

VALORACIÓN DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA

JOSÉ PEDRO ESPADA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ DE ELCHE

Profundizando en el análisis del *Primer Informe de Evaluación de la Estrategia en Salud Mental 2007*, José Pedro Espada, profesor titular de la Facultad de Psicología en la Universidad Miguel Hernández, nos ofrece su valoración de la línea estratégica 1. Dicha línea de acción se centra en la promoción de la salud mental de la población, la prevención de la enfermedad mental y la erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental. Dentro de esta línea estratégica se contemplan tres objetivos generales:

- ✓ Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos. Se incluye aquí el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud mental, el asesoramiento a responsables institucionales y la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación.
- ✓ Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general. Se establecen en este apartado como principales indicadores la tasa de personas con riesgo de mala salud mental, la prevalencia de trastornos mentales, así como el porcentaje de consumidores de drogas en la población general y entre los adolescentes en particular.



José Pedro Espada

- ✓ Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales, basándose en actuaciones de fomento de la integración, revisión de barreras normativas y puesta en práctica de protocolos e infraestructuras para evitar la discriminación en centros asistenciales.

Valoración de la línea estratégica 1

1. Análisis de la consecución de los objetivos planteados en esta línea:

La valoración de los indicadores establecidos en esta línea apunta a un cum-

plimiento moderado de los objetivos asociados a la promoción de la salud mental y a la prevención de la enfermedad mental. Así, se observa un descenso en algunos indicadores, como la frecuencia de muertes por suicidio (indicador de buenos resultados en la prevención de la depresión y el suicidio), o el aumento del número de camas psiquiátricas en hospitales generales, lo que sugiere una mayor integración del enfermo mental y un avance en la reducción del estigma social.

En otros indicadores no se dispone de datos de años anteriores que permitan una valoración temporal de los parámetros de salud mental. En estos casos, el informe se basa en el grado de implementación de programas y acciones específicas. Por ejemplo, el Objetivo 1.1, que plantea “formular, realizar y evaluar intervenciones para promocionar la salud mental en cada uno de los grupos de edad”, se ha cumplido parcialmente, ya que la mayoría de las comunidades autónomas (CC.AA.) afirman haber incluido en sus planes de salud dichas intervenciones.

Aunque es un dato positivo el hecho de que se hayan desarrollado programas en la mayor parte del territorio nacional, del total de 46 intervenciones terminadas,

José Pedro Espada es profesor titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico en la Universidad Miguel Hernández. Terapeuta en el Centro de Psicología Aplicada de esta universidad. Investigador en el área de la psicología clínica y de la salud. Autor de publicaciones sobre psicología clínica, entre las que destacan los manuