitales de día con o sin ingreso, y los centros de atención a las adicciones.

Las prestaciones del Sistema Nacional de Salud incluyen una cartera común para todo el territorio español que se distingue en cartera básica, suplementaria y de servicios accesorios, así como también una cartera de servicios complementaria de cada Comunidad Autónoma<sup>1</sup>. Acorde con lo estipulado en el Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (4), las prestaciones relacionadas con la atención a la salud mental comprenden el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización, así como la garantía de continuidad asistencial y actividades de información, asesoramiento, prevención y promoción de la salud

---

<sup>1</sup> La cartera común básica de servicios asistenciales, cubiertos de forma completa por financiación pública, engloba las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios, así como el transporte sanitario urgente. La cartera suplementaria está sujeta a aportación del usuario e incluye prestaciones de dispensación ambulatoria incluyendo prestación farmacéutica, ortoprotésica, transporte sanitario no urgente, entre otras. La cartera común de servicios accesorios incluye aquellos servicios que no tienen carácter de prestación ni se consideran esenciales, pero apoyan el proceso asistencial de patologías de carácter crónico.



mental. Las Comunidades Autónomas tienen autonomía de gestión sanitaria. Si bien hay ciertas limitaciones a la adjudicación proporcional de los recursos a las diferentes áreas de la salud, existen múltiples aproximaciones al uso de los recursos y el presupuesto destinado a la asistencia específica de la salud mental según las prioridades otorgadas por cada autoridad local.

En todo el ámbito nacional las competencias en temas de salud mental entran dentro del ámbito sanitario. Si bien, Servicios Sociales cuenta con profesionales de la psicología que pueden dar respuestas en el corto plazo a problemas de la salud mental, el acceso a la asistencia dentro del sistema de atención a la salud mental se realiza a través de atención primaria. El profesional médico valora la derivación del paciente a unidades asistenciales especializadas en salud mental, ya sea de tipo ambulatorio o de hospitalización. El sistema cuenta con diferentes recursos de hospitalización: urgencias, hospitalizaciones breves o de mediano plazo, y hospital de día. El sistema también contempla unidades de tratamiento y rehabilitación de media estancia, cuidados prolongados de larga estancia, unidades de hospitalización específicas (adicciones, trastornos de la conducta alimentaria, infancia y adolescencia, entre otros), unidades ambulatorias de referencia para diferentes grupos de riesgo, y programas específicos en diagnósticos indicados (como es el caso del autismo).

## 2.2. La asistencia a la salud mental en las Comunidades Autónomas

A pesar de los significativos cambios que promovió la publicación de la primera Estrategia Nacional de Salud Mental en la proporción de los recursos destinados a la asistencia de este ámbito de salud en las diferentes Comunidades Autónomas, cabe señalar que, en la práctica, solamente alrededor de un 60 % de los centros sanitarios públicos cuentan con oferta para la atención de la salud mental.

En la siguiente tabla se muestran los datos para el año 2020 (publicados en el año 2022) (5) de los centros públicos y privados de España que ofrecen servicios asistenciales de psiquiatría, psicología clínica o terapia ocupacional, y su proporción respecto del total de centros existentes. Estos datos han sido obtenidos de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-26. Los datos pueden variar respecto del Registro General de Centros y Establecimientos Sanitarios (REGCESS) debido a diferencias entre ambas fuentes probablemente dependientes de la metodología de consulta. En los datos abajo citados, destaca que la oferta de asistencia psiquiátrica en los centros privados sube hasta más del 70 %, mientras que la asistencia de psicología clínica es del 50 % y de terapia ocupacional menor del 25 %. En contraste, los centros públicos cuentan con una proporción relativa equiparable del 60 % en todas las áreas asistenciales.



**Tabla: Oferta asistencial de psiquiatría, psicología clínica y terapia ocupacional por dependencia (2020). Fuente: Ministerio de Sanidad**

Ámbito	Centros públicos		Centros privados		Total de centros	
	Número	% sobre el total	Número	% sobre el total	Número	% sobre el total
Psiquiatría	292	62,9 %	220	71,9 %	512	66,5 %
Psicología clínica	297	64 %	168	55 %	465	60 %
Terapia ocupacional	295	64 %	77	25 %	372	48 %

Las diferencias de prioridades, enfoques y necesidades percibidas entre Comunidades Autónomas se evidencian claramente en las diferencias de cobertura asistencial. Un ejemplo de ello son los datos de números de psiquiatras vinculados a centros públicos del Sistema Nacional de Salud desagregados por Comunidad Autónoma. Estos profesionales cubren áreas de asistencia de salud mental especializada, tanto en centros de salud mental de adultos o infancia/adolescencia, como ingresos hospitalarios, centros de adicciones y hospitales de día. En la siguiente tabla se observa la ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes para cada región y año, y su evolución. La disponibilidad de datos desagregados cubre el rango de años de 2015 a 2018.

**Tabla. Proporción de psiquiatras vinculados a centros públicos del SNS por 100.000 habitantes desagregado por CC. AA., periodo 2015-2018. Fuente: Ministerio de Sanidad**

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>Evolución</b>
Andalucía	7,28	7,34	5,63	6,13	<b>-1,15</b>
Aragón	8,62	8,81	8,74	8,74	<b>+0,12</b>
Principado de Asturias	10,44	10,41	10,78	11,52	<b>+1,08</b>
Islas Baleares	8,86	8,57	8,72	9,52	<b>+0,66</b>
Canarias	7,52	6,72	6,98	6,95	<b>-0,57</b>
Cantabria	6,51	6,54	7,40	7,40	<b>+0,89</b>
Castilla y León	8,68	8,39	9,86	9,42	<b>+0,74</b>
Castilla-La Mancha	8,47	8,52	7,77	7,98	<b>-0,49</b>
Cataluña	9,93	10,13	11,73	12,03	<b>+2,10</b>
Comunidad Valenciana	5,11	4,89	5,01	5,56	<b>+0,45</b>
Extremadura	6,07	5,27	5,40	5,53	<b>-0,54</b>
Galicia	6,82	6,86	7,03	7,41	<b>+0,59</b>
Madrid	9,14	9,17	9,70	10,31	<b>+1,17</b>
Región de Murcia	5,19	5,18	4,89	4,87	<b>-0,32</b>
Comunidad Foral de Navarra	4,72	4,86	4,68	7,12	<b>+2,40</b>
País Vasco	12,57	12,56	13,38	13,67	<b>+1,10</b>
La Rioja	5,76	6,08	7,04	7,04	<b>+1,28</b>
Ceuta	1,18	3,54	3,54	5,89	<b>+4,71</b>
Melilla	3,54	5,90	5,90	4,72	<b>+1,18</b>
<b>Total España</b>	<b>8,07</b>	<b>8,03</b>	<b>8,19</b>	<b>8,57</b>	<b>+0,50</b>

Según reportes más recientes, la ratio de psiquiatras por cada 100.000 habitantes en el total del territorio nacional aumentó desde 7,8 en el año 2010 hasta 9,8 en el año 2019. Las Comunidades Autónomas con mayor ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes en 2019 fueron País Vasco (12,9), Cataluña (12,5) y Asturias (12,0), mientras que las Comunidades Autónomas con menor ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes en 2019 fueron Murcia (5,2), Extremadura (5,5), Comunidad Valenciana (6,0).

De manera interesante, cabe destacar que la asistencia de la salud mental está actualmente cubierta tanto por profesionales de la psiquiatría como por profesionales de los siguientes ámbitos que realizan actividades de salud mental: psicología clínica, psicología general sanitaria, farmacia especializada, enfermería especializada en salud mental, terapia ocupacional (listado no extensivo). Sin embargo, actualmente no hay información oficial en los registros sanitarios de las Comunidades Autónomas sobre la dotación de profesionales de estas áreas. De la misma manera, no se dispone de información comparativa entre el medio rural y el urbano, si bien esta perspectiva puede tener gran interés para proporcionar una visión más detallada de la realidad.

Además de lo estipulado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, existen prestaciones específicas recogidas en las carteras de servicios complementarias de las Comunidades Autónomas, aprobadas y financiadas por las mismas. Las carteras de servicios complementarias permiten incorporar a las Comunidades Autónomas en sus servicios una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Cada gobierno debe establecer los recursos adicionales necesarios propios de su región ya que estos servicios complementarios no están incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Aun así, los servicios complementarios deben reunir los mismos requisitos establecidos para la inclusión en la cartera de servicios comunes. En este contexto, han sido numerosas las iniciativas surgidas a nivel autonómico que han propiciado avances e innovación en la atención a la salud mental en España. Los registros de datos, vigilancia epidemiológica y creación de sistemas de información en salud mental son los principales ejes donde se destinan estos recursos en las diferentes Comunidades Autónomas.

### **2.3. Modelos de colaboraciones público-privadas en España: necesidades detectadas no resueltas por el servicio público de salud y modalidades de respuesta.**

El último informe Health at a Glance (6), que la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) y la Comisión Europea emitieron antes de la crisis de la COVID-19, estimaba ya que el coste total de los problemas de salud mental en nuestro país ascendía a más de 45.000 millones de euros (un 4,2 % del PIB), incluyendo gasto directo en asistencia sanitaria, programas de seguridad social y gastos indirectos relacionados con absentismo y disminución de la productividad laboral. Para poner en contexto esta cifra, cabe señalar que, también previamente a la pandemia, el gasto público total en sanidad de España se situaba en aproximadamente 81.600 millones de euros (un 6,6 % del PIB).



## La red de farmacias en el contexto de los servicios de asistencia a la salud mental en España

Los modelos colaborativos entre profesionales de diferentes disciplinas son una alternativa válida y eficiente para mejorar las condiciones de la prestación de servicios en salud mental. Un claro ejemplo son las iniciativas de la red de farmacias que hacen foco especialmente sobre los problemas de salud mental de sus usuarios tanto en el ámbito comunitario como el hospitalario. El profesional farmacéutico tiene un rol activo en la identificación de problemas relacionados con la salud mental tanto antes, como durante y después de la asistencia hospitalaria o de la atención primaria. Como profesional sanitario en contacto diario con los pacientes, su rol es fundamental para ayudar en aspectos tales como identificar signos y síntomas que requieran de derivación al médico de atención primaria, optimizar el uso de los medicamentos, incluyendo el uso responsable y la mejora de la adherencia terapéutica, y ofrecer consejo y educación sanitaria para mejorar determinados aspectos cotidianos (alimentación, ejercicio físico, medidas higiénicas, etc.). Además, por su cercanía, en muchas ocasiones el farmacéutico se convierte en un profesional sanitario que presta apoyo emocional al paciente. Si bien estas funciones están ampliamente reconocidas tanto a nivel de los profesionales como de la ciudadanía, resulta imprescindible avanzar en la generación de evidencia que permita hacer una interpretación adecuada del impacto real de estas acciones y una gestión más eficiente de los recursos disponibles (10-11) En este sentido, España se encuentra en una buena posición para implementar estrategias ambiciosas que incluyan áreas profesionales complementarias con un objetivo común.

Sin embargo, en los últimos dos años, existe evidencia de que la enfermedad mental está aumentando su incidencia tanto en nuestro país como a nivel global y, por consiguiente, también lo hace el gasto que supone (7). Según datos proporcionados por la OMS, el porcentaje del gasto total en sanidad que se destina a la salud mental en España se situaba en un 5 % en 2013. Más recientemente, cifras del Ministerio de Sanidad relativas al año 2017 reflejan que el porcentaje de gasto en atención especializada en salud mental se sitúa en un 3,7 % sobre el total del gasto en atención sanitaria especializada. Si bien estas cifras no son directamente comparables entre sí, no se puede decir que entre 2013 y 2017 haya existido un aumento de la inversión en salud mental, al menos en términos relativos.

Este contexto pone en evidencia la necesidad de encontrar modelos más sostenibles de la asistencia a la salud mental en España que permitan aumentar los recursos disponibles a lo largo del tiempo, de tal manera que pueda dar respuesta a una demanda de asistencia que se prevé aumente de manera continuada en los próximos años. La organización descentralizada de la gestión de la salud en España otorga autonomía que habilita colaboraciones público-privadas plausibles para dar respuesta a esta demanda. Es clave, sin embargo, que estas fórmulas resulten beneficiosas para la ciudadanía y para las empresas, al tiempo que las Comunidades Autónomas mantienen el control jurídico y económico sobre la asistencia a la salud de sus poblaciones. Existen múltiples modelos de iniciativas de colaboración público-privada en el ámbito sanitario, aunque su efectividad



está en duda debido a la falta de evidencia sistemática e independiente sobre sus resultados (8). No es posible por lo tanto hacer una recomendación específica acerca de un modelo con efectividad probada. Por otro lado, esta recomendación sería solo parcialmente aplicable a cada Comunidad Autónoma y por lo tanto requeriría una revisión antes de su implementación local. Sin embargo, sí se cree necesario incluir algunas consideraciones para tener en cuenta a la hora de reflexionar sobre la utilidad y limitaciones de este tipo de colaboraciones en el ámbito de la salud mental de España.

Debido tanto al impacto que el rápido progreso científico ha tenido en la diversificación de las opciones de asistencia a la salud mental en los últimos años, como al pico de visibilidad y jerarquización que este ámbito de la salud ha adquirido a raíz de la crisis de la pandemia de la COVID-19, es esperable un incremento del interés del sector privado en la prestación de servicios de asistencia a la salud mental. Además, la altísima prevalencia poblacional y los altos costes asociados al tratamiento hacen inverosímil un modelo completamente público de la asistencia a la salud mental. Sin embargo, y en contraste con esta tendencia, existe una clara relación entre desigualdades socioeconómicas y salud mental (para más información sobre esta relación, ver el Informe dentro de esta serie correspondiente a la dimensión y especificidad del problema). Esto último implica que las personas en situación de riesgo socioeconómico tienen también un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental. Por lo tanto, la privatización de la prestación de servicios en el ámbito de la salud mental, en lugar de solucionar el problema de la asistencia, provocaría un aumento de las desigualdades en la población. En este sentido, resulta fundamental encontrar opciones de respuestas que permitan hacer frente al desafío del aumento de la prevalencia de los problemas de salud mental de una manera sostenible, al tiempo que se protegen las necesidades de los grupos más vulnerables que, por otro lado, son los grupos con el mayor riesgo de padecer estos problemas.

Un ejemplo de ello son las prestaciones de servicios de la salud mental en el grupo de adultos mayores. Estudios demográficos a nivel mundial anticipan que la proporción de adultos mayores de 60 años aumentará en los próximos años, pasando del 12 % mundial actual al 22 % en el año 2050.

Sin embargo, en España las cifras son aún mayores. Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que en 2022 el porcentaje de personas mayores se sitúa en un 20,1 % con previsiones de aumento en las próximas décadas. Este grupo de edad es particularmente vulnerable a problemas de salud en general, incluida la salud mental que puede manifestarse tanto en síntomas de tipo afectivo (mayoritariamente depresión) como de tipo neurológico. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, se estima que cerca del 15 % de los adultos mayores de 60 años sufren algún problema de la salud mental (9). Sin embargo, el sistema actual de servicios de salud en España no está preparado para atender a estas necesidades específicas. El acceso a especialistas en los ámbitos de la psiquiatría y la psicología centrada en adultos mayores (gerontopsiquiatría, gerontopsicología) es aún muy limitado debido a la escasez de recursos destinados a esta especialización. Este escenario deja un amplio margen para el desarrollo del ámbito privado, aumentando la desigualdad. Cabe destacar que, desde la perspectiva de la salud pública, este aumento de desigualdad a su vez



genera mayor prevalencia de los problemas de salud mental. Por lo tanto, es recomendable incluir este coste en las estimaciones de la eficacia en los modelos de colaboración público-privados.

## 2.4. Conclusiones y recomendaciones

La salud mental en España ha estado tradicionalmente caracterizada por una escasa definición de necesidades, prioridades y respuestas que ha marcado una prestación de servicios de salud mental históricamente sujeta a una carencia de recursos destinados tanto a la dimensión de políticas públicas (estrategias, funcionamiento, sistemas) como de profesionales y centros responsables de su implementación (masa crítica, colaboraciones). El gran impacto que la pandemia de la COVID-19 ha tenido en la salud mental de la población ha promovido que en los años 2021-2022 se actualice el interés social y político sobre los problemas de la salud mental. Sin embargo, parece evidente que aún persiste una falta de consenso sobre la definición de prioridades que tiene importantes consecuencias en la toma de decisiones y refuerza los obstáculos encontrados tanto a nivel presupuestario como de gestión de estos recursos. Existen grandes diferencias entre las Comunidades Autónomas que corren el riesgo de estancarse a falta de un reconocimiento activo y generalizado de la relevancia de la salud mental dentro del sistema nacional de salud.

## Referencias

1. Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2007). Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica.  
[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ES\\_TRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ES_TRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
2. World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report)* Geneva: World Health Organization.
3. Ministerio de Sanidad de España (2022). Estrategia Nacional de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Secretaría General Técnica.  
[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio\\_Sanidad\\_Estrategia\\_Salud\\_Mental\\_SNS\\_2022\\_2026.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf)
4. Gobierno de España (2006) Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2006/09/15/1030/con>
5. Ministerio de Sanidad (2022). Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Hospitales y Centros sin Internamiento. Año 2020. Madrid: Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Información Sanitaria. Secretaria General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS.



6. OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
7. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (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. *Lancet Psychiatry*. Feb;9(2):137-150. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00395-3.
8. Parker, L. A., Zaragoza, G. A., & Hernández-Aguado, I. (2019). Promoting population health with public-private partnerships: Where's the evidence?. *BMC public health*, 19(1), 1438. [doi.org/10.1186/s12889-019-7765-2](https://doi.org/10.1186/s12889-019-7765-2)
9. Organización Mundial de la Salud (2017). La salud mental y los adultos mayores. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
10. El-den S, Collins JC, Chen TF, O'Reilly CL. (2021) Pharmacists' roles in mental healthcare: Past, present and future. *Pharmacy Practice*, Jul-Sep;19(3):2545.
11. Alves da Costa F, Stewart D. (2021) Universal health coverage for mental health: the contribution of clinical pharmacists. *Int J Clin Pharm*. Oct;43(5):1153-1154. doi: 10.1007/s11096-021-01319-x.

**Nota:** Los datos relativos a las estimaciones poblacionales de salud y asistencia sanitaria fueron obtenidos a través del Banco de Datos del Ministerio de Sanidad, específicamente los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España y Estadísticas de Centros Sanitarios. Los datos están disponibles para consulta en la web de estadísticas poblacionales del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm> y <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Los datos actualizados al año 2022 se extrajeron del Catálogo de Centros de Atención Primaria del Servicio Nacional de Salud y de Atención Urgente Extrahospitalaria que pueden consultarse en

<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/centrosSalud/home.htm>, y del Catálogo Nacional de Hospitales: [https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH_2022.pdf)



## 3. Dimensión y especificidad del problema de la salud mental en España

### 3.1. Introducción: Las enfermedades mentales en el grupo de enfermedades no transmisibles. Descripción de la carga de la enfermedad a nivel global

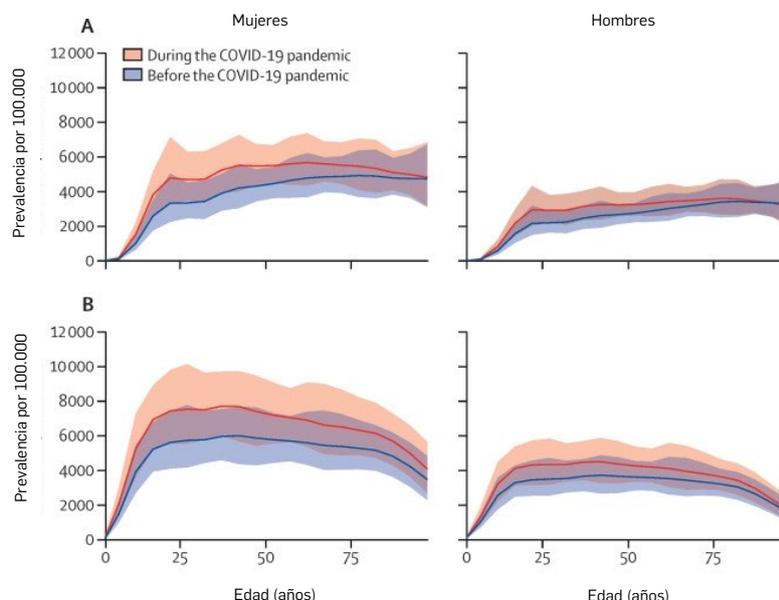
Históricamente invisibilizada, por mucho tiempo la salud mental estuvo aislada respecto a la medicina del “cuerpo”, en el dominio del hospital psiquiátrico donde las alteraciones de la salud mental se mezclaban con la indigencia y con la criminalidad general (1). Solo en el inicio del siglo XX la salud mental empieza a integrar la visión de la salud pública, entonces aún muy enfocada en las enfermedades infecciosas. En 1920, un comentario editorial del *American Journal of Public Health* ya llamaba la atención sobre la carga asociada a las enfermedades mentales, que ocupaba tantas camas en los hospitales psiquiátricos como las de todas las enfermedades combinadas en los hospitales generales (2-3). Hoy en día, aunque continúa siendo objeto de estigma e invisibilización política y social, la importancia de los problemas de la salud mental, en la carga global atribuible a todos los problemas de salud, está bien estudiada y reportada como una de las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad (*disability-adjusted life years* – DALYs). Dado que comparten características de enfermedad crónica y factores de riesgo comunes a enfermedades como el cáncer, los trastornos cardiovasculares y respiratorios, y la diabetes, a las alteraciones de la salud mental se las ubica junto con las enfermedades neurológicas dentro del grupo de enfermedades no transmisibles (ENT). Esta caracterización ha permitido avanzar más rápidamente en aspectos clave, tanto del tratamiento de los problemas más graves, como de la investigación de sus facetas psicosociales y neurobiológicas.

Aun así, y a diferencia de otras áreas de salud, el concepto de salud mental implica otros problemas asociados que no entran en el rango de la enfermedad y, por lo tanto, en estos casos, el tratamiento médico no es la respuesta más adecuada. Por ejemplo, distintas etapas del ciclo vital pueden conllevar cambios conductuales o identitarios que pueden causar problemas comunes y sin consecuencias graves, que no requieren una asistencia especializada desde una perspectiva médica. Por esta razón, en contra de la caracterización de la salud mental como enfermedad no transmisible, en estos casos resulta más adecuado utilizar términos como problemas de la salud mental. El límite entre los denominados problemas de la salud mental y las enfermedades mentales, sin embargo, no es claro, como tampoco cuáles son las acciones recomendadas para tomar las decisiones respecto de la necesidad o no de un tratamiento especializado. Esto continúa siendo uno de los mayores desafíos de la salud mental actual. Relacionado con esta falta de definición, existe una gran variabilidad entre los sistemas de recogida de datos de salud mental (basados en diferentes escalas, criterios clínicos, datos de consumo de medicamentos) que limitan la interpretación de datos comparados.



El estudio *Global Burden of Disease* utiliza medidas estandarizadas entre regiones que homogeneiza criterios y permite sacar conclusiones sólidas. Los datos del último informe muestran que el número global de DALYs atribuibles a las enfermedades de la salud mental aumentó de 80 millones a más de 125 millones entre los años 1990 y 2019. La comparación con la carga relativa respecto a otras enfermedades también continúa al alza: la proporción de DALYs atribuible a las enfermedades de la salud mental respecto del global de todas las enfermedades aumentó de 3,1 % a 4,9 % en el mismo período. A pesar de los esfuerzos en prevención y tratamiento, las enfermedades que afectan a la salud mental han permanecido entre las diez principales causas de carga de enfermedad en todo el mundo en los últimos veinte años (4).

El mismo estudio muestra que la depresión fue la séptima causa de pérdida de DALYs en España en 2019, con un aumento de más de 10 % en relación al 2009 (5). Se estima que, por año, representa una pérdida de 470 mil DALYs. La enfermedad de Alzheimer ocupa el octavo lugar. En comparación con otros países con similares características, en España la depresión destaca como la principal causa de morbilidad y mortalidad combinadas, delante de la lumbalgia y de la enfermedad cardíaca isquémica. Respecto a la clasificación de causas de pérdidas de DALY por enfermedades no transmisibles en España, se verifica que en 2019 la depresión ocupaba el sexto lugar, y la ansiedad la posición 14<sup>º</sup>. Sin embargo, si se limitan los resultados al grupo de edad entre los 15 y 24 años, la ansiedad y el trastorno depresivo mayor, respectivamente, ocupan el primer y segundo lugar. La depresión escaló desde el quinto al segundo lugar en la clasificación en tan solo 10 años. Aunque, como veremos más adelante, la población adulta concentra gran parte de la prevalencia de enfermedad mental en España, estos son datos que nos alertan sobre la necesidad de intervenir en las edades más jóvenes.



Prevalencia global por 100.000 habitantes y edad de depresión mayor (panel A) y trastornos de ansiedad (Panel B) desagregadas por mujeres (izquierda) y hombres (derecha).

Fuente: Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, et al. *The Lancet*. 2021;398(10312):1700-1712.



### 3.2. Descripción de la prevalencia de las enfermedades mentales en España. Prevalencia según comunidades autónomas, edad y sexo

Los problemas de salud mental representan históricamente una carga significativa de morbilidad y mortalidad combinadas. A partir del año 2020 y como consecuencia de la pandemia de la COVID-19, la salud mental se ha visto aún más afectada en todo el mundo, incluida España. Se estima que en los países con renta alta la prevalencia de depresión ha aumentado el 27,1 % y de ansiedad el 25,2 % (6). España se encuentra entre los países europeos donde el aumento ha sido más marcado. En estos estudios se ha verificado también una variabilidad en las dinámicas de las prevalencias de ansiedad y depresión relacionadas con el género y la edad. El aumento relativo durante la pandemia en el grupo de los 25 a los 50 años de edad, frente a los restantes grupos, es de remarcar por su importancia en el impacto en la población activa y en la necesidad, en este sentido, de políticas públicas dirigidas a este grupo poblacional.

En España, según datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (7), el consumo de ansiolíticos sedantes e hipnóticos subió en 2020 a 91 dosis diarias por cada 1.000 habitantes, lo que supone un incremento del 4,5 % con respecto al año anterior y de casi el 10 % con respecto a hace una década. Ahora bien, para explorar la salud mental en relación a características sociodemográficas y económicas, utilizamos los datos más actualizados sobre la epidemiología de las enfermedades mentales en España, provenientes del informe de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP, del Sistema Nacional de Salud (8). El informe de salud mental fue publicado en el año 2021, aunque se recogen datos relativos al año 2017. Según este informe, hasta un 30,2 % de las mujeres españolas presentan algún problema de salud mental, mientras que la prevalencia para los hombres es del 24,4 %. El trastorno de ansiedad es el problema de salud mental más frecuente en el territorio español, afectando al 6,7 % de la población - 8,8 % mujeres y 4,5 % hombres - y se mantiene estable a lo largo de los grupos etarios. El trastorno depresivo es el segundo más frecuente: se presenta en el 4,1 % de la población - 5,9 % mujeres y 2,3 % hombres - y crece progresivamente hasta los 75 años, donde afecta al 12 % de las mujeres y al 5 % de los hombres. Estos datos son semejantes a los reflejados en la Encuesta Europea de Salud para España (9)

Los pensamientos y conductas suicidas son uno de los problemas de salud mental que mayor atención política y social han promovido en los últimos años, en comparación con otros, aunque las tasas de suicidio son más bajas que las de depresión u otras enfermedades. Esta mayor atención probablemente se deba al riesgo directo de mortalidad implicado en los pensamientos suicidas, riesgo que no se asocia a otras enfermedades mentales. Un estudio reciente llamó la atención sobre el incremento de las muertes por suicidio a partir de mayo de 2020, coincidente con la crisis de la COVID-19. Concretamente, 3.941 personas murieron por suicidio en España en 2020 (10). España cuenta con una red nacional que permite hacer un mejor seguimiento de este problema entre personas que han tenido alguna vez un intento de suicidio, y en el último año se ha comenzado a implementar un programa de atención en la población general que integra la identificación temprana con la red de servicios de salud de las Comunidades Autónomas.



La dependencia a alcohol y las drogas se encuentran también entre los problemas más frecuentes de salud mental, afectando a más del 4 % de la población española según las mismas fuentes. Según el informe más reciente del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), la edad media de inicio en el consumo de drogas legales (alcohol, tabaco, hipnosedantes) se sitúa entre los 14 y los 15,6 años y las prevalencias aumentan con la edad. En 2020 se registraron más de 38 mil admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de drogas ilegales, una reducción del 19 % respecto de 2019 probablemente relacionada con las restricciones de la pandemia (11). El mismo informe destaca que el 95,1 % de las personas menores de edad que buscan tratamiento lo hacen por problemas asociados al consumo de cannabis, lo que pone sobre la mesa la discusión acerca de la accesibilidad de esta sustancia y sus efectos en la salud mental de la población joven. También en 2020, se registraron 974 muertes por reacción aguda a sustancias psicoactivas, de las cuales 77,4 % fueron hombres. La edad media de las personas fallecidas por estas causas fue de 45,5 años. El 26,1 % mostraron evidencias de suicidio, siendo en este caso el porcentaje mayor entre las mujeres.

Cuando se consideran los síntomas, las alteraciones del sueño son el problema asociado a salud mental más frecuente en España, afectando al 5,4 % de la población. Este es un síntoma que, aunque pueda surgir en edad pediátrica y en la adolescencia, crece en frecuencia entre los 45-84 años. Transversales a muchos problemas de salud mental, las alteraciones del sueño representan una gran carga de morbilidad, incluso incrementando el riesgo de otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares (12-13). Además, como veremos más adelante, es también importante para la comprensión del consumo de psicofármacos entre la población.

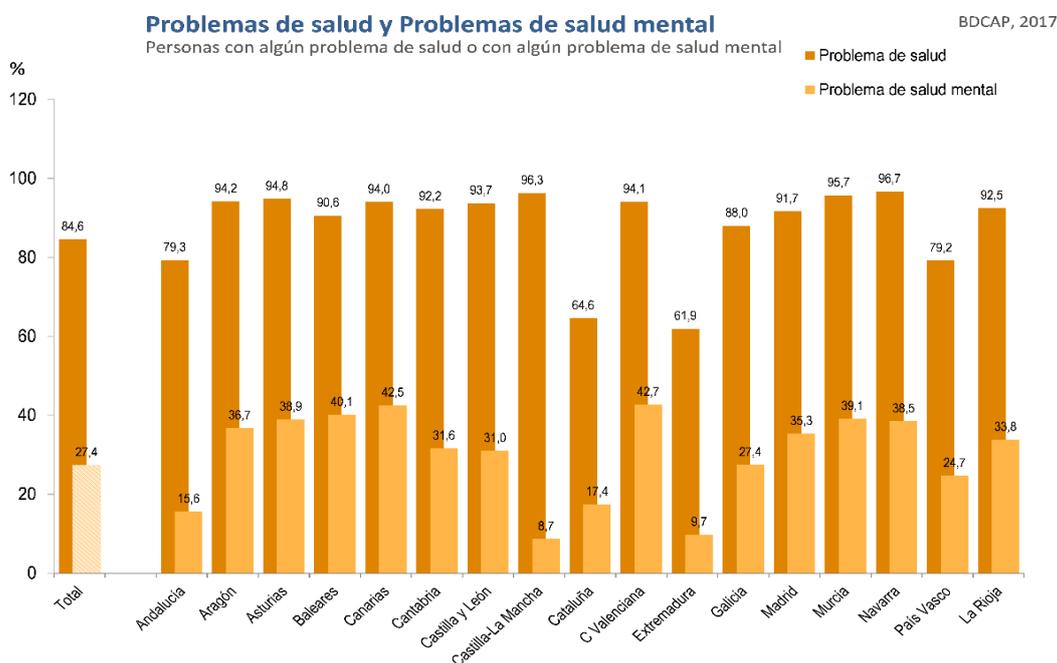
### Los costes económicos asociados a salud mental en España

Datos recientes sobre los costes asociados a la salud mental en España permiten tener una idea más completa de la dimensión de este problema desde la perspectiva social (Vieta et al, 2021). Solo para los trastornos depresivos, la estimación del coste social (incluyendo bajas laborales temporales y permanentes) es de 6.145 millones de euros. De estos, solo el 17,1 % correspondería al coste directo de la depresión, lo que representa un 1,1 % del total del gasto nacional en atención médica. A nivel internacional, ya en 2018 el estudio *Health at a Glance* estimó que el coste asociado a los problemas de salud mental superaba el 4 % del producto interior bruto en 28 países europeos, lo que equivale a 600.000 millones de euros. Este total se desglosa en gastos de los sistemas sanitarios, seguridad social, y costes indirectos relacionados con el impacto en el mercado laboral, ya sea por menor nivel de empleo o por menor productividad. Estas estimaciones no incluyen gastos más difíciles de calcular, como los generados por asistencia social o los mayores costes de tratar otras enfermedades si la persona sufre, además, un problema de la salud mental.



Los restantes problemas de salud mental tienen prevalencias más bajas, afectando en total al 1 % de la población española. La anorexia nerviosa, por ejemplo, afecta al 2,9 ‰ de las mujeres y al 0,4 ‰ de los hombres. Aquí, las mayores prevalencias se alcanzan en mujeres entre los 20 y 30 años y en hombres entre los 15 y los 25 años. Por su lado, en el espectro psicótico, las psicosis afectivas afectan más a mujeres, con prevalencias del 9,6 ‰ en mujeres y del 4,8 ‰ en hombres, y la esquizofrenia afecta más a hombres, un 4,5 ‰ de hombres la padecen, frente al 2,9 ‰ de mujeres. Sin embargo, después de un pico de prevalencia entre los 40 y los 65 años, la esquizofrenia se vuelve más prevalente en las mujeres hasta el final de la vida.

A nivel de su distribución geográfica, la prevalencia de problemas de salud mental encuentra grandes disparidades. Tres Comunidades Autónomas presentan prevalencias superiores al 40 % de la población - Baleares (40,1 %), Canarias (42,5 %), y Comunidad Valenciana (42,7 %). Por otro lado, dos presentan cifras por debajo del 20 % - Andalucía (15,6 %) y Cataluña (17,4 %) - y otras dos incluso por debajo del 10 % - Castilla-La Mancha (8,7 %) y Extremadura (9,7 %). Estos son datos que tendrán que ser interpretados a la luz de la calidad del registro y del acceso a la atención sanitaria, especialmente si miramos la composición etaria de cada región. Sin embargo, la asociación positiva entre tamaño de municipio de residencia y algunos problemas de salud mental como la depresión pueden ayudar a explicar parte de estas disparidades.



Fuente: Subdirección General de Información Sanitaria. 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. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.



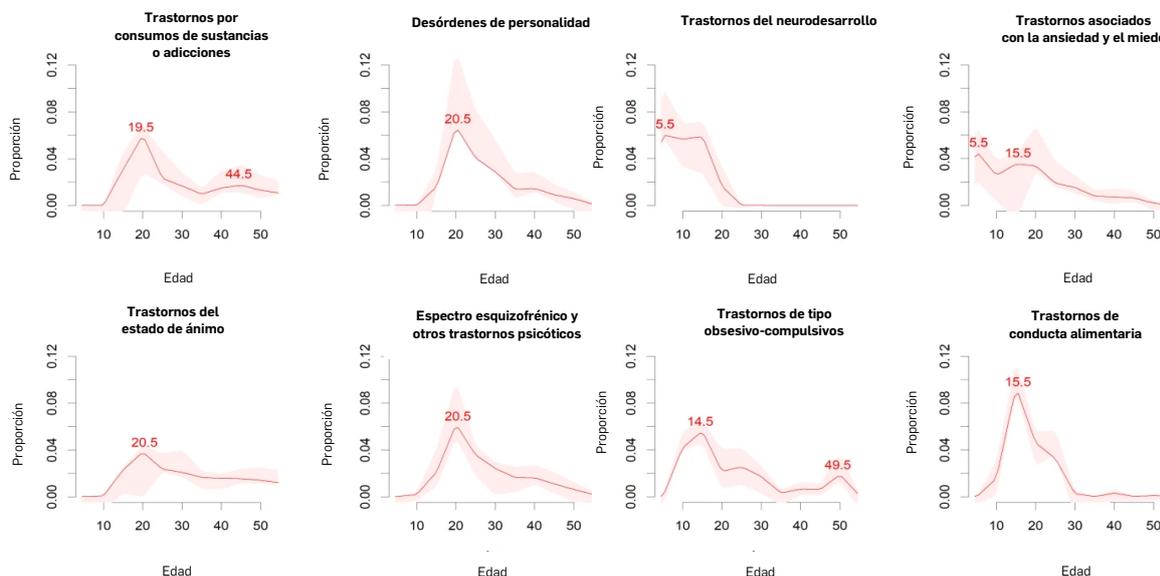
En lo relativo a la distribución etaria, verificamos que, como indica la literatura internacional sobre el tema, en España también existe una progresión constante de la prevalencia de los problemas de salud mental que avanza con la edad. Si hasta los 14 años se observa una prevalencia de 10,9 %, después de los 65 años escala hasta el 40,3 %. La prevalencia entre los 15 y 34 años se ubica alrededor del 19 %, y entre los 35 y los 64 años alrededor del 31 %. Como vimos anteriormente, esta es una tendencia que es distinta entre enfermedades (depresión, esquizofrenia), y tiene dinámicas que no siempre son lineales, ni constantes entre hombres y mujeres.

Resulta relevante atender, no solo a los picos de prevalencia, sino también a los de incidencia. Los síntomas asociados a las enfermedades mentales presentan unas tasas de respuesta a tratamiento relativamente bajas (ver en Informe relativo al tratamiento en esta serie), por lo que es posible que la progresión hacia altas prevalencias en etapas más avanzadas de la vida responda a la larga duración de los síntomas que se inician en la juventud. Los datos de estudios internacionales indican un pico de incidencia que se localiza más comúnmente entre los 15 y los 25 años, con picos secundarios de interés después de los 40 años. Destacan un segundo pico de incidencia de los trastornos psicóticos a los 40 años de edad, del trastorno obsesivo-compulsivo a los 49,5 años y de la ansiedad entre los 40 y los 50 años (14). La prevención secundaria - esto es, el diagnóstico precoz - es fundamental en estos casos para que la enfermedad se pueda manejar mejor desde el punto de vista clínico y social, y el pronóstico sea más favorable.

Cabe también mencionar la prevalencia de las demencias, que afecta al 3,2 % de la población española (3,9 % mujeres, 2,2 % hombres), pero en mayores de 75 años las cifras llegan al 7,2 %. El impacto de estas enfermedades en la salud mental es directo. Por razones fisiopatológicas y psicológicas, en la mayoría de los casos la demencia cursa con síntomas depresivos, de ansiedad o incluso psicóticos. El síntoma más común es la apatía, que se estima que afecta al 50 % de los pacientes con demencia (15). El diagnóstico suele implicar también la prescripción de psicofármacos, con estudios apuntando que el 25 % de estos pacientes utilizan al menos 2 psicofármacos distintos. En España, los pacientes diagnosticados con demencia utilizaron, en 2017, 376,2 DHD (Dosis diaria definida -DDD- por cada 1.000 habitantes y día) de fármacos antidemencia y 57,17 DHD de antipsicóticos.

En este punto es relevante recordar que no solo las demencias suponen un riesgo incrementado para los problemas de salud mental en la población, sino que los problemas de salud mental pueden desembocar en enfermedades neurológicas, incluida la demencia. Por lo tanto, una buena gestión de la salud mental de la población puede ser también una estrategia acertada para reducir la prevalencia de demencias en el futuro (16).





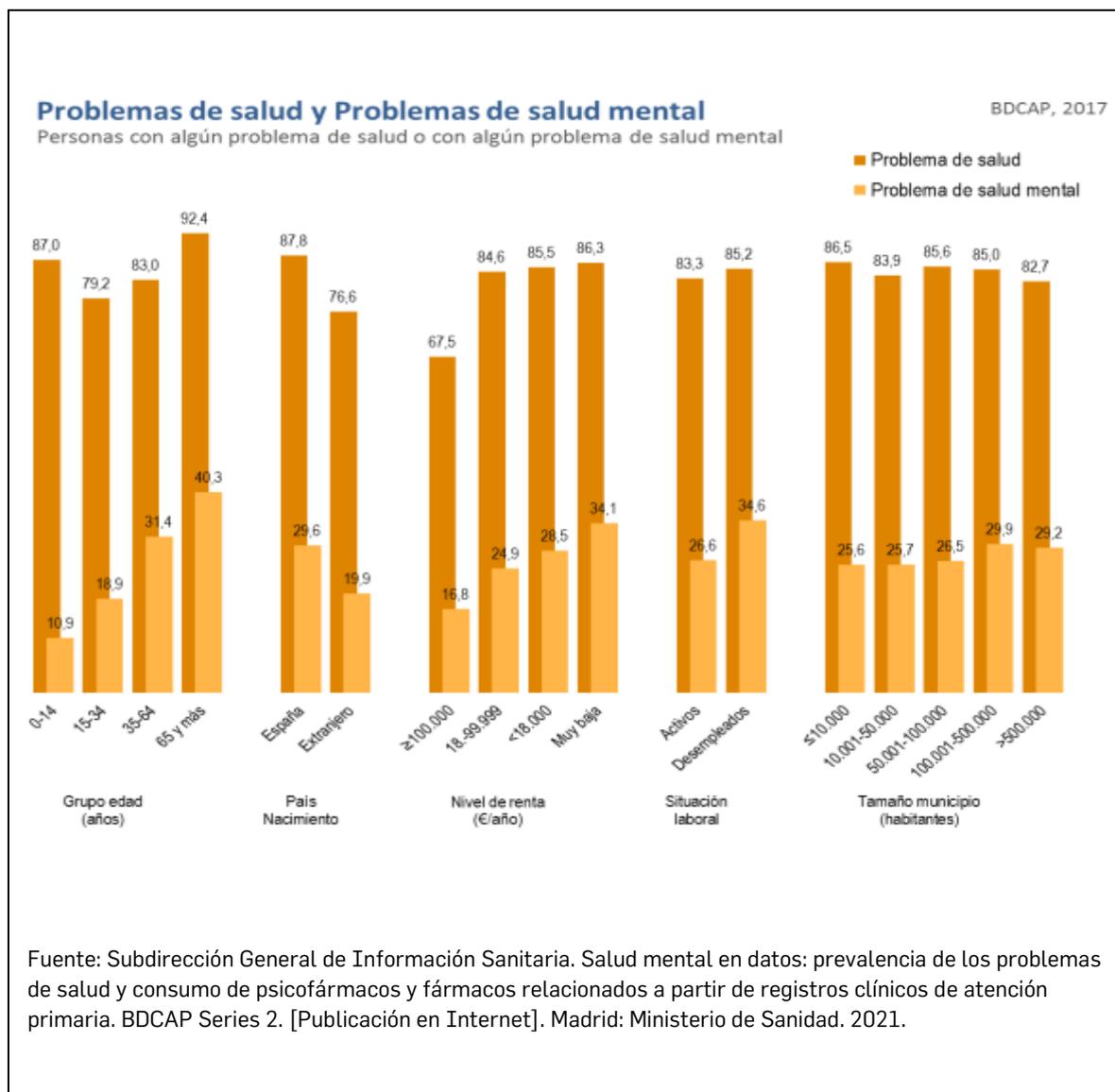
Resultados del metaanálisis sobre la edad de inicio de diagnóstico de enfermedad mental. Se muestra la proporción epidemiológica meta-analítica en el eje vertical y la edad de inicio en el eje horizontal. La línea indica edad máxima de inicio con intervalo de confianza al 95 % indicado en sombra rosa. Los diagnósticos estudiados fueron, de izquierda a derecha: (línea superior) trastornos debido al uso de sustancias o comportamiento adictivo, trastornos de la personalidad, trastornos del neurodesarrollo, trastornos de ansiedad o asociados al comportamiento de miedo, (línea inferior) trastornos del estado de ánimo, trastornos del espectro esquizofrénico y otros psicóticos, trastornos del tipo obsesivo-compulsivo, trastornos de la conducta alimentaria.

*Fuente: Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. Mol Psychiatry. 2022;27(1):281-295.*

### 3.3. Identificación y descripción de grupos vulnerables en el territorio español

El mencionado informe de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP, del Sistema Nacional de Salud (8) proporciona también datos respecto de los grupos más vulnerables para sufrir problemas de salud mental. Estos grupos merecen una atención especial por parte de los profesionales de salud y deben ser tenidos en particular consideración dentro del diseño de las políticas públicas en este ámbito.

Los grupos vulnerables estudiados en este informe fueron: población inmigrante (respecto a nativos españoles), personas desempleadas, hogares con niveles de renta relativamente más bajos dentro de la población de referencia, y salud mental en relación al tamaño del municipio, medido por número de habitantes. Una vez más, los resultados deben interpretarse teniendo en cuenta que la información presentada proviene de datos de la atención primaria y por lo tanto no debe subestimarse el posible sesgo de selección en poblaciones con menos acceso a la atención sanitaria.



Esto debe tenerse en cuenta especialmente en el caso de los resultados para el grupo de población inmigrante, que indican menor prevalencia de problemas de salud mental respecto a la población nativa. La migración es un determinante de salud bien documentado y las diferentes condiciones en que la persona inmigrante atraviesa el proceso de adaptación al país de acogida pueden tener, todas ellas, un efecto en la salud mental. El impacto de la migración en sí misma puede estar condicionado por la eventual asimilación (cuando el migrante rechaza su cultura de origen para adaptarse al nuevo contexto), separación (cuando el migrante evita la cultura del país de acogida), integración (cuando el migrante mantiene su cultura de origen al mismo tiempo que interactúa con la cultura del país de acogida), o marginalización (cuando ni se mantiene la cultura de origen ni se interactúa con otras) (17). El riesgo de problemas de salud mental es aún mayor en migrantes con condición de refugiados (18).



Pero, además, las personas migrantes están sobrerrepresentadas en puestos de trabajo precarios, no cualificados, desempleo o trabajo irregular (19).

Dentro de los resultados esperados se encuentran las prevalencias relativamente más altas de problemas de salud mental en personas desempleadas o pertenecientes a hogares con menores niveles de renta, y ya hemos mencionado las diferencias respecto al género y edad. Las mujeres se encargan más frecuentemente que los hombres a las tareas de cuidado de menores y personas mayores, tanto a nivel doméstico y familiar como a nivel profesional, y existe evidencia de que las personas cuidadoras presentan mayor riesgo de tener problemas de salud mental que el resto de la población general. Además, existe una sobrerrepresentación de mujeres respecto de hombres entre el grupo de profesionales de la salud, profesión tradicionalmente relacionada a una mayor exposición al estrés laboral.

Cabe reconocer que antes del año 2021 la información disponible sobre datos poblacionales de salud mental en España era muy limitada. La pandemia de la COVID-19 ha generado un mayor interés tanto social como político en el estudio de la salud mental poblacional, y tenemos ahora datos que permiten visibilizar más claramente a los grupos vulnerables. Los estudios han aportado información sobre el riesgo aumentado de padecer problemas de salud mental en personas cuidadoras, aquellas ocupadas en trabajos no cualificados, personas con diagnóstico de COVID-19 (20) y profesionales sanitarios que trabajaron en primera línea de respuesta durante la primera ola de la pandemia, quienes presentaron frecuencias aumentadas de ansiedad, depresión e insomnio (21). Respecto a los grupos de edad, los resultados de las prevalencias de salud mental después de la pandemia sugieren una menor resiliencia en personas más jóvenes, en especial en menores de 42 años, respecto de personas con mayor edad. Factores como la incertidumbre con el futuro, la inseguridad laboral, y otras cuestiones sociales y comunitarias pueden estar implicadas en estos resultados. Entre los adultos más jóvenes, la Asociación Catalana contra la Anorexia y la Bulimia (ACAB) notificó un aumento del número de consultas relacionadas con trastornos de la conducta alimentaria por encima del 100 % según datos de la Generalitat de Catalunya. El grupo de adultos mayores, que tradicionalmente no ha sido reconocido como un grupo de particular riesgo para los problemas de salud mental, también presentó mayor frecuencia de estos problemas a raíz de la pandemia y en relación con el miedo al contagio, el aislamiento y la soledad. Esta nueva información es clave para documentar, en base a la evidencia, las políticas públicas en salud mental.

### 3.4. Conclusiones y recomendaciones

La salud mental es un aspecto clave de la salud poblacional y España no es una excepción. Las alteraciones de la salud mental, en especial cuando afectan el funcionamiento de las personas en su vida diaria, repercuten en una alta carga social y económica, no solo para los individuos y sus familias, sino también para la sociedad de manera conjunta. La evidencia apunta a que existen grupos vulnerables que deben ser tenidos en particular consideración en la agenda de la salud mental de España. Algunos de estos grupos, como aquellos que están expuestos a múltiples factores de riesgo, deben ser priorizados.



Se requieren más y mejores modelos de evaluación y monitorización de la dimensión de los problemas de la salud mental en el territorio español, que habilitarán una mirada más clara y profunda de la realidad de la salud mental de la población española, sus necesidades específicas respecto a otros países, y las características de cada Comunidad Autónoma.

La atención a la salud mental de las personas vulnerables puede estar limitada por los obstáculos en el acceso al sistema sociosanitario debido a la propia condición de vulnerabilidad. Es en estos casos donde son más necesarias las estrategias colaborativas entre áreas de salud comunitaria y hospitalaria. La regionalización de la atención especializada puede promover el uso de herramientas más eficientes en términos de vigilancia y modelos predictivos de riesgo. La pandemia por la COVID-19 ha tenido una clara influencia en la prevalencia de la depresión, de la ansiedad, y otros problemas de salud mental en la población, y a día de hoy, nos encontramos con las tasas históricamente más altas de las que se tienen registro. Por otro lado, la gravedad y urgencia de la situación actual ha promovido un aumento en la calidad y número de datos disponibles, que permite tener una visión más amplia de las dinámicas de las prevalencias según grupos de riesgo. Esta nueva información permite hacer un análisis más preciso de las prioridades y previsiblemente ayudará a mejorar el panorama actual de la salud mental en España.

## Referencias

1. Michel Foucault (206). *Historia de La Locura En La Época Clásica*. S.L. Fondo de Cultura Económica de España.
2. MAN'S LAST SPECTER—MENTAL DISEASE (1928). *Am J Public Health Nations Health*, 18(7):902-904.
3. Williams CL, Westermeyer J. (1985). Public health aspects of mental health: the last 75 years of the American Journal of Public Health. *Am J Public Health*, 75(7):722-726.
4. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (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(2), 137-150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
5. GDB 2019 Diseases and Injuries Collaborators (2020) Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258):1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9
6. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, et al. (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*, 398(10312):1700-1712. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7
7. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Observatorio de uso de medicamentos. Disponible en <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/> Consultado Nov. 2022.



8. Ministerio de Sanidad de España. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>. Consultado Nov. 2022.
9. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175). Consultado Nov. 2022.
10. de la Torre-Luque, A., Pemau, A., Perez-Sola, V., & Ayuso-Mateos, J. L. (2022). Mortalidad por suicidio en España en 2020: el impacto de la pandemia por COVID-19. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 10.1016/j.rpsm.2022.01.003. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2022.01.003>
11. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Estadísticas 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 213 p.
12. Laksono S, Yanni M, Iqbal M, Prawara AS. (2022) Abnormal Sleep Duration as Predictor for Cardiovascular Diseases: A Systematic Review of Prospective Studies. *Sleep Disord*. 9969107. doi:10.1155/2022/9969107
13. Sá Gomes E Farias AV, de Lima Cavalcanti MP, de Passos Junior MA, Vechio Koike BD. (2022) The association between sleep deprivation and arterial pressure variations: a systematic literature review. *Sleep Med X*. 4:100042. doi:10.1016/j.sleepx.2022.100042
14. Solmi M, Radua J, Olivola M, et al. (2022) Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*, 27(1):281-295. doi:10.1038/s41380-021-01161-7
15. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, et al. (2009) Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry J Ment Sci*, 194(3):212-219. doi:10.1192/bjp.bp.108.049619
16. Richmond-Rakerd LS, D'Souza S, Milne BJ, Caspi A, Moffitt TE. (2022) Longitudinal Associations of Mental Disorders With Dementia: 30-Year Analysis of 1.7 Million New Zealand Citizens. *JAMA Psychiatry*, 79(4):333-340. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.4377
17. JW Berry. (2007) Acculturation and identity. In: *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge University Press, 169-178.
18. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, et al. (2020) The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLOS Med*, 17(9):e1003337. doi:10.1371/journal.pmed.1003337
19. Arici C, Ronda-Pérez E, Tamhid T, Absekava K, Porru S. (2019) Occupational Health and Safety of Immigrant Workers in Italy and Spain: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, 16(22):E4416. doi:10.3390/ijerph16224416



20. Goldberg, X., Castaño-Vinyals, G., Espinosa, A., Carreras, A., Liutsko, L., Sicuri, E., Foraster, M., O'Callaghan-Gordo, C., Dadvand, P., Moncunill, G., Dobaño, C., Cortés, B., Pleguezuelos, V., Straif, K., Garcia-Aymerich, J., de Cid, R., Cardis, E., & Kogevinas, M. (2022). Mental health and COVID-19 in a general population cohort in Spain (COVICAT study). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1–12. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02303-0>
21. Farrés J, Ruiz JL, Mas JM, et al. (2021) Identification of the most vulnerable populations in the psychosocial sphere: a cross-sectional study conducted in Catalonia during the strict lockdown imposed against the COVID-19 pandemic. *BMJ Open*, 11(11):e052140. doi:10.1136/bmjopen-2021-052140
22. Vieta E, Alonso J, Pérez-Sola V, et al. (2021) Epidemiology and costs of depressive disorder in Spain: the EPICO study. *Eur Neuropsychopharmacol*, 50:93-103. doi:10.1016/j.euroneuro.2021.04.022
23. OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)



## 4. Capacidades y límites del sistema español para la prevención de las enfermedades mentales

### 4.1. Introducción: Determinantes de la salud mental. Evidencia global en factores de riesgo modificables y estructurales

El informe seminal de Lalonde, sobre las grandes causas de muerte y enfermedad en Canadá en los años 70, marcó un hito al describir, por primera vez, el impacto de los factores sociales y ambientales sobre la salud de las personas y está íntimamente asociado a la creación de la Carta de Ottawa, que en 1986 enmarcó el área de la promoción de la salud dentro de la esfera de la salud pública mundial. Como continuación a este desarrollo inicial, el estudio Whitehall, liderado por Michael Marmot, sobre la salud de las clases trabajadoras en Reino Unido en los años 90, confirmó con evidencia científica una relación directa entre la salud de las personas y la jerarquía sociolaboral. Estos estudios fueron seguidos por un sólido cuerpo de investigación que ha ayudado a definir lo que hoy conocemos como determinantes de la salud. En salud mental, la íntima conexión entre los síntomas y la vida emocional de la persona subraya la importancia de estos determinantes y asume desafíos propios.

Cuando se habla de determinantes sociales de salud es útil hacer la distinción entre los llamados determinantes estructurales e intermedios, o, con términos anglosajones mayoritariamente utilizados en la literatura especializada como "*upstream*" y "*downstream*". La pobreza, desigualdad social y exclusión de minorías étnicas, raciales o religiosas son ejemplos de determinantes estructurales. A su vez, estos implican consecuencias e impactos a diversos niveles, conformando otros determinantes - los intermedios - que llevan al resultado observado en términos de salud o enfermedad. Si bien una visión integral de la salud, que incluye tanto la acción sociosanitaria como sus políticas, conecta la actividad de los profesionales de la salud con los determinantes estructurales, es en el marco de los determinantes intermedios (los más evidentemente prevenibles o modificables) donde se centra gran parte de las intervenciones comunitarias en salud mental.

La perspectiva de determinantes de salud hace alusión a los factores que aumentan el riesgo de enfermar, sean estos relativos a causas generales asociadas a las características propias de toda una población, a un grupo, o a causas individuales. Dado que el eje está puesto en las causas de la enfermedad y no en los síntomas, las respuestas a estas necesidades no se enmarcan dentro del ámbito de los tratamientos médicos sino de intervenciones de tipo preventivo, más o menos específicas, que pueden involucrar un amplio número de actores de diferentes áreas. En salud pública, tradicionalmente se caracterizan los tipos de prevención desde el nivel de la prevención primaria, que apunta a modificar el impacto de los determinantes estructurales de salud, hasta el nivel cuaternario que busca prevenir la iatrogenia.



En salud mental, este modelo tradicional de caracterización de los niveles de prevención se ha modificado para incluir categorías que permiten hacer un abordaje centrado en el nivel de riesgo valorado a partir de los procesos que pueden conllevar la aparición de una determinada enfermedad. En este sentido, el nivel de prevención primaria se descompone en tres niveles: la prevención universal, la selectiva y la indicada. La primera, la universal, define acciones dirigidas a grandes colectivos poblacionales al considerar factores de riesgo estructural como principal foco de la intervención. Un ejemplo son las campañas contra el *bullying* o acoso en las escuelas. La segunda, selectiva, se dirige a grupos específicos de la población que se considera que están más expuestos a ese riesgo. Un ejemplo son los programas de ayuda psicológica a mujeres supervivientes de violencia de género. Por último, la prevención indicada, se dirige a personas que muestran los primeros indicios de un trastorno mental, sin presentar diagnósticos clínicamente significativos (ver el Informe sobre identificación temprana en esta serie). Una estrategia de prevención de cualquiera de estos niveles puede dialogar con varias dimensiones del continuo salud-enfermedad, o enfocarse solo en una, sin perder la noción evolutiva y dinámica de cada problema a prevenir.

## 4.2. Factores de riesgo prevenibles en España

Los determinantes de la salud mental actúan a lo largo de la vida, y existen ventanas durante el ciclo vital que nos hacen más o menos vulnerables. Aunque excede los objetivos de este documento el describir de manera exhaustiva todos los factores de riesgo y sus consecuencias para cada momento del ciclo vital, sí resulta importante destacar los determinantes y las etapas más relevantes en términos de sus consecuencias sobre la salud mental.

El peso al nacer está asociado al riesgo de desarrollar trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), depresión o autismo. Se estima que, por cada incremento en 1 kg de peso al nacer, se reduce entre el 5 y el 16 % el riesgo de sufrir alteraciones en el neurodesarrollo (1). El bajo peso al nacer en España representa el 7,7 % de todos los nacimientos, una cifra por encima de la media de los países de la OCDE y que ha empeorado en las últimas tres décadas. Este es uno de los factores de riesgo prevenibles más importantes en edades tempranas.

Después del nacimiento, la salud mental en la primera infancia es especialmente sensible a contextos de negligencia parental, carencia afectiva o de estímulos, violencia doméstica o abusos físicos o psicológicos. Las configuraciones familiares afectan enormemente a la salud mental, y deben ser abordadas como parte de las estrategias de prevención poblacionales. Por ejemplo, la depresión durante y después del parto puede impactar negativamente en el desarrollo saludable de la infancia y aumentar el riesgo a largo plazo de depresión en la vida adulta (2). La depresión postparto, muchas veces subdiagnosticada e infravalorada, afecta a alrededor de 9 de cada 100 mujeres en España (3). Este problema de salud mental viene en numerosas ocasiones asociado a la situación de la relación de pareja, y tiene implicaciones no solo en el bienestar de la mujer, sino también en el desarrollo emocional de su descendencia.

En la adolescencia se inician cerca del 50 % de los síntomas, confluyendo factores del presente de los jóvenes con los determinantes del pasado. Es también en estas edades cuando la



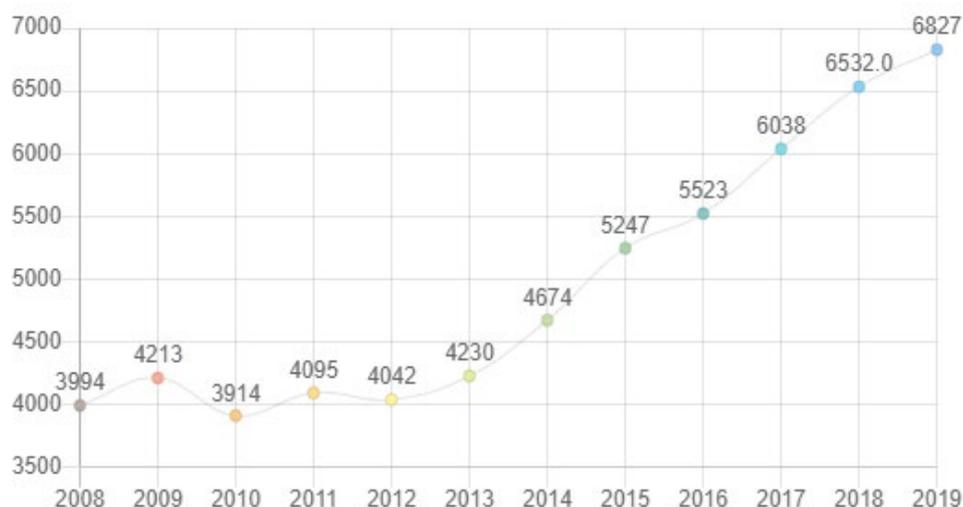
mayoría empieza a tener comportamientos de riesgo y a consumir sustancias de abuso, como el tabaco, drogas o alcohol, todas con impacto sobre la salud mental (4-5). Al llegar a la edad laboral se añaden nuevos niveles de estrés y determinantes que pueden estar en la base del pico de condiciones que afectan a la salud mental entre los 40-50 años de edad.

En adultos mayores, los problemas de salud mental se asocian también a cambios vitales como la jubilación, momento en el cual pueden experimentarse sentimientos de pérdida del rol social relacionado con la función laboral y una disminución de las interacciones sociales, además de cambios físicos. Hasta un 34 % de los adultos mayores dice sentirse en soledad, una estadística preocupante por sus implicaciones en la salud mental de este grupo vulnerable (6). Por otro lado, dos terceras partes de las personas con discapacidad son mayores de 65 años, mientras que alrededor de un 60% de los pacientes con enfermedades crónicas o discapacidad tienen un diagnóstico de problemas de salud mental.

A continuación, se presenta un detalle de los principales factores de riesgo para problemas de salud mental y su descripción en población española.

#### 4.2.1 VIOLENCIA CONTRA GRUPOS VULNERABLES (INFANCIA, MUJERES, PERSONAS DEPENDIENTES). PREVALENCIA Y RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL

Los datos del Sistema Estadístico de Criminalidad del Ministerio del Interior publicados por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 en su herramienta "Infancia en Datos", indican que en España se ha observado un aumento significativo del número de menores víctimas de



Evolución anual (2008-2019) del número de menores de 18 años en España víctimas de violencia familiar.

*Fuente original: Ministerio del Interior, Sistema Estadístico de Criminalidad. Consultado en "Infancia en Datos", Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.*



violencia familiar. Mientras que hasta el 2012 las cifras se localizaban en los 4.000 casos al año, los números han ido creciendo gradualmente hasta los casi 7.000 casos en el 2019. Por otro lado, la misma fuente muestra que el soporte familiar se encuentra debilitado, tal y como deja en evidencia que menos del 50 % de los menores entre los 11 y los 18 años siente que puede hablar de sus problemas con su familia. En la adolescencia, puede presentarse la violencia entre pares (acoso o *bullying*), que está claramente asociada a una peor salud mental, aumento del riesgo de suicidio y problemas de salud mental en la vida adulta. Tal y como está descrito en los estudios sobre ciclos de violencia interpersonal, las personas que han sufrido o han sido testigo de violencia en el contexto familiar presentan un aumento del riesgo de estar involucrados en situaciones de violencia interpersonal en otros contextos, como el ámbito de la pareja en la vida adulta. Estos factores son el principal riesgo de suicidio en la infancia y la adolescencia y aumentan significativamente el riesgo de sufrir depresión, ansiedad, psicosis, y otras enfermedades mentales graves en la vida. Se ha calculado que la abolición de los abusos durante la infancia podría significar una reducción de hasta un 50 % de la prevalencia de enfermedades mentales (7).

Como vimos en el Informe sobre dimensión del problema en España, las mujeres están sobrerrepresentadas en la prevalencia poblacional de condiciones que afectan a la salud mental, en particular la depresión y la ansiedad. Una parte del riesgo asociado a esta mayor prevalencia proviene del fuerte impacto de la violencia de género, en especial la que se ubica dentro de la violencia por parte de la pareja. Esta última está relacionada con problemas de salud mental en las mujeres a largo plazo (8). En España, se estima que más de 30.000 mujeres sufren anualmente de violencia de género, de las cuales cerca de un tercio sufren violencia por parte de su pareja. En los últimos 10 años (2012-2021), un total de 517 mujeres fueron asesinadas en España, más de la mitad en su propia casa.

Finalmente, el edadismo se posiciona como un determinante de salud mental para las personas mayores. La discriminación a las personas por razones de edad no se refleja solo en su exclusión social, sino también en fenómenos de violencia y negligencia. En España, se estima que el 5,5 % de las personas mayores ha sufrido o conoce a alguien que ha sufrido maltrato psicológico, el 4,8 % ha sufrido abandono, el 3,8 % negligencia y el 2,6 % maltrato físico. Los problemas derivados de la digitalización de la vida cotidiana (bancos, pagos, compras) y la falta de accesibilidad en las grandes ciudades también pueden ser percibidos como una forma de maltrato en el grupo de adultos mayores. Por otra parte, los adultos mayores son el grupo poblacional que más medicamentos consume y que con más frecuencia accede a la red de farmacias.



**Tabla 2: Signos de maltrato a personas mayores (adaptado de UDP 2016)**

Indicadores de maltrato psíquico	Indicadores de maltrato físico	Indicadores de abandono o negligencia
Deterioro de salud	Lesiones múltiples de diferente estadio evolutivo	Deterioro de salud
Deshidratación y malnutrición	Fracturas de diferentes estadios evolutivos	Deshidratación o malnutrición
Úlceras o contracturas	Hematomas reagrupados en zonas poco usuales ( <i>ingle, cuello</i> )	Úlceras de presión o contracturas
Suciedad	Hematomas con marcas forzadas de sujeción	Suciedad u olor excesivo en cuerpo y ropa
Ropa inadecuada	Lesiones en cara y cuello	Falta de dispositivos de ayuda ( <i>audífonos, gafas, dentaduras, andadores</i> )
Debilidad extrema y fatiga	Quemaduras en plantas del pie, nalgas y cuello	Caquexia
Sedación excesiva	Quemaduras por fricción en extremidades	Ropa inadecuada
Confusión y desorientación	Lesiones marcadas de objetos ( <i>hebillas, cordones</i> )	Debilidad extrema y fatiga
Paranoia	Torcedura por arrastre	Soledad durante tiempo
Depresión	Perdida inusual del cabello	Más o menos medicación de la necesaria
	Historial frecuente de asistencias o el sentido inverso con absentismo	



#### 4.2.2 TRABAJO, ESTILOS DE VIDA, Y USOS DE TECNOLOGÍA. PREVALENCIA Y RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL

La precariedad laboral y el desempleo son factores de riesgo bien documentados para el desarrollo de condiciones que afectan a la salud mental, con una fuerte asociación con ideación y riesgo suicida (9). Aparte de eso, en España aproximadamente un cuarto de las personas trabajadoras está sobrecualificada, un problema que afecta principalmente a trabajadores migrantes y mujeres, y que supone un riesgo incrementado para el desarrollo de problemas de salud mental (10). Además, un tercio de los trabajadores españoles tiene una jornada laboral atípica y trabajo por turnos, situación asociada a mayor riesgo de problemas del sueño, humor depresivo y riesgo suicida (11). Aunque clásicamente se asocie el estrés a tipos de trabajo más exigentes desde un punto de vista intelectual, la evidencia viene demostrando que las profesiones que implican menos control sobre la propia actividad laboral y los problemas para conciliar la vida laboral con la vida personal son los que acarrear mayor riesgo. En relación con las actividades laborales, un fenómeno que no debe ser olvidado es el síndrome de *burnout* o de trabajador quemado, caracterizado por agotamiento emocional y despersonalización. Los factores determinantes de este síndrome son principalmente una alta demanda personal, al mismo tiempo que una falta de reciprocidad a nivel interpersonal y organizacional. Especialmente durante la pandemia, los profesionales sanitarios presentaron prevalencias de más del 50 % de este síndrome. La comprensión de la importancia del síndrome, el reconocimiento de sus factores de riesgo y de sus señales de alarma son esenciales para la sostenibilidad del sistema de salud.

El estilo de vida de cada persona tiene también su influencia en su salud mental. Uno de los ejemplos más clásicos es la actividad física, cuya promoción está asociada a una disminución de riesgo de desarrollar depresión y ansiedad (12-13). La actividad física, junto con el resto de los factores que definen los estilos de vida, puede considerarse un determinante intermedio de salud. El estilo de vida de las personas no debe entenderse como algo que depende completamente de decisiones "saludables", sino que responde a múltiples influencias y múltiples aspectos de la vida, las opciones reales y posibilidades, dentro y fuera del hogar. Por ejemplo, la elección de un estilo de vida activo y una dieta saludable está determinada por el acceso a espacios abiertos que permitan la actividad física, así como también al acceso a alimentación saludable asequible. Por otro lado, existe el importante problema de la soledad no deseada, el cual es especialmente común entre las personas mayores. El aislamiento social y los sentimientos de soledad se asocian a aumentos de riesgo de depresión, ansiedad y suicidio, así como también a otras consecuencias sobre la salud (14). Es importante hacer hincapié en que estos riesgos pueden reducirse de manera efectiva por medio de intervenciones tanto individuales (entrenamiento en habilidades sociales, por ejemplo) como grupales y comunitarias (infraestructuras que promuevan la interacción social, especialmente en ciudades), y existen ya iniciativas estatales en países tan dispares como Reino Unido y Japón para abordar el problema. Finalmente, dentro del estilo de vida encontramos el uso y abuso de alcohol y otras sustancias, cuya relación con la salud mental es bidireccional: el uso abusivo de sustancias puede conllevar problemas de salud mental, y viceversa. Cuando la conducta de abuso de sustancias comienza a tener implicaciones en el funcionamiento cotidiano de la



persona, nos traslada a un nuevo terreno y el estilo de vida pasa a entenderse como una enfermedad en sí misma.

La utilización de las redes sociales y de tecnologías de la información es cada vez más indisociable del estilo de vida. En España, y según datos de la agencia "The Social Media Family" TikTok es la aplicación que se impuso principalmente entre los jóvenes, contando con 15,5 millones de usuarios, más del 65 % de ellos por debajo de los 35 años, y más de 6 millones por debajo de los 24. Las mujeres son quienes la usan mayoritariamente, que como todas las redes sociales se concentra principalmente en usuarios de medios urbanos. Las redes sociales son parte del tejido social de la actualidad y no presuponen por sí mismas una amenaza a la salud mental (15). Pueden incluso ser un poderoso instrumento de intervención en las poblaciones vulnerables, principalmente entre jóvenes. Por ejemplo, el modelo de terapia social en red moderada (*moderated online social therapy* (16)), creó sus propias redes sociales con resultados exitosos en el seguimiento de jóvenes con inicio de episodios psicóticos y depresión. Por la exposición que tienen, las redes son también herramientas indispensables y eficaces para campañas de prevención que se benefician del anonimato para dar continuidad a la asistencia de las líneas de apoyo al suicidio y a la violencia doméstica, con servicios de chat online destinados a estas poblaciones (17). Sin embargo, las redes sociales y el uso del internet no están libres de riesgos. Pueden influir significativamente en la autoestima y el desarrollo cognitivo y social de los jóvenes y aumentar el riesgo de depresión (18). Además, el comportamiento relativo al uso de filtros para mejorar las fotografías se asocia a un mayor riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (19). Finalmente, el diagnóstico y tratamiento de las adicciones ha comenzado ya a incluir programas específicos de manejo de comportamientos adictivos del uso de internet. Incluso el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-5), incluye el diagnóstico psiquiátrico de "trastorno por juego en internet". En España se estima que cerca de 12 % de los adolescentes presenta síntomas de este trastorno adictivo, que afecta principalmente a hombres (20). Estas adicciones son muchas veces invisibilizadas y han aumentado durante la pandemia.

#### 4.2.3 MEDIO AMBIENTE Y AMBIENTE CONSTRUIDO. PREVALENCIA Y RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL

Las temperaturas altas influyen en la salud mental. Se ha comprobado que en los días de mucho calor existe un aumento en los ingresos en urgencias por esquizofrenia y perturbaciones afectivas (21). Una posible explicación para esto es la vulnerabilidad de las personas con enfermedades mentales graves y el uso de psicofármacos que, en situaciones de temperaturas extremas, pueden provocar alteraciones al mecanismo de funcionamiento de neurotransmisores específicos implicados tanto en la termorregulación como en la psicofisiología (22). Además, el calor también está asociado al aumento en las autolesiones, el riesgo de suicidio (superando incluso al desempleo), la delincuencia violenta, o el homicidio intencionado y otros conflictos de gran escala (23-24).



Por otro lado, la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Catástrofes estima que en las dos últimas décadas se ha producido un aumento del 74 % en el número de catástrofes naturales registradas en relación con el período comprendido entre 1980 y 1999. En el verano del 2022, España ha registrado el 40 % del total de la superficie quemada en toda la Unión Europea. Estas experiencias, a menudo traumáticas, suponen una pesada carga para la salud mental, especialmente para el trastorno de estrés postraumático, la depresión y la ansiedad (25). Sin embargo, las pruebas sobre los efectos a largo plazo de estos acontecimientos son todavía escasas. Los profesionales de la salud que trabajan en zonas afectadas deberán prestar atención a los factores de estrés secundarios que conllevan las catástrofes, relacionados con la economía o la salud, pero también con la percepción que las víctimas tienen de sí mismas y del mundo que les rodea, la forma en que interactúan las familias, y las redes de apoyo social (26).

La contaminación atmosférica, una de las principales causas de la degradación del medio ambiente, también puede afectar a la salud mental. Nuevos datos apuntan a que los altos niveles de NO<sub>2</sub> y las partículas en suspensión inferiores a 2,5 micras (PM 2,5) en el aire se asocian positivamente con un mayor riesgo de ansiedad y de trastorno bipolar (27). Además de los resultados psiquiátricos, la baja calidad del aire también se ha asociado con un menor bienestar, un menor rendimiento cognitivo, una mayor falta de atención y mayor estrés auto percibido (28). En el seno de cada ciudad, muchas veces las áreas más pobres son también las más expuestas a altas concentraciones de contaminantes, agravando sus vulnerabilidades de base. Además, las poblaciones expuestas a los entornos más verdes, como las zonas rurales, también presentan niveles más bajos de desigualdad sanitaria relacionada con la privación de ingresos. Sin embargo, también es importante la forma en que uno se relaciona con esos espacios. Para comprender su impacto en nuestra salud y bienestar, hay que tener en cuenta primero sus características naturales, como el tamaño, la densidad y la distribución de los árboles, e incluso la biodiversidad, que se han asociado recientemente a resultados positivos para la salud mental (29). Debe tenerse en cuenta también el nivel de exposición en términos de proximidad y tiempo de contacto con la naturaleza y, por último, la experiencia personal (30). En este sentido, resulta significativa la falta de información y datos de salud mental en entornos rurales. Son necesarios registros sistemáticos que permitan conocer mejor estas realidades y actuar en consecuencia.

Otro aspecto central del medio ambiente es la contaminación acústica, que en Europa afecta a 100 millones de personas (alrededor del 20% de la población) y se estima que contribuye anualmente a 12.000 muertes prematuras. Se ha descubierto que la exposición al ruido a largo plazo es un factor de riesgo específico para la demencia (31). El ruido de los aviones se asocia significativamente con un mayor riesgo de insomnio y emergencias de salud mental (32), y el ruido del tráfico se asocia particularmente con un mayor riesgo de problemas de salud mental, recuperándose estos problemas cuando se reduce la exposición al ruido (33). Durante el primer confinamiento en la pandemia, se verificó que las personas expuestas a las molestias del ruido tenían un riesgo significativamente mayor de desarrollar síntomas graves de ansiedad y depresión (34).



Más allá del espacio exterior y natural, el espacio construido es de gran importancia para la salud mental. Últimamente se han desarrollado prácticas dentro de lo que se llama el diseño o arquitectura biofílica, que potencia la relación entre el humano y la naturaleza dentro de los edificios. Esto se puede aplicar en tres aspectos: 1) la naturaleza *en* el espacio, por ejemplo utilizando los alrededores, los balcones o dentro del hogar; 2) la naturaleza *del* espacio, sincronizando procesos naturales clave como el ciclo de sueño-vigilia a través de la utilización de luz natural o de composiciones y diseños inspirados en formas naturales; y 3) análogos naturales, en que se represente en las texturas, geometrías o materiales imitaciones de lo que se encuentra afuera, para inspirar esa sensación del contacto con la naturaleza (35). La expectativa es que estas características de los espacios y de la relación entre naturaleza y personas en las ciudades contribuyen a que el individuo se sienta más relajado, con más emociones positivas, menos agresivo o deprimido. Aunque ya se había producido alguna evidencia en este sentido, el confinamiento llevó la vida en el interior del hogar a extremos, donde la relación entre las personas y sus cuatro paredes fueron exploradas como pocas veces antes. En un estudio se verificó, de hecho, que ventanas con vistas a árboles o vegetación y plantas en los balcones se asociaba a menores problemas de salud mental durante el confinamiento (36). Los establecimientos sanitarios podrían inspirarse en estas ideas y replicarlas para aumentar el bienestar de sus pacientes.

#### **4.3. Buenas prácticas de prevención y estudios de implementación. Campañas de prevención promovidas por la red de farmacias.**

La prevención primaria de los problemas de la salud mental más comunes (depresión, ansiedad) es considerada prioritaria en el proceso de reducir la prevalencia poblacional. Existen múltiples trabajos de investigación que han estudiado diversas formas de prevención primaria para la depresión y la ansiedad, cuyos resultados han sido resumidos en dos grandes metaanálisis y meta-regresiones (37-38). A día de hoy, existe clara evidencia de la efectividad de las intervenciones psicológicas y educativas en la prevención primaria de ambos problemas comunes, y su uso está recomendado, aunque el tamaño del efecto es pequeño o moderado.



### La farmacia comunitaria como elemento clave en las estrategias de prevención

Desde la farmacia, los farmacéuticos comunitarios son prescriptores de estilos y hábitos de vida saludables. En este sentido, pueden actuar como promotores de comportamientos preventivos, como por ejemplo realizando recomendaciones frente a olas de calor (en relación a la hidratación, evitar hacer ejercicio en los momentos del día de mayor calor, evitar la ropa oscura, etc.) que indirectamente puede reducir el porcentaje de ingresos en urgencias de personas con padecimiento mental. Además, como espacios accesibles y libres de estigma, las farmacias comunitarias presentan una oportunidad para las personas vulnerables a violencia que quieran buscar ayuda. Es importante que los profesionales farmacéuticos estén atentos a signos de alarma y desarrollen estrategias de prevención para personas en riesgo de sufrir, o que efectivamente estén sufriendo maltrato y deriven al profesional médico. Para esto, es importante la colaboración entre profesionales, así como el establecimiento de consensos para establecer este tipo de criterios. La iniciativa "Mascarilla-19" es un claro ejemplo de ello. Fue especialmente relevante durante los meses de confinamiento estricto durante la pandemia, al permitir que las mujeres víctimas de violencia de género solicitaran ayuda al farmacéutico, quien contactaba con los servicios de emergencia ante la petición de una "mascarilla-19". Cabe destacar que son más de 16.000 las farmacias adheridas a esta iniciativa y que la experiencia ha sido exportada a países como Francia, Chile o Argentina.

En España se conoce solo un ensayo clínico que aporta información causal y cuantificable sobre la capacidad y alcance de estas estrategias de atención primaria. En él, se entrenó a 140 médicos de familia de 70 centros de salud y siete provincias españolas (con un alcance de más de 3.000 pacientes) en el uso de una herramienta para la valoración de la depresión. Esta herramienta se había construido antes del inicio del estudio y su objetivo era el de predecir la aparición de síntomas de depresión en la población general en base a un algoritmo de riesgo al que se llamó *predictID*. Los profesionales médicos realizaban una entrevista de 10 minutos con sus pacientes en donde se valoraban los riesgos y el plan de prevención. Se comprobó que este proceso redujo en un 20 % la incidencia de depresión y ansiedad. Además, la experiencia se valoró positivamente tanto por los profesionales como por los pacientes (39).

La farmacia comunitaria es un ámbito ideal para llevar a cabo estrategias de prevención primaria de las enfermedades mentales más comunes, ya que el contacto estrecho y personalizado con los ciudadanos habilita un contexto inmejorable para las actividades comunitarias y establece una base poblacional de la prevención. Aunque no exista registro de ninguna iniciativa de gran dimensión en este sentido, un estudio australiano demostró que las farmacias comunitarias pueden tener un rol esencial en la identificación temprana de la depresión posparto y en la mitigación de sus efectos. Por otro lado, las iniciativas en relación a la formación de profesionales farmacéuticos para responder a emergencias de salud mental (e.g. crisis agudas de ansiedad, respuesta rápida después de un desastre natural) también se ha destacado como un elemento clave para la acción de la farmacia comunitaria (40).



## 4.4. Conclusiones y recomendaciones

La prevención de las enfermedades mentales implica conocer en detalle un amplio conjunto de determinantes de salud que pueden incrementar el riesgo de enfermedad mental. Las vías por las cuales estos determinantes actúan sobre la salud mental raramente son directas, y a menudo los diferentes factores de riesgo interactúan o se suman. Sus efectos pueden variar también dependiendo del momento del ciclo vital en que se encuentre la persona. A pesar de esta complejidad, la evidencia actual indica que algunos de estos factores son modificables y, como tales, deben ser priorizados como principales vías de acción para la reducción de la prevalencia de los problemas de salud mental.

Sin duda, la farmacia comunitaria puede tener un papel altamente relevante en la identificación de conductas que aumentan el riesgo de problemas de salud mental, como la violencia interpersonal, ya sea en contra la infancia, en la pareja, o contra los adultos mayores. Por la conexión entre las farmacias y el contexto económico y laboral de los pacientes y usuarios en general, las campañas de prevención del suicidio podrían reforzarse al incluir el rol del farmacéutico comunitario. Finalmente, podría ser interesante también reflexionar sobre las propias estructuras del sistema sanitario en relación al síndrome del trabajador quemado y los problemas asociados a las condiciones laborales en población activa, en especial entre las profesiones con mayor riesgo.

A un nivel más general, es esencial un claro enfoque político en la disminución de la polución del aire, pero también que las políticas de salud reconozcan las desigualdades en la exposición a la calidad del aire entre barrios y poblaciones vulnerables. Las campañas por la creación de "refugios climáticos" en las ciudades es una medida a favor de la reducción del efecto en la salud de las temperaturas extremas, y una oportunidad para mejorar aún más la conciencia sobre la relación entre calor y salud mental. Como característica urbana que previene las islas de calor, disminuye la contaminación atmosférica y acústica y promueve la actividad física y la cohesión social, los espacios verdes, y de manera destacada las zonas rurales, son claros promotores de salud mental.

## Referencias

1. [Pettersson E, Larsson H, D'Onofrio B, Almqvist C, Lichtenstein P. \(2019\) Association of Fetal Growth With General and Specific Mental Health Conditions. JAMA Psychiatry, 76\(5\):536-543. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.4342](#)
2. [Bluett-Duncan M, Kishore MT, Patil DM, Satyanarayana VA, Sharp H. \(2021\) A systematic review of the association between perinatal depression and cognitive development in infancy in low and middle-income countries. PLOS ONE, 16\(6\):e0253790. doi:10.1371/journal.pone.0253790](#)
3. [Wang Z, Liu J, Shuai H, et al. \(2021\) Mapping global prevalence of depression among postpartum women. Transl Psychiatry, 11\(1\):1-13. doi:10.1038/s41398-021-01663-6](#)



4. [Di Forti M, Quattrone D, Freeman TP, et al. \(2019\) The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe \(EU-GEI\): a multicentre case-control study. \*Lancet Psychiatry\*, 6\(5\):427-436. doi:10.1016/S2215-0366\(19\)30048-3](#)
5. [Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Degenhardt L, Lynskey M, Hall W. \(2002\) Cannabis use and mental health in young people: cohort study. \*BMJ\*, 325\(7374\):1195-1198.](#)
6. World Health Organization (2021), Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Geneva: World Health Organization; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
7. Teicher, M. H., Gordon, J. B., & Nemeroff, C. B. (2022). Recognizing the importance of childhood maltreatment as a critical factor in psychiatric diagnoses, treatment, research, prevention, and education. *Molecular psychiatry*, 27(3), 1331–1338. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01367-9>.
8. Goldberg, X., Espelt, C., Porta-Casteràs, D., Palao, D., Nadal, R., & Armario, A. (2021). Non-communicable diseases among women survivors of intimate partner violence: Critical review from a chronic stress framework. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 128, 720–734. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.06.045>
9. [Nordt C, Warnke I, Seifritz E, Kawohl W. \(2015\) Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11. \*Lancet Psychiatry\*, 2\(3\):239-245. doi:10.1016/S2215-0366\(14\)00118-7](#)
10. [Chen C, Smith P, Mustard C. \(2010\) The prevalence of over-qualification and its association with health status among occupationally active new immigrants to Canada. \*Ethn Health\*, 15\(6\):601-619. doi:10.1080/13557858.2010.502591](#)
11. [Brown JP, Martin D, Nagaria Z, Verceles AC, Jobe SL, Wickwire EM. \(2020\) Mental Health Consequences of Shift Work: An Updated Review. \*Curr Psychiatry Rep.\*, 22\(2\):7. doi:10.1007/s11920-020-1131-z](#)
12. [Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, et al. \(2018\) Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. \*Am J Psychiatry\*, 175\(7\):631-648. doi:10.1176/appi.ajp.2018.17111194](#)
13. [Schuch FB, Stubbs B, Meyer J, et al. \(2019\) Physical activity protects from incident anxiety: A meta-analysis of prospective cohort studies. \*Depress Anxiety\*, 36\(9\):846-858. doi:10.1002/da.22915](#)
14. Mann, F., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlieff, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S., & Johnson, S. (2022). Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 57(11), 2161–2178. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02261-7>.
15. [Sharma MK, John N, Sahu M. \(2020\) Influence of social media on mental health: a systematic review. \*Curr Opin Psychiatry\*, 33\(5\):467-475. doi:10.1097/YCO.0000000000000631](#)
16. [Rice S, Gleeson J, Davey C, et al. \(2018\) Moderated online social therapy for depression relapse prevention in young people: pilot study of a "next generation" online intervention. \*Early Interv Psychiatry\*, 12\(4\):613-625. doi:10.1111/eip.12354](#)



17. [Sala LL, Teh Z, Lamblin M, et al. \(2021\). Can a social media intervention improve online communication about suicide? A feasibility study examining the acceptability and potential impact of the #chatsafe campaign. PLOS ONE, 16\(6\):e0253278. doi:10.1371/journal.pone.0253278](#)
18. [Rempel E, Donelle L, Hall J, Rodger S. \(2019\) Intimate partner violence: a review of online interventions. Inform Health Soc Care, 44\(2\):204-219. doi:10.1080/17538157.2018.1433675](#)
19. [Mills JS, Musto S, Williams L, Tiggemann M. \(2018\) "Selfie" harm: Effects on mood and body image in young women. Body Image, 27:86-92. doi:10.1016/j.bodyim.2018.08.007](#)
20. [Lonergan AR, Bussey K, Fardouly J, et al. \(2020\) Protect me from my selfie: Examining the association between photo-based social media behaviors and self-reported eating disorders in adolescence. Int J Eat Disord., 53\(5\):755-766. doi:10.1002/eat.23256](#)
21. [Wang X, Lavigne E, Ouellette-kuntz H, Chen BE. \(2014\) Acute impacts of extreme temperature exposure on emergency room admissions related to mental and behavior disorders in Toronto, Canada. J Affect Disord., 155:154-161. doi:10.1016/j.jad.2013.10.042](#)
22. [Martin-Latry K, Goumy MP, Latry P, et al. \(2007\) Psychotropic drugs use and risk of heat-related hospitalisation. Eur Psychiatry, 22\(6\):335-338. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.03.007](#)
23. [Kubo R, Ueda K, Seposo X, Honda A, Takano H. \(2021\) Association between ambient temperature and intentional injuries: A case-crossover analysis using ambulance transport records in Japan. Sci Total Environ., 774:145511. doi:10.1016/j.scitotenv.2021.145511](#)
24. [Tiihonen J, Halonen P, Tiihonen L, Kautiainen H, Storvik M, Callaway J. \(2017\) The Association of Ambient Temperature and Violent Crime. Sci Rep., 7\(1\):6543. doi:10.1038/s41598-017-06720-z](#)
25. [Silveira S, Kornbluh M, Withers MC, Grennan G, Ramanathan V, Mishra J. \(2021\) Chronic Mental Health Sequelae of Climate Change Extremes: A Case Study of the Deadliest Californian Wildfire. Int J Environ Res Public Health, 18\(4\):1487. doi:10.3390/ijerph18041487](#)
26. [Lock S, Rubin GJ, Murray V, Rogers MB, Amlôt R, Williams R. \(2012\) Secondary stressors and extreme events and disasters: a systematic review of primary research from 2010-2011. PLoS Curr., 4:ecurrents.dis.a9b76fed1b2dd5c5bfcfc13c87a2f24f. doi:10.1371/currents.dis.a9b76fed1b2dd5c5bfcfc13c87a2f24f](#)
27. [Braithwaite I, Zhang S, Kirkbride JB, Osborn DPJ, Hayes JF. \(2019\) Air Pollution \(Particulate Matter\) Exposure and Associations with Depression, Anxiety, Bipolar, Psychosis and Suicide Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. Environ Health Perspect., 127\(12\):126002. doi:10.1289/EHP4595](#)
28. [Gignac F, Righi V, Toran R, et al. \(2022\) Short-term NO2 exposure and cognitive and mental health: A panel study based on a citizen science project in Barcelona, Spain. Environ Int., 164:107284. doi:10.1016/j.envint.2022.107284](#)
29. [Mitchell R, Popham F. \(2008\) Effect of exposure to natural environment on health inequalities: an observational population study. Lancet Lond Engl., 372\(9650\):1655-1660. doi:10.1016/S0140-6736\(08\)61689-X](#)



30. [Bratman GN, Anderson CB, Berman MG, et al. \(2019\) Nature and mental health: An ecosystem service perspective. \*Sci Adv.\* 5\(7\):eaax0903. doi:10.1126/sciadv.aax0903](#)
31. Meng L, Zhang Y, Zhang S, et al. (2022) Chronic Noise Exposure and Risk of Dementia: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis. *Front Public Health.*, 10. doi: 10.1126/sciadv.aax0903
32. Wang SS, Glied S, Williams S, Will B, Muennig PA. (2022) Impact of aeroplane noise on mental and physical health: a quasi-experimental analysis. *BMJ Open.*, 12(5):e057209. doi:10.1136/bmjopen-2021-057209
33. Li A, Martino E, Mansour A, Bentley R. (2022) Environmental Noise Exposure and Mental Health: Evidence From a Population-Based Longitudinal Study. *Am J Prev Med.*, 63(2):e39-e48. doi:10.1016/j.amepre.2022.02.020
34. Goldberg X, Castaño-Vinyals G, Espinosa A, et al. (2022) Mental health and COVID-19 in a general population cohort in Spain (COVICAT study). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Published online May 28, :1-12. doi:10.1007/s00127-022-02303-0
35. [Huntsman DD, Bulaj G. \(2022\) Healthy Dwelling: Design of Biophilic Interior Environments Fostering Self-Care Practices for People Living with Migraines, Chronic Pain, and Depression. \*Int J Environ Res Public Health.\*, 19\(4\):2248. doi:10.3390/ijerph19042248](#)
36. [Ribeiro AI, Triguero-Mas M, Jardim Santos C, et al. \(2021\) Exposure to nature and mental health outcomes during COVID-19 lockdown. A comparison between Portugal and Spain. \*Environ Int.\*, 154:106664. doi:10.1016/j.envint.2021.106664](#)
37. Bellón, J. Á., Moreno-Peral, P., Motrico, E., et al. (2015). Effectiveness of psychological and/or educational interventions to prevent the onset of episodes of depression: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Preventive medicine*, 76 Suppl, S22–S32.
38. Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Rubio-Valera, M., et al (2017). Effectiveness of Psychological and/or Educational Interventions in the Prevention of Anxiety: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA psychiatry*, 74(10), 1021–1029.
39. Bellón, J. Á., Conejo-Cerón, S., Moreno-Peral, P., et al. (2016). Intervention to Prevent Major Depression in Primary Care: A Cluster Randomized Trial. *Annals of internal medicine*, 164(10), 656–665.
40. Dollar, K. J., Ruisinger, J. F., Graham, E. E., Prohaska, E. S., & Melton, B. L. (2020). Public awareness of Mental Health First Aid and perception of community pharmacists as Mental Health First Aid providers. *Journal of the American Pharmacists Association : JAPhA*, 60(5S), S93–S97.e1.



## 5. Capacidades y límites del sistema español para la identificación temprana de los síntomas de enfermedad mental

### 5.1. Introducción: La brecha del tratamiento en salud mental. Desarrollo y situación actual global

La publicación de las primeras escalas estandarizadas para evaluar síntomas de enfermedad mental coincide con grandes avances en la realización de estudios comparativos sobre las tasas de prevalencia de los diferentes cuadros diagnósticos a nivel mundial. Estas escalas estandarizadas según criterios clínicos permitieron, además, recoger por primera vez información sobre el estado de la salud mental entre la población general, incluso de aquellas que no habían atendido a ninguna consulta médica ni psicológica por su estado de salud. Esto es particularmente importante ya que se intuía que una buena parte de la población presentaba síntomas de enfermedad mental pero no acudían a los servicios asistenciales, debido tanto a la falta de conocimiento acerca de los síntomas como al estigma que se asocia a los problemas de la salud mental.

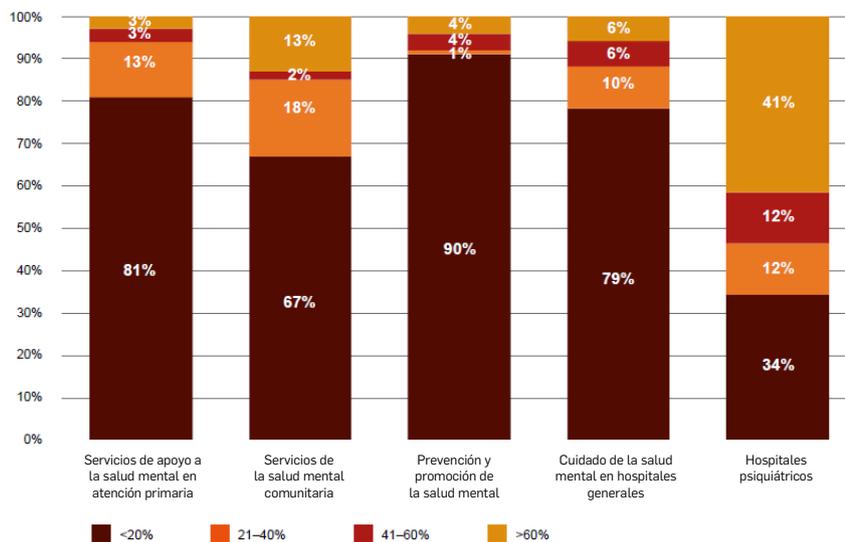
Ya en los años 80, los estudios encuentran unas prevalencias de las enfermedades mentales en la población general más altas de las esperadas, en especial, en comparación con la prevalencia de otras enfermedades crónicas (1). Estos primeros resultados fueron replicados en estudios posteriores, que reportaron dos hallazgos principales. En primer lugar, confirmaban que una de cada tres personas encuestadas cumplía criterios para algún diagnóstico de enfermedad mental a lo largo de su vida. Y, en segundo lugar, que la mayoría de los diagnósticos detectados en las encuestas no estaban siendo tratados. Los resultados llevaron a análisis secundarios que buscaban tener una visión más detallada de la extensión de las limitaciones del tratamiento de las enfermedades mentales. Al explorar los resultados según gravedad, se encontró que al menos la mitad de los diagnósticos realizados en un período de 12 meses tenían una gravedad media y, por lo tanto, muchos de estos casos no requerían un tratamiento específico de los síntomas. Aun así, se verificó que, hasta dos tercios de los casos diagnosticados, que sí cumplían criterios de gravedad, no recibían ningún tratamiento (2).

El nuevo milenio habilitó un nivel más de complejidad a estos estudios introduciendo el análisis de la diversidad y las diferencias entre países. El *World Mental Health Survey Consortium* coordinó las acciones de investigación de la prevalencia a 12 meses, la gravedad y el tratamiento de las enfermedades mentales en 28 países de todo el mundo, con especial consideración por incluir países diversos en términos culturales y económicos. La proporción de personas encuestadas que recibían tratamiento variaba según procedencia, desde un 0,8 % en Nigeria hasta un 15,2 % en los Estados Unidos de América. La mayor proporción de tratamiento fue consistentemente más alta en los países con rentas altas en contraste con los de rentas medias y bajas. La proporción de tratamiento fue también más alta entre los casos más graves



en contraste con los casos de gravedad moderada o baja. Uno de los resultados más interesantes del estudio fue el hallazgo de una considerable proporción de personas en tratamiento sin ningún diagnóstico de enfermedad mental o con un diagnóstico de poca gravedad. En contra, el estudio identificó unas proporciones preocupantes de falta de tratamiento en pacientes con diagnóstico grave. En países con rentas altas, la proporción de casos graves que no reciben tratamiento varía entre el 35,5 % y 50,3 %. En los países de rentas medias y bajas la proporción es aún más alta: entre 76,3 % y 85,4 % de los casos graves no recibe ningún tipo de tratamiento (3). A esta diferencia entre la prevalencia de personas que necesitan tratamiento y la prevalencia de tratamiento efectivamente recibido se la conoce como brecha de tratamiento (*"treatment gap"* en inglés). Además de esta marcada desigualdad en atención a la salud mental, la demora en la atención a los primeros síntomas de enfermedad mental está asociada directamente con la respuesta al tratamiento. Por lo tanto, la brecha del tratamiento condiciona desigualdades persistentes a lo largo del ciclo vital.

Con el objetivo de reducir las desigualdades y abordar la inequidad, la Organización Mundial de la Salud lanzó el Proyecto Atlas 2000. Este proyecto llevó, en el año 2011, a la publicación del primer Atlas de Salud Mental Global, que incluyó información sobre los recursos destinados a la asistencia a la salud mental en 184 países miembros (4). El informe concluyó que, a nivel global, para el año 2011 el gasto en salud mental era menor a 2 dólares por persona y año, y estos gastos se reducían a menos de 25 céntimos de dólar en países de rentas bajas. El gasto más alto en países de renta alta era de 45 dólares por persona y año.



Porcentajes atribuidos por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud al gasto gubernamental total en salud mental. De izquierda a derecha: gastos relativos a servicios de apoyo a la salud mental en atención primaria, salud mental comunitaria, prevención y promoción de la salud mental, hospitales psiquiátricos.

Fuente: *Mental Health Atlas 2020. World Health Organization, 2021.*



En cuanto a la distribución de estos gastos, más de un 65 % del presupuesto de salud mental se destinaba a hospitales especializados. Menos del 45 % de países de rentas altas, incluida España, proporcionaba seguimiento de casos, y menos del 60% de estos países lo hacía como parte de la asistencia en intervenciones psicosociales.

La versión actualizada del Atlas de Salud Mental del año 2020 (5) (publicada en 2021, después de la pandemia de la COVID-19) muestra un progreso en los indicadores, aunque no queda clara la extensión de dicho progreso. Por ejemplo, los países miembros participantes registran un incremento en el gasto en salud mental de 2,5 dólares en 2014 a 7,5 dólares en 2020; sin embargo, el gasto medio de los países, respecto del total de los presupuestos sanitarios, continúa sin cambios y se sitúa cerca de un 2 % desde el año 2017. Aun así, el Atlas apoya un claro incremento en la adopción de políticas, planes y leyes, así como también de mejoras en la capacidad de registro y monitorización de los datos hacia el año 2020.

## 5.2. Propuesta de barreras y cuellos de botella en España que obstaculizan la identificación temprana y accesibilidad al sistema asistencial

Uno de los puntos más destacados en el Atlas de Salud Mental Global es la desproporcionada asignación de recursos a la asistencia de la salud mental a nivel hospitalario en detrimento de la atención primaria y comunitaria. La razón de la preocupación atiende a que, para reducir la carga asociada a las enfermedades mentales y mejorar la capacidad de los estados para responder al desafío de la salud mental, es necesaria una respuesta rápida ante los primeros síntomas de enfermedad. El razonamiento prioriza una estrategia de prevención secundaria en donde se busca prevenir un desarrollo grave, o incluso crónico de la enfermedad, que hace su tratamiento más costoso a nivel tanto individual como social. La propuesta de solución a la brecha de tratamiento pasa, por lo tanto, en ampliar los servicios destinados a la asistencia a la salud mental. La iniciativa *Mental Health Gap Action Programme* de la Organización Mundial de la Salud es líder en el desarrollo de este tipo de respuestas en países con rentas medias y bajas (6-8). Esta orientación está incluida como uno de los principales retos actuales de la salud mental en España según el informe 2020 de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)(9)

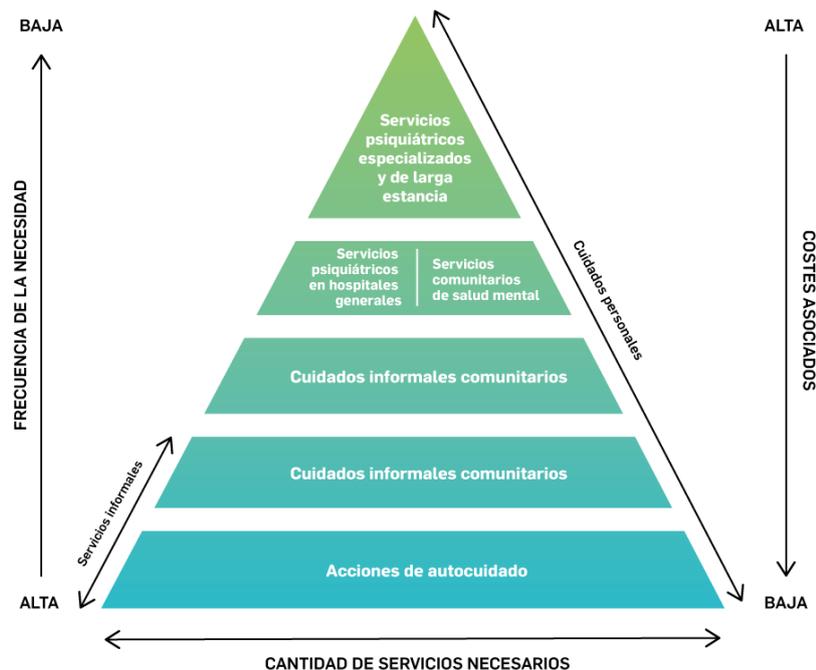
En España, la propuesta hacia el cambio en el modelo organizativo de la atención a la salud mental, desde una priorización de la asistencia hospitalaria hacia un sistema de atención comunitaria, se produce acompañando el cambio de milenio y en paralelo a la implementación del modelo planteado por la Ley General de Sanidad. En los últimos años se han instaurado mejoras al modelo, en especial al seguimiento y recuperación de los casos y en línea con el modelo del equilibrio de la atención (10). De la misma manera, los dispositivos asistenciales intermedios, como los hospitales de día especializados, no solo están justificados sino altamente recomendados para evitar la cronificación de los cuadros que afectan a la salud mental y evitar el aislamiento de la propia comunidad. Sin embargo, a día de hoy se continúa verificando una clara desproporción en la asignación de recursos entre ámbitos asistenciales.



Además de esta limitación en los recursos, las dificultades en la identificación temprana de las enfermedades mentales se relacionan con barreras y cuellos de botella propios de la atención a la salud mental en contextos de atención primaria. Un estudio reciente (11) los distingue en aquellos atribuibles a factores relativos tanto al profesional de la salud como a las características propias de los pacientes. Entre los factores relacionados con las características de la asistencia, se destacan las deficiencias en la formación en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, que requieren una perspectiva algo diferente de la tradicionalmente implementada en la atención primaria de enfermedades no-mentales. Por ejemplo, el estudio menciona de manera explícita las dificultades asociadas a la incomodidad del profesional médico ante la sospecha de problemas psicosociales, y la priorización para el diagnóstico de síntomas sin componentes físicos por considerarlos relativamente más importantes que los psicosociales. Del lado de los pacientes que consultan en atención primaria respecto de problemas de la salud mental, se ubican la concurrencia de síntomas físicos junto con los de salud mental que pueden dificultar el diagnóstico, pero también un retraso en la mención de los problemas de tipo psicológico por considerarse fuera de lugar o poco apropiado al contexto. De manera interesante, características sociodemográficas de los pacientes, como ser hombre, joven, adultos mayores o de alto nivel socioeconómico condiciona una menor demanda de asistencia sobre problemas de salud mental. Finalmente, el estudio hace mención a factores organizativos como la falta de tiempo en la consulta que condiciona la urgencia por encontrar un diagnóstico, aumentando así la posibilidad de error, y la escasa colaboración entre médicos de atención primaria y profesionales del equipo de salud mental.

Los problemas en la identificación temprana de síntomas de enfermedades mentales desencadenan, además de una falta de respuesta o una respuesta retrasada en la asistencia, problemas en la adecuación del tratamiento indicado a cada diagnóstico. Este tema se abordará en más detalle en el Informe sobre el tratamiento de las enfermedades mentales en esta misma serie. Sin embargo, se menciona aquí porque el dato sobre los problemas de adecuación del tratamiento es uno de los que ha llevado a promover una estrategia de tratamiento por pasos o escalonada. En esta estrategia, la asistencia a nivel de atención primaria se ubica como la más relevante a la hora de atender las enfermedades más frecuentes como depresión y ansiedad y los casos menos graves, mientras que la atención especializada se centra en la asistencia a los pacientes más graves, con síntomas de difícil evolución o comorbilidades. Este modelo se conoce como modelo colaborativo entre atención primaria y nivel especializado.





Pirámide de organización de servicios propuesta por la Organización Mundial de la Salud. La base de la pirámide indica la cantidad de servicios necesarios, mientras que la flecha a la izquierda de la figura indica frecuencia de la necesidad, y la flecha a la derecha indica costes asociados. Las acciones de autocuidado ocupan el nivel inferior y más amplio de la pirámide, seguido por cuidados informales comunitarios, atención primaria de la salud mental, espacios compartidos de servicios hospitalarios y comunitarios de asistencia a la salud mental, y finalmente en la punta de la pirámide los servicios de especialidad psiquiátrica y los asociados a estancias de largo plazo.

Fuente: mhGAP community toolkit: field test version. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

### 5.3. Papel de los profesionales del sistema sanitario español. Prácticas colaborativas entre profesionales y nuevos modelos de atención sanitaria

El modelo colaborativo de práctica clínica es una aproximación basada en el trabajo en equipo cuyo objetivo final es aumentar la calidad de los cuidados médicos continuos, desde la aparición de los primeros síntomas hasta la recuperación. Existen ensayos clínicos que han evaluado estos modelos colaborativos de manera sistemática, la mayoría de ellos en Estados Unidos o países europeos, y cierta evidencia en España. Si bien la evaluación de los modelos se



basa en experiencias entre equipos de medicina de atención primaria y psiquiatras, el colectivo de profesionales farmacéuticos es uno de los más activos en la promoción de modelos colaborativos de trabajo. El término "*colaborative pharmacy practice*" se ha acuñado para describir este ámbito donde se focaliza en el trabajo en equipo entre profesionales de la farmacia y la medicina, psicología, o enfermería con el objetivo de incrementar el nivel de calidad de la atención sanitaria. Este modelo supera, con creces, el rol tradicional del profesional farmacéutico limitado a la dispensación de medicamentos que requieren prescripción médica o la indicación de algún remedio para aliviar un problema de carácter autolimitado.

Existen varios ejemplos en España de modelos colaborativos liderados por profesionales farmacéuticos que se han puesto en marcha con el objetivo de incrementar la capacidad del sistema de salud para la detección temprana de síntomas que pueden indicar una enfermedad mental. Uno de ellos es la campaña de detección precoz del suicidio promovida por el Colegio de Farmacéuticos de Navarra, que construye sobre la relación farmacéutico-paciente un espacio seguro capaz de superar el estigma asociado a esta problemática. La red de farmacias también ha impulsado la generación y distribución de documentación específica para promover acciones de salud orientadas a la salud mental en diferentes grupos vulnerables a través del "Manual Lumens. Abordaje de la salud mental desde la farmacia comunitaria". En Estados Unidos de América existe un Tratado de Práctica Colaborativa (CPA-Act) que organiza y proyecta las actividades de 46 de sus estados en este ámbito. Canadá cuenta con una organización similar.

Aunque existen múltiples modelos de colaboración, la mayoría de ellos se centran en las actividades conjuntas entre farmacia y medicina y abarcan las siguientes funciones:

### La prevención del suicidio como caso de estudio en salud mental

En mayo de 2022 se inicia en España a nivel estatal la implementación del teléfono 024 para la asistencia a las personas con conducta e ideación suicida. La línea es atendida por profesionales de Cruz Roja, está disponible 24 horas, y recibe consultas tanto de personas directamente afectadas como de sus familiares y allegados. Las consultas pueden ser resueltas durante el curso de la conversación telefónica, o ser derivadas a servicios de emergencias del teléfono 112 de cada Comunidad Autónoma. Este nuevísimo recurso estatal ha sido posible gracias a los avances previos en la investigación de la asistencia y prevención secundaria del suicidio. En estos estudios, se puso en valor a todo el sistema de salud para realizar un seguimiento de los pacientes que hicieron un primer intento o tenían ideas suicidas, que podían ser identificados en diferentes niveles del sistema de salud. En el desarrollo de esta estrategia de identificación temprana se involucraron profesionales de la atención primaria y atención especializada, pero también de emergencias médicas, fuerzas de seguridad, bomberos, entre otros. Este primer nivel de identificación de casos es seguido por un nivel de atención, donde se da una respuesta especializada a los síntomas (depresivos, ansiosos, de control de impulsos). De manera relevante, el seguimiento de los pacientes al avanzar el tratamiento se realiza de manera sistemática y proactiva por profesionales de enfermería, psiquiatría o psicología, quienes se encargan de identificar complicaciones o recaídas.



introducción de tratamiento médico, ajustes de medicación, discontinuación de tratamientos, educación de pacientes sobre la medicación, y la identificación, solución o prevención de cualquier interacción entre medicamentos así como también de las reacciones adversas por medio del análisis de síntomas por parte del profesional de farmacia. Las principales barreras identificadas para la implementación de estas prácticas colaborativas entre farmacia y medicina incluyen: dificultades en las relaciones entre profesionales de diferentes áreas de salud (problemas relacionados con los límites o territorios disciplinarios, confianza), falta de apoyo institucional y económico (por ejemplo, para la gestión de las reuniones), y variabilidad en el marco legislativo.

Los componentes de los modelos colaborativos pueden aplicarse a diversos contextos y perfiles profesionales. Estos componentes pueden resumirse en: sistematicidad de los encuentros entre los profesionales (reuniones programadas), la figura de un líder de equipo o gestor que asegure la comunicación entre equipos y con los pacientes, opciones de intervención compartidas y consensuadas a todos los niveles de asistencia, definiciones de casos compartida, uso de herramientas de evaluación y monitorización compartida, y objetivos comunes. Sin lugar a dudas, los sistemas de comunicación compartidos entre profesionales de la salud, por ejemplo, a través de una historia farmacoterapéutica única, son considerados una herramienta clave para promover estos modelos de colaboración. Asimismo, los protocolos y documentos compartidos con criterios claros de derivación e información consensuada entre los profesionales involucrados en la asistencia al paciente resultan fundamentales en esta estrategia.

Aunque inicialmente la práctica de modelos colaborativos parece relativamente clara de aplicar mediante procesos que incorporen estos componentes, su implementación efectiva continúa siendo un desafío. Así se evidencia a partir de los resultados actuales, que además podrían contener un nivel de sesgo ya que la mayoría de los estudios se ha implementado en contextos donde los profesionales tanto de la atención primaria como de la atención especializada tenían una actitud especialmente positiva hacia el modelo colaborativo de atención. Por ejemplo, un estudio del año 2012 en contexto español (12) identificó 4 componentes principales de una implementación exitosa del modelo colaborativo en salud mental: comunicación bidireccional, organización conjunta entre equipos, criterios de inclusión de los pacientes en el modelo colaborativo. Aunque estos componentes parecen simples, solo el 2,3 % de los Centros de Salud estudiados implantaron el programa en su totalidad. Dos de los obstáculos más importantes para su implementación fueron la satisfacción profesional con el programa y el modelo de colaboración en general, y la demora para la derivación de las consultas desde atención primaria hacia la especializada. Efectivamente, los tiempos de espera en atención especializada son más largos que en la primaria, lo que puede resultar frustrante tanto para los pacientes como para los profesionales.

Más recientemente, el área de la salud mental también refleja la incorporación de estrategia de *e-health* en sus procesos asistenciales. El uso de aplicaciones se ha desarrollado principalmente para la implementación de tratamientos psicológicos que muestran efectividad en la práctica clínica presencial. En este caso, el objetivo es utilizar la tecnología para reducir la brecha de tratamiento psicológico indicado. Un metaanálisis publicado en el año 2019 aporta



evidencias a favor de la implementación del tratamiento psicológico por medio de aplicaciones móviles (13). En general, la implementación por medio de este tipo de aplicaciones resulta igual de eficaz que las terapias realizadas de manera presencial, aunque con limitaciones importantes. Los resultados muestran una mejora paralela entre las intervenciones por medio de aplicación y las intervenciones presenciales en síntomas de depresión, de ansiedad generalizada, y ansiedad social. Además, parecen ser útiles para reducir altos niveles de estrés que pueden ser un primer indicio de problemas de salud mental a corto plazo. Por otro lado, no se encontraron mejoras en pacientes con síntomas de pánico ni de estrés postraumático. Las intervenciones basadas en terapia de tipo cognitivo-conductual resultaron ser las más eficaces comparativamente. El uso de tecnología parece estar garantizado en los contextos asistenciales de salud mental en los próximos años, aunque quedan todavía importantes desafíos respecto a los problemas de salud mental que no muestran mejoras en estos contextos, así como también en las poblaciones con menor acceso a tecnología o bajos niveles de alfabetización digital.

#### 5.4. Conclusiones y recomendaciones

A pesar del progreso constante observado en la adopción de políticas, planes y leyes, así como de las mejoras en la capacidad para informar regularmente a lo largo de los años sobre un conjunto de indicadores básicos de salud mental, el análisis general de la capacidad del sistema actual de salud mental, para identificar tempranamente los síntomas y responder de manera adecuada, muestra problemas serios en la disponibilidad de recursos y conocimientos sobre su gestión. En España se reproduce el mismo escenario que se puede encontrar a nivel mundial, donde existen brechas significativas entre la existencia de políticas, planes y leyes, su implementación y seguimiento, y la asignación de recursos. Se pueden observar brechas similares en la implementación de servicios de salud mental tanto en el nivel de atención especializada como en el nivel de atención primaria de salud.

El cambio de milenio ha sido testigo de un claro avance en la definición de directrices, para la integración de la salud mental en la atención primaria de la salud, que buscan reducir los costes de salud y económicos asociados a esta brecha de tratamiento. Sin embargo, la aplicación de estas directrices y su traducción en actividades concretas que guíen su implementación en contextos reales sigue siendo limitada. En este sentido, se recomiendan acciones formativas que promuevan la capacitación de los profesionales en los modelos actuales de gestión, así como también la integración en la prestación de servicios de las intervenciones farmacológicas y psicosociales adecuadas a cada problema de salud mental. España cuenta con la red más numerosa de farmacias de Europa, con un total de 22.137 farmacias, 2 de cada 3 de ellas ubicadas fuera de las capitales de provincia. La comunicación entre profesionales y la integración de esta red mediante protocolos consensuados dentro de una estrategia común a todo el Sistema Nacional de Salud sin dudas avanzará significativamente la asistencia a la salud mental en todos sus niveles.

Como consecuencia de la crisis de salud mental asociada a la pandemia de la COVID-19, España ha registrado un aumento en el interés social y político en este ámbito lo que ha creado un *momentum* para incrementar la cantidad y calidad de los estudios centrados en las políticas



sanitarias en salud mental. De continuar esta tendencia, es esperable encontrar en los próximos años una consolidación de las estrategias propuestas para la prestación de servicios y los modelos colaborativos. Destaca la importancia de un sistema comunitario que apoye la asistencia primaria y que descentralice el control de la atención a la salud mental desde su actual priorización en hospitales y centros de salud hacia ámbitos comunitarios con especialización en salud mental. Resta por confirmar la capacidad de los modelos para superar las limitaciones identificadas y generar, efectivamente, un cambio en el modelo asistencial de la salud mental.

## Referencias

1. Murray CJL, Lopez AD. (1996) *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability From Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
2. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E. et al. (2003) The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Aff (Millwood)*, 22:122-133.
3. The WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004) Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21):2581-2590. doi:10.1001/jama.291.21.2581
4. World Health Organization (2011) Mental Health Atlas 2011. <https://www.who.int/publications/i/item/9799241564359>
5. World Health Organization (2021) Mental Health Atlas 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
6. World Health Organization (2019). Mental Health Gap Action Programme. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme>
7. World Health Organization (2020) Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP intervention guide: experiences and lessons learned. Geneva: World Health Organization.
8. *World Health Organization (2019) mhGAP community toolkit: field test version*. Geneva: World Health Organization.



9. Mar J, García-Calvente MDM, Cabasés J, Puig-Barrachina V, Alonso J. (2020) Los retos actuales de la salud mental desde la Salud Pública y la Administración Sanitaria. Informe SESPAS 2020 [The current challenges of mental health from the Public Health and Health Administration. SESPAS Report 2020]. *Gac Sanit.*, 34 Suppl 1:1-2. doi:10.1016/j.gaceta.2020.09.001
10. Salvador-Carulla L, Almeda N, Álvarez-Gálvez J, García-Alonso C. (2020) En la montaña rusa: breve historia del modelo de atención de salud mental en España. Informe SESPAS 2020 [On the roller coaster: An abridged history of mental health planning in Spain. SESPAS Report 2020]. *Gac Sanit.*, 34 Suppl 1:3-10. doi:10.1016/j.gaceta.2020.06.009
11. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. (2020) Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. Informe SESPAS 2020 [Common mental disorders in primary care: diagnostic and therapeutic difficulties, and new challenges in prediction and prevention. SESPAS Report 2020]. *Gac Sanit.*, 34 Suppl 1:20-26. doi:10.1016/j.gaceta.2020.05.013
12. Aranda Regules, José Manuel et al. (2012) Modelos de colaboración para la atención a la salud mental en Andalucía: evaluación tras 9 años de implantación. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 32(113): 09-28.
13. Linardon J, Cuijpers P, Carlbring P, Messer M, Fuller-Tyszkiewicz M. (2019) The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 18(3):325-336. doi:10.1002/wps.20673



## 6. Capacidades y límites del sistema español para el tratamiento de las enfermedades mentales

### 6.1. Introducción: Opciones de tratamiento en enfermedades mentales

En lo relativo al tratamiento de las enfermedades mentales existen dos caminos fundamentales y diferenciados, la farmacoterapia y la psicoterapia, que a menudo funcionan sinérgicamente y presentan distintos grados de efectividad sobre distintas patologías y contextos. El concepto generalista de "enfermedades mentales" abarca un gran número de categorías diagnósticas que contienen desde los trastornos del espectro depresivos y del estado del ánimo incluyendo trastornos de tipo bipolar y la manía, pasando por los trastornos del espectro ansioso (incluyendo ansiedad generalizada y distintos tipos de fobias), trastornos obsesivo-compulsivos, de estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, hasta los trastornos del espectro esquizofrénico, por mencionar solo algunos de los que se definen en los manuales estandarizados. De manera relevante, no existen, a día de hoy, marcadores biológicos de enfermedad que permitan hacer un diagnóstico clínico basado en indicadores objetivos. Los diagnósticos de las enfermedades mentales se hacen íntegramente en base al criterio clínico y siguiendo las normas de los manuales que estandarizan los síntomas en categorías diagnósticas: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, que al día de hoy se encuentra en su 5ª edición, (1)), y el manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (*International Statistical Classification*, actualmente en su décima edición (2)).

Los tratamientos específicos y las guías de decisión clínica para cada uno de estos diagnósticos están bien documentadas, y no es objetivo de este informe revisarlos en detalle. Existen, sin embargo, algunas características comunes acerca de las capacidades y los límites de los tratamientos de las enfermedades en España. Por ejemplo, si nos centramos en las patologías de gran importancia por su elevada carga de enfermedad en la población como son la depresión o los trastornos de ansiedad, las recomendaciones de las guías clínicas son comparables. Atendiendo a lo estipulado en sus respectivas guías clínicas de tratamiento del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), en el caso de los trastornos del espectro depresivo y de la ansiedad debe priorizarse la realización de psicoterapia dado que este tipo de tratamiento cuenta con evidencia que la sitúa en el mejor lugar del balance coste-beneficio para el tratamiento de estas enfermedades. Respecto de la progresión de los tipos de tratamientos, las guías clínicas siguen los criterios comunes a la mayoría de las enfermedades crónicas: las primeras opciones terapéuticas deben ser siempre aquellas intervenciones de naturaleza lo menos intrusiva posible, como la terapia cognitivo-conductual, individual o grupal, y solo después o en casos graves se contempla el tratamiento farmacológico.



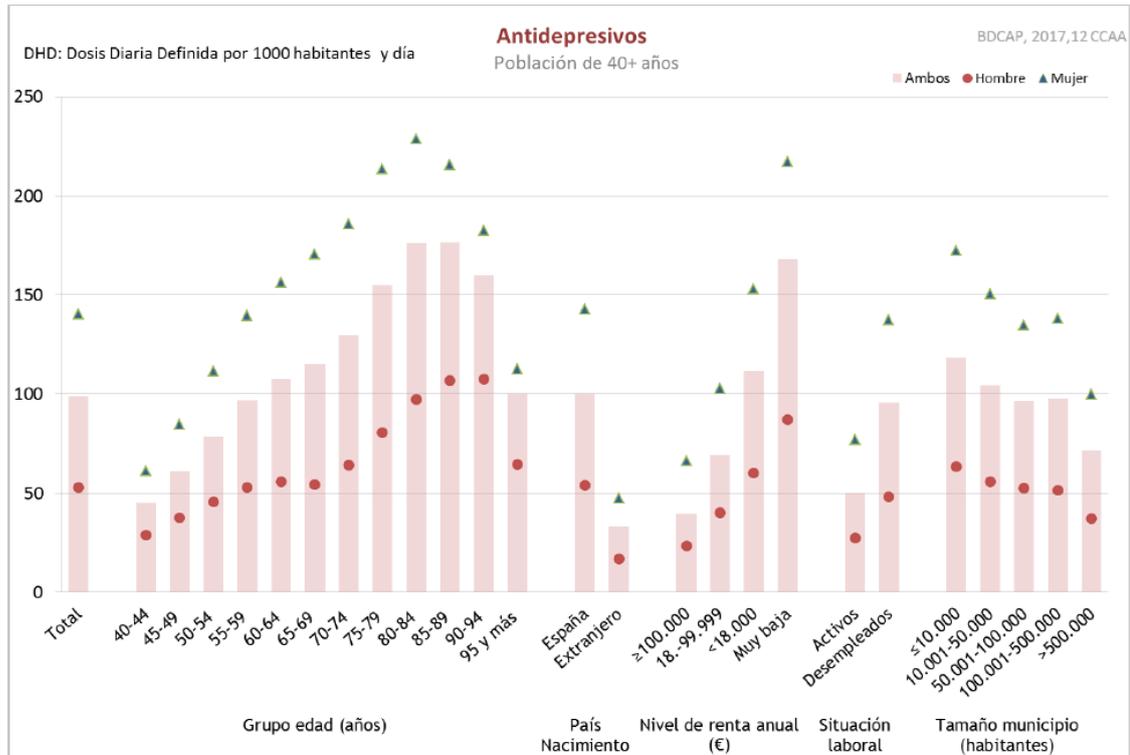
Por otro lado, se recomienda usar tratamiento farmacológico como primera opción si esta opción es preferida por el paciente por encima de una aproximación psicoterapéutica. También cambia la respuesta clínica si estamos frente a un diagnóstico con síntomas graves, como puede ser la depresión con síntomas psicóticos o los trastornos del espectro esquizofrénico, o con una presentación clínica aguda, como los episodios psicóticos. En estos casos, las guías NICE recomiendan como primera línea de tratamiento el uso de antipsicóticos orales, aunque su uso debe apoyarse con sesiones de terapia cognitivo-conductual.

Si bien en trastornos como la depresión tanto la terapia farmacológica como la psicológica han mostrado tasas de remisión sintomatológica superiores a las obtenidas con placebo o en controles no tratados, esta eficacia aumenta hasta un 30 % cuando se utilizan ambos tratamientos en combinación (3). Además, se ha comprobado que el uso combinado de psicoterapia y tratamiento psicofarmacológico mejora la adherencia. Para este diagnóstico, la duración del tratamiento puede oscilar entre 4 y 16 semanas para el episodio agudo, dependiendo de la gravedad de los síntomas y otros factores, aunque debe tenerse en cuenta que existe un alto riesgo de recaída, especialmente en el primer año. Por este motivo, los tratamientos suelen continuar entre 6 y 12 meses tras la fase aguda. Estas mismas consideraciones deben tenerse en cuenta a la hora de valorar los tratamientos combinados en el resto de los diagnósticos de enfermedades mentales, que raramente muestran una remisión completa. De manera que, a día de hoy, la mayoría de los trastornos incluidos en los manuales diagnósticos se consideran enfermedades crónicas.

## 6.2. Frecuencia de prescripción de las diferentes opciones de tratamientos para la salud mental en España

Acorde al informe "Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria" (4) emitido por el Ministerio de Sanidad en diciembre de 2020 y publicado en 2021, el 34,3 % de las mujeres y el 17,8 % de los hombres de 40 años o más retiró al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año 2017, según datos extraídos de la BDCAP (Base de Datos Clínicos de Atención Primaria). En este informe, se describe un patrón de consumo de estos tres grupos de psicofármacos predominantemente femenino, que aumenta con la edad, se relaciona de manera inversa con el nivel de renta y es mayor conforme más pequeño es el municipio de residencia del paciente. Este patrón coincide con la prevalencia poblacional de depresión y ansiedad presentadas en el Informe de esta serie correspondiente a la descripción de la dimensión del problema de la salud mental en España. Los datos actualizados sobre el consumo de ansiolíticos e hipnóticos a diciembre de 2021 indican que la tendencia general se mantiene al alza (5). Sin embargo, es difícil saber si la distribución desagregada según grupos continúa en la misma tendencia, en especial teniendo en consideración el efecto de la pandemia de la COVID-19 en diferentes grupos vulnerables.

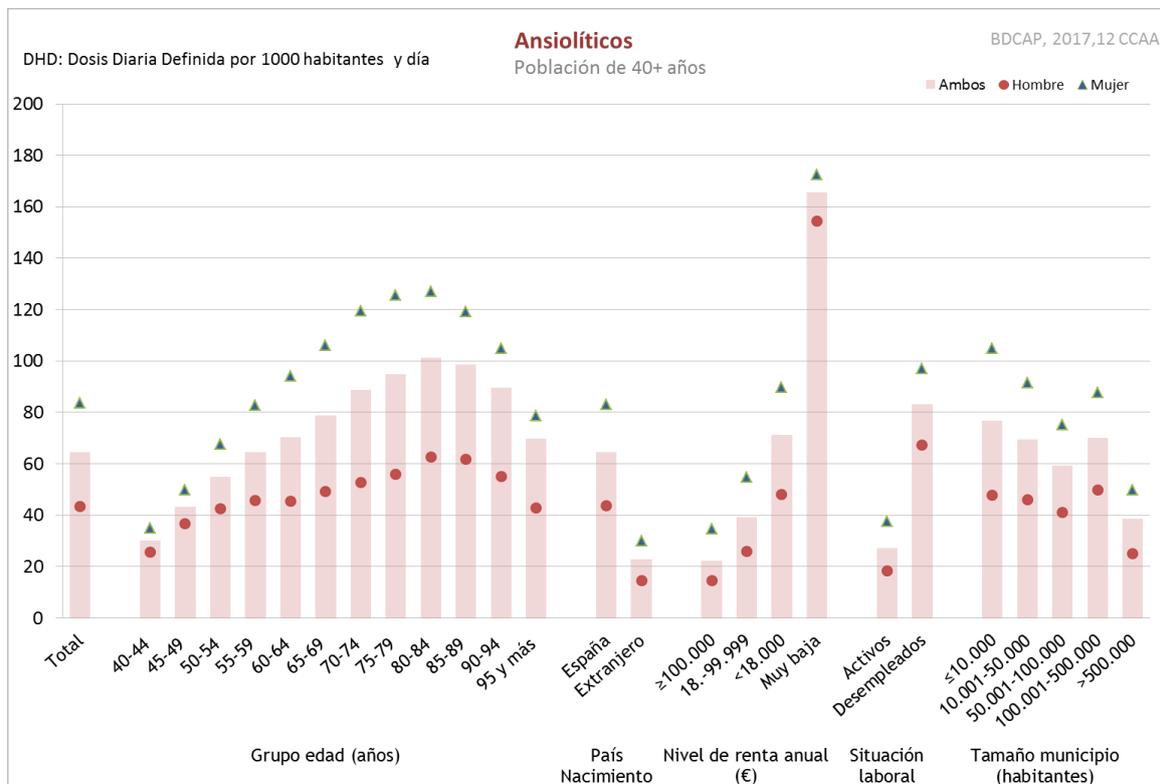




Valores de dispensación de **antidepresivos** en la población mayor de 40 años, expresados en dosis diaria definida por 1000 habitantes (DDD). El patrón teniendo en cuenta ambos sexos muestra cifras crecientes a medida que aumenta la edad hasta los 84 años, a medida que disminuye el nivel de renta y entre las personas desempleadas. Las cifras son más bajas en municipios con mayor densidad de población respecto de municipios más pequeños. En todos los casos, la cifra es mayor en mujeres que en hombres.

*Fuente: Subdirección General de Información Sanitaria. 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. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.*





Valores de dispensación de ansiolíticos en la población mayor de 40 años, expresados en dosis diaria definida por 1000 habitantes (DDD). La cifra global es más baja que la reportada para antidepresivos, mientras que el patrón teniendo en cuenta ambos sexos muestra datos similares entre los dos grupos de medicamentos: cifras crecientes a medida que aumenta la edad hasta los 84 años, a medida que disminuye el nivel de renta y entre las personas desempleadas. Las cifras relativas al tamaño del municipio muestran un patrón irregular, aunque la cifra más baja se observa en los municipios con mayor densidad de población. En todos los casos, la cifra es mayor en mujeres que en hombres. Los datos de cifras globales de consumo de ansiolíticos muestran una tendencia al alza.

*Fuente: Subdirección General de Información Sanitaria. 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. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2021.*



Otra fuente relevante de datos de consumo de psicofármacos a nivel nacional es la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE) del Instituto Nacional de Estadística en colaboración con el Ministerio de Sanidad. En este caso, se estudia el consumo autorreportado de psicofármacos en las dos semanas previas a la encuesta, que se muestra en la siguiente tabla estratificado por sexo y grupo de edad:

Grupo de edad	Consumo de tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir (%)			Consumo de antidepresivos y estimulantes (%)		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
De 0 a 14 años	0,6	0,9	0,7	-	-	-
De 15 a 24 años	2,1	2,1	2,1	1,0	0,9	0,9
De 25 a 44 años	7,1	5,6	6,4	3,5	2,1	2,8
De 45 a 64 años	16,5	10,1	13,3	9,4	4,2	6,8
De 65 y más años	34,1	15,4	25,9	14,8	4,8	10,4
<b>Total</b>	<b>13,9</b>	<b>7,4</b>	<b>10,7</b>	<b>7,9</b>	<b>3,2</b>	<b>5,6</b>

Debe tenerse en cuenta en la interpretación comparativa de los datos que algunos diagnósticos de enfermedades mentales y su consiguiente tratamiento son más frecuentes en algunas franjas etarias. Por ejemplo, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad se diagnostica más frecuentemente en edades tempranas, mientras que los diagnósticos del espectro de la depresión son más comunes en etapas adultas. Las diferencias de la prevalencia de los diagnósticos pueden explicar algunas de las diferencias de las presentadas en la tabla entre grupos de edad. Algunas de las diferencias encontradas por sexo pueden deberse a las mismas razones, ya que existe una sobrerrepresentación de mujeres respecto de hombres en las prevalencias poblacionales de ansiedad y depresión. Sin embargo, en el caso de las diferencias entre hombres y mujeres respecto del consumo de psicofármacos debe también considerarse el sesgo de género en el diagnóstico de ansiedad y depresión.

Comparando los datos de prescripciones en atención primaria con el consumo autorreportado de psicofármacos, se observa que los patrones se corresponden. Resulta especialmente relevante comprobar que una de cada tres mujeres mayores de 64 años en España consume ansiolíticos, especialmente considerando que el uso prolongado de benzodiazepinas en mayores de 65 años puede aumentar la morbimortalidad por caídas y el riesgo de deterioro cognitivo. Un reciente estudio en Portugal (6) ha mostrado, además, que mientras un uso adecuado de ansiolíticos implica que sea limitado en el tiempo para prevenir posibles adicciones, a menudo el consumo se prolonga durante períodos más largos de lo indicado y puede conllevar un aumento del riesgo de presentar conductas adictivas.

En cuanto a la evolución temporal del consumo de psicofármacos, los datos apuntan a una estabilización del consumo de ansiolíticos en España hasta el 2020, año de la primera ola de la COVID-19. Según el último informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA (7)*), en 2020 se produjo un crecimiento del consumo de ansiolíticos atribuible a los efectos de la pandemia y el consiguiente confinamiento, sobre la prevalencia de ansiedad en la población general. Por otra parte, la evolución temporal del consumo de antidepresivos ya presentaba una tendencia al alza previamente a la pandemia en toda Europa, no solo en España. Esta tendencia continuó al alza durante el 2020 y subsecuentes años.

También recogido en la Encuesta Nacional de Salud se encuentra el porcentaje de personas que reportan haber acudido a consulta psicológica, psicólogo, psicoterapéutica o psiquiátrica en los últimos 12 meses, por sexo y grupo de edad:

Grupo de edad	Mujeres (%)	Hombres (%)	Total (%)
De 0 a 4 años	1,7	2,3	2,0
De 5 a 14 años	5,1	8,9	7,0
De 15 a 24 años	6,7	5,3	6,0
De 25 a 34 años	7,1	5,5	6,3
De 35 a 44 años	7,5	4,1	5,8
De 45 a 54 años	6,9	4,6	5,8
De 55 a 64 años	7,2	4,2	5,7
De 65 a 74 años	5,5	2,6	4,1
De 75 a 84 años	4,6	1,9	3,5
De 85 y más años	0,9	0,6	0,8
<b>Total</b>	<b>6,1</b>	<b>4,6</b>	<b>5,4</b>

Observamos que a partir de la adolescencia son las mujeres quienes mayoritariamente acuden a psicoterapia y que este tipo de atención se concentra especialmente en las edades medias de la vida, entre los 15 y los 64 años, para luego descender, si bien existe un pico en hombres entre 5 y 14 años. Este pico en hombres, durante la infancia y primeros años de la adolescencia, puede estar relacionado con lo comentado más arriba sobre la prevalencia de los diagnósticos de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en esta etapa de la vida, y porque este diagnóstico es más frecuente en hombres que en mujeres (mientras que en mujeres los diagnósticos más comunes son los del espectro depresivo y los que afectan a la conducta alimentaria).

Esta tendencia al descenso de porcentaje de personas que reportan haber acudido a consulta de psicología o psiquiatría en mayores puede deberse al reciente incremento en la aceptabilidad social de la psicoterapia en los grupos más jóvenes de la población en las últimas décadas. Esta nueva aceptación e integración de la psicoterapia también se refleja en datos de la misma Encuesta Nacional de Salud que muestran que mientras en 2011 un 3,5 % de personas acudió al menos una vez al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, en 2017 esta cifra aumentó hasta el 5,4 % que se presenta en la tabla, presentando en ambos sexos un incremento similar con el transcurso de los años, de aproximadamente un 50 %.

### **6.3. Seguimiento y adherencia a los tratamientos. El papel de los profesionales sanitarios en la atención continuada y la detección de reacciones adversas**

Una parte fundamental del tratamiento de las enfermedades psiquiátricas, que a menudo constituyen un proceso crónico, es el seguimiento de los pacientes en relación a la adherencia a los tratamientos. Los tratamientos psicoterapéuticos se formalizan en sesiones donde el profesional sanitario se encuentra (ya sea cara a cara, ya sea por medios tecnológicos) con los pacientes, incluyen en su propia naturaleza un seguimiento personalizado de la conducta de los pacientes. Los tratamientos psicofarmacológicos pueden conducirse con frecuencias más largas de contacto con los pacientes. Este tipo de tratamientos requieren un período de valoración clínica de varias semanas, y su duración total suele ser de años. Además, y sobre todo en pacientes donde la primera opción de tratamiento psicofarmacológico no muestra resultados clínicos, el procedimiento hasta la identificación de las dosis óptimas puede ser también muy largo. Por estas razones, garantizar la adherencia al tratamiento psicofarmacológico es una parte fundamental del manejo de este tipo de patología, pero a menudo esta necesidad se ve obstaculizada por las limitaciones del sistema. Si bien los estudios que han evaluado la adherencia terapéutica a psicofármacos han sido a menudo heterogéneos en su definición de la misma, un reciente metaanálisis (8) estima la adherencia a psicofármacos en un 51 % globalmente, un 50 % en pacientes con trastornos depresivos y apenas un 44 % en pacientes con esquizofrenia.



### La importancia de la actualización profesional para informar las indicaciones de tratamiento

Durante décadas, el tratamiento de la depresión estuvo guiado por resultados de investigación que indicaban una implicación importante de los mecanismos de regulación de serotonina en la génesis y mantenimiento de esta enfermedad. Con el objetivo de resumir los datos al respecto y evaluar los mecanismos de acción propios de la depresión, inicialmente definidos por una baja concentración de serotonina y una menor actividad reguladora, investigadores de University College London realizaron una revisión sistemática de la evidencia disponible hasta diciembre del 2020. Concretamente, exploraron datos de 12 revisiones sistemáticas y metaanálisis, y otros 5 estudios semejantes con datos de cohortes longitudinales y asociación genética que abordaban las principales áreas de investigación: desde la expresión clínica de la depresión, hasta estudios de mecanismos e hipótesis de procesos moleculares (12). En contra de las expectativas, la revisión mostró que no existen datos que, al día de hoy, avalen una asociación entre serotonina y depresión. Estos resultados han sorprendido al mundo científico, ya que la mayoría de los antidepresivos son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, y éste es hasta el momento el único mecanismo farmacológico aceptado por el cual los antidepresivos serían eficaces para el tratamiento de la depresión. Este caso pone sobre la mesa la importancia de la evidencia científica en la toma de decisiones y llama a una profunda reflexión sobre el papel de los profesionales en estos procesos.

Estas cifras indican una necesidad urgente de intervención y monitorización por parte de los profesionales implicados en la atención a este tipo de pacientes. Se hace indispensable algún tipo de programa integral de seguimiento comunitario, que atienda a las particularidades de las personas en tratamiento con psicofármacos y que sea capaz de detectar y atajar con rapidez problemas de adherencia, así como reacciones adversas. El rol de los profesionales sanitarios de atención especializada (psiquiatría y psicología clínica) y de los profesionales médicos y de enfermería de atención primaria como prescriptores está claramente asentado. Sin embargo, las mencionadas tasas de adherencia terapéutica revelan un fallo del sistema en este aspecto, especialmente en el largo plazo, donde la continuidad asistencial desde la atención especializada se ve limitada. La farmacia comunitaria cuenta aquí con una gran ventaja en términos de accesibilidad, pudiendo establecer una relación de *feedback* con el ciudadano en lo relativo a la dispensación y el consumo de este tipo de fármacos con menos limitaciones temporales y de accesibilidad, que se prolonga después del alta.

La falta de adherencia al tratamiento psicofarmacológico, igual que con el resto de las enfermedades, es compleja y atribuible a múltiples causas. Sin embargo, en particular en pacientes con tratamiento para la depresión, la adherencia temprana es crucial ya que se relaciona con menor riesgo de recurrencia y morbimortalidad (9). El farmacéutico tiene la capacidad, por su formación específica y su rol dentro del conjunto de la comunidad local, de comprender las razones por las cuales el paciente no está siguiendo las pautas de medicación, cuáles son las dificultades que encuentra y sus necesidades concretas. La 8ª Acción de Hazfarma: "Adhierte: prevención de la falta de adherencia", promovida por el Consejo general de Colegios Farmacéuticos, documenta en detalle los pasos a seguir para acompañar al



paciente y reconducir el tratamiento pautado. Las intervenciones recomendadas por su capacidad de aumentar la adherencia al tratamiento incluyen la información sobre los medicamentos, la percepción de su efectividad y seguridad, y el seguimiento personalizado (10-11). En este punto es relevante tener en cuenta que los pacientes con síntomas psiquiátricos pueden presentar alteraciones del estado del ánimo y la conducta diferentes de pacientes con otras enfermedades, y por lo tanto es particularmente importante en estos pacientes que los profesionales que acompañan su tratamiento tengan una formación específica en salud mental.

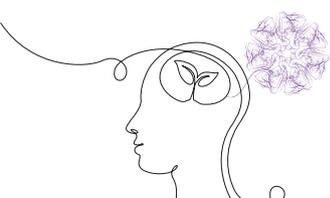
Este seguimiento comunitario no solo tendría el potencial de detectar e intervenir en casos de mala adherencia terapéutica, sino que también podría actuar como herramienta de vigilancia de efectos adversos, de tratamientos que se extienden demasiado en el tiempo o incluso de la adecuación terapéutica o la polimedicación. Por ejemplo, las personas con demencia a menudo reciben medicación antipsicótica como adyuvante de tratamiento. El informe de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria indica una dosis diaria definida por 1.000 habitantes dispensada a estos pacientes por encima de 57 DHD. Según estos datos, la utilización de antipsicóticos en personas con demencia tiende a disminuir con la edad. Sin embargo, se observa dispensación de antipsicóticos en población con demencia más allá de los 75 años.

Ejemplos de este tipo de vigilancia se encuentran en los indicadores de "no hacer" que se monitorizan en Atención Primaria. Por ejemplo, la Estrategia de Seguridad del Paciente recomienda no prescribir benzodiazepinas para tratar el insomnio en mayores de 75 años, cuyos posibles efectos nocivos ya se han mencionado.

Sin embargo, los datos indican que estos medicamentos se dispensan a más del 50 % de las personas en este grupo. Cabe discutir que no existe información que permita confirmar que el insomnio fue la causa principal de la prescripción de este medicamento, pero su uso en la mitad de la población de esta edad es claro y preocupante. De la misma manera, la Estrategia de Seguridad del Paciente recomienda no utilizar neurolépticos en personas mayores de 65 años con diagnóstico de insomnio o enfermedad de Parkinson. Pero los datos indican prescripción de este grupo de medicamentos en más del 8 % de esta población. Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, la utilización de dosis altas de citalopram/escitalopram en mayores de 65 años se asocia a efectos adversos de tipo cardiovascular (datos del Sistema de Información y Análisis de la Prestación Farmacéutica de la Comunidad de Madrid).

## 6.4. Conclusiones y recomendaciones

La salud mental de la población puede verse afectada por múltiples enfermedades que cubren desde problemas con altas tasas de prevalencia como la depresión o la ansiedad, a enfermedades que se inician en diferentes etapas vitales, y enfermedades altamente limitantes y menos frecuentes como los episodios psicóticos y la esquizofrenia. La diversidad de diagnósticos está asociada a una igualmente compleja diversidad de tratamientos y progresión de decisiones clínicas que hacen de la asistencia a la salud mental un ámbito sumamente complejo y un gran desafío para la salud pública.



Uno de los principales desafíos es el seguimiento adecuado de los tratamientos, en especial los tratamientos farmacológicos que reciben un seguimiento especializado menos frecuente que el de los tratamientos psicoterapéuticos. La continuidad de estos tratamientos depende ampliamente de la voluntad de los pacientes, que puede estar afectada por la misma enfermedad mental. En este caso, el trabajo interdisciplinar con otros profesionales sanitarios es fundamental, destacando el papel de la farmacia comunitaria en el seguimiento farmacoterapéutico y la evaluación de la adherencia. Asimismo, estos profesionales tienen un papel clave en el seguimiento relativo a la polimedicación e indicadores de no-hacer y en el refuerzo de aspectos relacionados con la educación sanitaria. Si bien existen ejemplos actuales de colaboraciones entre profesionales, su implementación está limitada tal y como se ha discutido en el Informe sobre identificación temprana de las enfermedades mentales. La innovación en la aplicación real de estas propuestas colaborativas probablemente resulte clave en la definición del papel de la farmacia comunitaria dentro del ámbito de la salud mental.

## Referencias

1. American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
3. Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, Andersson G. (2009) Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, Sep;70(9):1219-29. doi: 10.4088/JCP.09r05021. PMID: 19818243
4. Subdirección General de Información Sanitaria (2021). 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. BDCAP Series 2. [Publicación en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad.
5. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2022). Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. Ministerio de Sanidad de España. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
6. Estrela M, Herdeiro MT, Ferreira PL, Roque F. (2020) The Use of Antidepressants, Anxiolytics, Sedatives and Hypnotics in Europe: Focusing on Mental Health Care in Portugal and Prescribing in Older Patients. *Int J Environ Res Public Health*. Nov 19;17(22):8612. doi: 10.3390/ijerph17228612.
7. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022) Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
8. Semahegn, A., Torpey, K., Manu, A. *et al.* (2020) Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 9, 17. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-1274-3>



9. Scherrer, J. F., Garfield, L. D., Lustman, P. J., Hauptman, P. J., Chrusciel, T., Zeringue, A., Carney, R. M., Freedland, K. E., Bucholz, K. K., Owen, R., Newcomer, J. W., & True, W. R. (2011). Antidepressant drug compliance: reduced risk of MI and mortality in depressed patients. *The American journal of medicine*, 124(4), 318–324. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2010.11.015>
10. Readdean, K. C., Heuer, A. J., & Scott Parrott, J. (2018). Effect of pharmacist intervention on improving antidepressant medication adherence and depression symptomology: A systematic review and meta-analysis. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*, 14(4), 321–331. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.008>
11. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). (2017) Dispensación, adherencia y uso adecuado del tratamiento: guía práctica para el farmacéutico comunitario. Disponible en: [https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia\\_0.pdf](https://www.sefac.org/sites/default/files/2017-11/Adherencia_0.pdf).
12. Moncrieff, J., Cooper, R.E., Stockmann, T. *et al.* (2022) The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. *Mol Psychiatry*. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>

**Nota:** Los datos relativos a las estimaciones poblacionales de salud y asistencia sanitaria fueron obtenidos a través del Banco de Datos del Ministerio de Sanidad, específicamente los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España y Estadísticas de Centros Sanitarios. Los datos están disponibles para consulta en la web de estadísticas poblacionales del Ministerio de Salud: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/bancoDatos.htm> y <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>

Los datos actualizados al año 2022 se extrajeron del Informe de utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España que pueden consultarse en <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>



## 7. Recomendaciones

Aunque a día de hoy continúan siendo objeto de estigma e invisibilización política y social, se estima que para el año 2030 los problemas de salud mental serán la principal causa de pérdida de vida saludable (medida en años de vida ajustados por discapacidad o *disability-adjusted life years* - DALYs). Esto ya es una realidad en el grupo de personas que tienen entre 15 y 24 años: la ansiedad y el trastorno depresivo mayor, respectivamente, ocupan el primer y segundo lugar en la clasificación de causas de pérdidas de DALY por enfermedades no transmisibles en España entre los adultos jóvenes. Sin embargo, la proporción del gasto total que el Estado destina a la salud mental ha sido históricamente escasa, y, a pesar de algunas mejoras en los últimos años, sigue estando muy por debajo de lo recomendado por los organismos internacionales.

La pandemia de la COVID-19 encontró a España en una lamentable situación de falta de información sobre la situación de la salud mental de su ciudadanía, más allá de lo que sucedía en las estadísticas de los hospitales. La emergencia ha promovido una llamada de atención hacia estas enfermedades y, también, hacia el reconocimiento de las circunstancias socioeconómicas y ambientales que pueden empeorar el estado de la salud mental de la población. Las consecuencias que la pandemia ha tenido sobre la salud mental han creado "*momentum*" para acelerar acciones que llevaban largo tiempo congeladas. El más claro ejemplo de esto es la actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en el año 2022, largamente demorada desde la finalización del período 2007-2013, que ocupó la aplicación de la primera versión del documento. España cuenta a partir de ahora con una estrategia consensuada que pone el foco en la inclusión social, la lucha contra el estigma y el respeto a los derechos de la ciudadanía, así como la atención a la salud mental tras la pandemia, de aplicación entre 2022 y 2026. El desafío, por lo tanto, es alcanzar una planificación realista acompañada de acciones inclusivas y representativas de la diversidad de realidades de las diferentes comunidades autónomas, que responda a las necesidades específicas en términos de salud mental tanto a nivel de promoción y prevención como de atención comunitaria y clínica especializada.

Este documento tiene por objetivo presentar un resumen del escenario actual de la salud mental en España y las principales recomendaciones surgidas a raíz de su análisis y discusión en el seno del Consejo Asesor Social del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, constituido por representantes de catorce organizaciones: AFAMMER, Caritas Española, CEAPA, CEOMA, CERMI, Cruz Roja Española, Farmacéuticos Mundi, Farmacéuticos Sin Fronteras España, Fundación ONCE, IMSERSO, Instituto Salud Global, Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), Red Española de Desarrollo Rural (REDR) y UNICEF España.

La referencia a la información original sobre la que se apoyan estas recomendaciones puede consultarse en los cinco documentos de revisión que acompañan el presente informe.



## 7.1. Políticas de salud mental

Las políticas en salud mental se han desarrollado en paralelo a la definición de la enfermedad mental y de la salud mental en general. Junto con la actualización del concepto de salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004), se abre el espectro de aquello que es propiamente sanitario para incluir tópicos propios de otras áreas. A pesar de este avance, existen grandes diferencias entre las comunidades autónomas que corren el riesgo de estancarse a falta de un reconocimiento activo y generalizado de la relevancia de la salud mental dentro del sistema nacional de salud.

El límite entre los denominados problemas de la salud mental y las enfermedades mentales, sin embargo, no es claro, como tampoco cuáles son las acciones recomendadas para tomar las decisiones respecto de la necesidad o no de un tratamiento especializado. Esto continúa siendo uno de los mayores desafíos de la salud mental actual. En todo el ámbito nacional las competencias en temas de salud mental entran dentro del ámbito sanitario (principalmente psiquiatría y psicología clínica) pero la red efectiva que opera en salud mental incluye profesionales de otras áreas. Al mismo tiempo, cada vez es más relevante el rol de las personas usuarias del sistema de salud mental y sus familiares en la toma de decisiones tanto de los tratamientos como de la identificación de prioridades. Estos diferentes actores constituyen un tejido complejo donde hasta el momento ha resultado difícil arribar a consensos sobre temas clave como liderazgo y relevancia relativa de los problemas que afectan a la salud mental y cómo gestionarlos. Asimismo, y relacionado con la dificultad de consenso sobre la definición de salud-enfermedad, existe una gran variabilidad entre los sistemas de recogida de datos de salud mental (basados en diferentes escalas, criterios clínicos, datos de consumo de medicamentos) que limitan la interpretación de datos comparados.

A su vez, las dificultades en la gestión impactan negativamente en la capacidad del colectivo para incidir en la asignación de presupuestos específicos para salud mental y su eficaz distribución. La carga atribuible a los problemas de salud mental ha sido históricamente alta tanto en España como a nivel global, incrementándose en la postpandemia de la COVID-19. Es claramente necesario un incremento de la proporción del gasto total destinado en España a la salud mental. La distribución de estos presupuestos debe ser considerada detalladamente. Actualmente, los (escasos) recursos se destinan de manera desproporcionada a la asistencia a nivel hospitalario. Esta distribución de la asignación va en detrimento de la atención primaria y comunitaria, que es donde se podría implementar acciones preventivas, así como también dar una respuesta rápida a los primeros síntomas para reducir las necesidades de tratamientos más largos y, en definitiva, reducir la carga de la enfermedad a nivel poblacional.



Finalmente, la altísima prevalencia poblacional y los costes asociados al tratamiento hacen inverosímil un modelo completamente público de asistencia. Al mismo tiempo, y debido en parte al impacto que el rápido progreso científico ha tenido en la diversificación de las opciones de asistencia, se evidencia un incremento del interés del sector privado en la prestación de servicios en salud mental. En este escenario, resulta fundamental encontrar opciones de colaboración que permitan hacer frente a este desafío de una manera sostenible, al tiempo que se protegen las necesidades de los grupos más vulnerables que, por otro lado, son los grupos con el mayor riesgo.

## 7.2. Sistemas de salud mental

Aunque el sistema sanitario es el único emisor formal de acciones de salud mental, solo alrededor de un 60 % de los centros sanitarios públicos en España cuentan con oferta para la atención de la salud mental. Estos números incluyen psiquiatría y psicología clínica, ya que formalmente son estos profesionales quienes tienen competencias en el área. La ratio media de psiquiatras por 100.000 habitantes en España es 8,0, muy por debajo de la de Bélgica (20,3), Holanda (20,1), Francia (14,1), Grecia (14,1) o Italia (10,9). De manera importante, las diferencias de prioridades, enfoques y necesidades percibidas entre comunidades autónomas son enormes y se evidencian claramente en las diferencias de cobertura asistencial: la comunidad con mayor ratio (País Vasco, 12,9 en 2019) duplica largamente a la de menor ratio (Murcia, 5,2 mismo año). Estas diferencias corren el riesgo de estancarse a falta de un reconocimiento activo y generalizado de la relevancia de la salud mental dentro del sistema nacional de salud. Además, existe un vacío de información respecto de la organización de la asistencia en medios rurales. Esta falta de datos es, en sí mismo, un indicador de la situación de la salud mental en estas áreas.

Resulta imposible presentar los números del resto de servicios y profesionales que, aun trabajando fuera del ámbito propiamente sanitario, pueden considerarse agentes de salud mental, ya que, al no ser parte formal de la red, no se encuentra esta información de manera sistematizada. Sin embargo, el modelo organizativo de atención a la salud mental que priorice la atención comunitaria recae fuertemente en la capacidad del sistema de identificar los nodos de las múltiples disciplinas involucradas. Las prácticas colaborativas entre profesionales que tienen incidencia en la salud mental tienen la capacidad potencial de aumentar la calidad de los cuidados continuos, desde la identificación de factores de riesgo y primeros síntomas, hasta el seguimiento a largo plazo y recuperación. La implementación de estas prácticas colaborativas es uno de los principales desafíos de los sistemas de asistencia a la salud mental. Las principales barreras incluyen las dificultades en la definición de los límites o territorios disciplinarios, confianza entre profesionales de diferentes áreas, falta de apoyo institucional y económico, variabilidad en el marco legislativo y protocolos de actuación comunes.

España se encuentra entre los países con más consumo de psicofármacos. Pero las recomendaciones de las guías clínicas para el tratamiento de la depresión y la ansiedad (de lejos, las más comunes en la población) indican como primera opción de tratamiento la psicoterapia. En España, al igual que en todo el mundo, existe una importante brecha de tratamiento. Se calcula que alrededor del 40% de las personas que necesitan tratamiento



especializado no lo están recibiendo. En este sentido, la incorporación de herramientas de *e-health* - que estén apoyadas en clara evidencia científica - en procesos asistenciales especializados podría ser útil para reducir los tiempos de espera, disminuir la probabilidad de avance de los síntomas, y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Quedan todavía importantes desafíos respecto del uso de estas tecnologías en las poblaciones con menor acceso a tecnología o bajos niveles de alfabetización digital.

### 7.3. Determinantes de la salud mental y de su tratamiento

No todas las personas tienen las mismas probabilidades de enfermar ni, una vez enfermas, las mismas probabilidades de recibir un tratamiento adecuado y recuperación. Estas vulnerabilidades se asocian a determinantes tanto estructurales como intermedios (o prevenibles) de salud. Además de la historia familiar de enfermedad, los determinantes estructurales de salud mental más reconocidos son el género, la edad, y la condición socioeconómica. Entre los determinantes prevenibles más ampliamente reconocidos se encuentran la violencia interpersonal, el estilo de vida sedentario o la dieta poco saludable, y el medio en el que vivimos. Estos determinantes interactúan entre sí y con características individuales, generando un entramado complejo de interacciones dinámicas a lo largo de la vida. Es difícil por lo tanto calcular exactamente quién enfermará y con qué problema específico. Lo mismo sucede respecto de qué tratamiento funcionará y las condiciones de su seguimiento. Pero es posible y recomendable planificar las acciones para reducir la desigualdad y promover acciones de salud entre quienes tienen mayor riesgo.

Las ciudades, donde se espera que viva hasta un 70 % de la población mundial en los próximos años, son claramente un nodo donde se multiplican los riesgos asociados a las desigualdades socioeconómicas y se suman aquellos relativos al ambiente construido y medio ambiente. Aquí es donde más directamente pueden incidir los estados sobre la salud mental de sus poblaciones. La promoción de la salud se ha desarrollado tradicionalmente alrededor del aprendizaje o entrenamiento en conductas centradas mayoritariamente en las personas, como la adquisición de hábitos de vida saludable (actividad física adecuada, dieta equilibrada, etc.). Sin embargo, es cada vez más evidente que estas conductas no dependen únicamente de las personas como individuos, sino del contexto que las promueve al brindar entornos donde realizar las actividades físicas, áreas de encuentro social, garantías de vivienda, o incluso la "prescripción" de estas conductas en las consultas médicas. La mala calidad del aire, la ausencia de espacios verdes y azules, la falta de disponibilidad de espacios comunes de encuentro, entre otras, son áreas de mejora donde los ayuntamientos tienen competencias. Asimismo, las condiciones de vivienda son fundamentales. Estos factores ambientales tienden a concentrarse en los barrios más desfavorecidos, pudiendo multiplicar los efectos de los determinantes estructurales. Una perspectiva de salud mental en la planificación urbana podría contribuir a reconocer estas desigualdades, y promover acciones concretas de salud urbana en zonas especialmente vulnerables. Los edificios de viviendas, oficinas, e incluso centros de salud o escuelas podrían beneficiarse de una aproximación similar.



De la misma manera, múltiples factores se aglutinan en relación a enfermedades crónicas o graves, cuyo curso progresivo impacta de manera negativa en la salud mental tanto de quien la padece como de las personas que cuidan. Junto con el aumento de la esperanza de vida, se espera que la proporción de personas con enfermedades de larga duración aumente en los próximos años. En esta línea aparece la soledad no deseada, uno de los factores más íntimamente vinculados a problemas de salud mental pero también a otras enfermedades crónicas e, incluso, incrementos en las tasas de mortalidad. En este punto, es importante diferenciar soledad de aislamiento, éste último no necesariamente vinculado a problemas de salud en sí mismo sino a un factor intermedio que es la accesibilidad al sistema asistencial.

Estas consideraciones son particularmente relevantes cuando se reflexiona acerca de los contrastes de la salud mental en entornos urbanos respecto de los rurales, ya que, en términos de promoción de la salud y resiliencia, las áreas rurales y los pueblos cuentan con una estructura medioambiental y social beneficiosa para la salud mental. La escasez sistemática de información que permita un mejor conocimiento de la realidad rural es llamativa, ya que cerca de 2 millones de personas en España viven en municipios de menos de 1.000 habitantes. Los pocos datos que manejamos indican que la prevalencia de depresión y ansiedad en áreas rurales es menor respecto a la de las áreas urbanas. Sin embargo, el consumo de psicofármacos es mayor en las primeras. Es posible que el alto consumo de fármacos se asocie a una respuesta que se pretende rápida (aunque inadecuada e ineficiente) a los problemas de salud mental en una población que, aún en un entorno saludable, presenta serios problemas de accesibilidad a la red. Cabe aquí también la reflexión acerca del aumento desproporcionado del número de suicidios en medios rurales respecto de medios urbanos después de la pandemia, y hasta qué punto se relaciona este aumento con el aislamiento, la falta de servicios, y las dificultades de acceso a una red de salud mental en estas áreas.

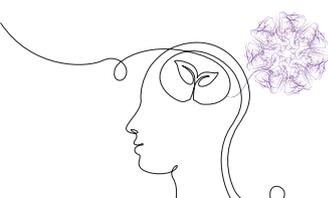
#### 7.4. El papel de los profesionales farmacéuticos

La presencialidad es fundamental tanto en medios rurales como urbanos para asistir a las personas y para resolver las brechas tanto de información como de asistencia. España cuenta con la red más numerosa de farmacias de Europa, con un total de 22.137 farmacias, 2 de cada 3 de ellas ubicadas fuera de las capitales de provincia. Teniendo en cuenta que el 60 % de las farmacias en España están en medios rurales, y que en la mayoría de estos casos es el único personal sanitario en contacto directo con los pacientes, una red de farmacias con perspectiva comunitaria es, en sí misma, un recurso único para la construcción de resiliencia colectiva en estas áreas. En las ciudades, la farmacia comunitaria puede actuar como el primer nivel de acceso a la asistencia dentro del sistema de atención a la salud mental, mediante la identificación temprana de síntomas o incluso por medio de la detección de situaciones de riesgo (como por ejemplo violencia doméstica).



El contexto actual caracterizado por un aumento de la prevalencia de los problemas de salud mental en la población, junto con una sistemática escasez de recursos específicos, pone en evidencia la necesidad de encontrar modelos sostenibles que permitan aumentar los recursos disponibles ahora y a lo largo del tiempo. Se busca dar respuesta a una demanda de asistencia que se prevé aumente de manera continuada en los próximos años, relacionada a determinantes que ya están actuando (envejecimiento de la población, estilos de vida, vida urbana, etc.). Los modelos colaborativos de asistencia a la salud mental son una alternativa válida y eficiente para mejorar las prestaciones de servicios, y la capilaridad de la red de farmacias en España la dota de gran capacidad como agente en la resolución de estos retos. El trabajo colaborativo entre profesionales de la farmacia y la medicina, psicología, o enfermería puede incrementar el nivel de calidad de la acción de salud, desde la prevención hasta el tratamiento y recuperación.

Como profesional sanitario en contacto diario con los pacientes, y apoyado por la conexión entre las farmacias y el contexto económico y laboral de los usuarios en general, el farmacéutico puede tener un papel altamente relevante en la identificación de conductas que aumentan el riesgo de problemas de salud mental y ofrecer consejo y educación sanitaria de promoción de la salud (alimentación, ejercicio físico, medidas higiénicas, etc.), en la detección de situaciones de vulnerabilidad como la violencia interpersonal, ya sea en la infancia, en la pareja, o contra los adultos mayores, y en el refuerzo a la implementación de las campañas de prevención de problemas graves de salud mental, incluido el suicidio. De la misma manera, se encuentra en una posición estratégica para identificar signos y síntomas que requieran de derivación a atención primaria (primeros síntomas, alteraciones del estado del ánimo), y optimizar el uso de los medicamentos, incluyendo el uso responsable y la mejora de la adherencia terapéutica. La continuidad de los tratamientos depende ampliamente de la voluntad de los pacientes, que puede estar afectada por la enfermedad mental. En este caso, el trabajo interdisciplinar con otros profesionales sanitarios es fundamental. Este seguimiento desde la farmacia comunitaria no solo tiene el potencial de intervenir en casos de baja adherencia terapéutica, sino también actuar como herramienta de vigilancia de efectos adversos, de tratamientos que se extienden demasiado en el tiempo, el seguimiento relativo a la polimedicación e indicadores de no-hacer y en el refuerzo de aspectos relacionados con la educación sanitaria. Además, por su cercanía, en muchas ocasiones el farmacéutico se convierte en un profesional sanitario que presta apoyo emocional al paciente.



## 7.5. Recomendaciones

### 7.5.1 RECOMENDACIONES EN POLÍTICAS A NIVEL NACIONAL

La disminución de las tasas de prevalencia de los problemas de salud mental es un objetivo asumible, así como también lo es la reducción de la brecha del tratamiento de las enfermedades. Resulta por lo tanto prioritario **evaluar de manera sistemática y centralizada** la presencia de problemas de la salud mental en toda la ciudadanía, no sólo en base a registros sanitarios sino por medio de encuestas periódicas. Sistematizar e incrementar los recursos destinados a vigilancia epidemiológica en salud mental, que considere tanto el plano asistencial especializado (número de profesionales sanitarios, tratamientos) como el de prevención y atención primaria (salud mental de poblaciones), habilitará una mirada más clara y profunda de la realidad de la salud mental de la población española, sus necesidades específicas, y las características de cada comunidad autónoma.

La **planificación anticipada de acciones que aborden los principales desafíos** en salud mental debe: i) tener una perspectiva comunitaria y colectiva, ii) construirse mediante procesos de consulta interdisciplinar (incluir actores clave representantes de realidades diversas) y iii) estar basada en información confiable y, a ser posible, local. De esta manera podrá **desarrollarse evidencia generalizable sobre qué funciona y qué no funciona en salud mental** por medio de intervenciones sistematizadas y planificadas que incluyan monitorización del cambio. Por las implicaciones que los determinantes de salud tienen sobre la salud mental poblacional, la construcción de estrategias de prevención primaria debe incorporar una perspectiva que incluya las intersecciones entre el ámbito sanitario y otras áreas relevantes, como derechos humanos, género, vivienda, desarrollo urbano y rural, educación, y comunidad.

Es clave, también, la **revisión de la Estrategia Nacional de Salud Mental** con plazos preestablecidos y una clara identificación de los actores y las redes de consulta disponibles para la toma de decisiones, que permitan dar continuidad al proyecto a lo largo de los años. La comunicación entre profesionales y la integración de esta red debe realizarse mediante **protocolos consensuados dentro de una estrategia común** a todo el Sistema Nacional de Salud para garantizar un avance significativo de la asistencia a la salud mental en todos sus niveles. Debe definirse una **asignación presupuestaria específica** a salud mental. Esto permitirá, asimismo, construir sobre la experiencia y desarrollar guías claras de preparación y afrontamiento frente a nuevas emergencias.

### 7.5.2 RECOMENDACIONES EN POLÍTICAS A NIVEL DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Se recomienda revisar la distribución actual de los recursos con la mirada puesta en el mediano y largo plazo y teniendo en cuenta los objetivos prioritarios planteados en la Estrategia Nacional. El objetivo actual es reducir la carga asociada a la enfermedad. Para ello, **debe alcanzarse una distribución balanceada entre las diferentes áreas de acción** que refleje las necesidades poblacionales en términos de incidencia, prevalencia, y riesgo, además de tratamiento.



**Estudios de efectividad e implementación** permitirán dar respuestas concretas a una demanda creciente y un sistema público de asistencia a la salud mental cada vez más sobrecargado. Las fórmulas propuestas, incluso aquellas que involucren agentes privados, deben resultar beneficiosas para todos los actores implicados, en especial la ciudadanía y los grupos más vulnerables, al tiempo que las comunidades autónomas deben mantener el control jurídico y económico sobre la asistencia a la salud de sus poblaciones.

La regionalización de la atención tal y como está dispuesto en España puede promover el uso de **herramientas más eficientes en términos de vigilancia y modelos predictivos de riesgo**. Sin embargo, el modelo de asistencia debe incluir colaboraciones entre profesionales tanto dentro mismo del ámbito sanitario como entre áreas sanitarias y no sanitarias. Las redes de salud mental que incluyan profesionales y actores de diversos perfiles actuando de manera coordinada en la comunidad pueden facilitar el acceso a los servicios necesarios según las particularidades de cada persona, aumentando la eficiencia de la organización ya existente.

### 7.5.3 RECOMENDACIONES EN SISTEMAS DE SALUD MENTAL

El avance en la definición de las directrices para la integración de la salud mental en la atención primaria de la salud no se ha traducido en actividades concretas que guíen su implementación en contextos reales. **Los modelos colaborativos están ampliamente recomendados porque permiten maximizar el uso de los recursos existentes** por medio de la inclusión de los profesionales de múltiples áreas (farmacia, medicina, psicología, enfermería). Asimismo, se contempla dentro de esta red de acción a profesionales de áreas no sanitarias que pueden tener un impacto en la salud de las personas (ayuntamientos, escuelas, empleadores).

Durante la implementación de estos modelos debe tenerse en cuenta que pueden existir problemas de territorialidad. Es fundamental, por lo tanto, destacar de manera explícita la importancia de estas actividades y su potencial interés en todos los niveles: prevención, respuesta y seguimiento. Se debe **capacitar a toda la red de profesionales potencialmente emisores de salud mental en la implementación de prácticas colaborativas e integración** de prestación de servicios en las intervenciones farmacológicas y psicosociales adecuadas a cada problema de salud mental.

**Los protocolos a implementar deben ser compartidos y consensuados, y estar bien establecidos para el seguimiento** de situaciones de riesgo/vulnerabilidad o asistencia identificados por cualquiera de los profesionales de la red de salud mental. Es necesaria la protocolización de todas las actuaciones para la detección precoz, así como ahondar en las funciones centinelas de los farmacéuticos y en su capacidad de actuar como radares de detección de problemas sociales y de fuente de datos.



**La atención a la salud mental de las personas vulnerables** puede estar limitada por los obstáculos en el acceso al sistema sociosanitario debido a la propia condición de vulnerabilidad. Es en estos casos donde son más necesarias las estrategias colaborativas entre áreas de salud comunitaria y hospitalaria. Deben tenerse en cuenta principalmente los siguientes grupos vulnerables y acciones correspondientes:

- Las personas jóvenes (15 a 24 años) deben ser objetivo de acciones de prevención y asistencia específicamente dirigidas en función de sus necesidades. Debe considerarse una reformulación del sistema sanitario para proveer de servicios a estas personas (actualmente parcialmente asistida por servicios de pediatría).
- Las personas mayores de 60 años son un grupo de riesgo para problemas de salud mental y la proporción de personas en esta franja de edad es progresivamente mayor en relación con el resto de franjas de edad. Es necesaria una planificación anticipada de su asistencia.
- Las personas en situación de dependencia deben ser consideradas siempre un grupo de riesgo tanto en términos de prevención primaria como de iniciación y seguimiento de tratamiento.

Finalmente, las personas con síntomas psiquiátricos pueden presentar alteraciones del estado del ánimo y la conducta diferentes de personas con otras enfermedades, y por lo tanto es particularmente importante **que los profesionales que acompañan su tratamiento tengan una formación específica en salud mental**. Además, deben apoyarse iniciativas de formación de profesionales farmacéuticos para responder a emergencias de salud mental (e.g. crisis agudas de ansiedad, respuesta rápida después de una emergencia).





# Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos

Integrantes del Consejo Asesor Social:



Estudio realizado por:

**ISGlobal**  
Instituto de  
Salud Global  
Barcelona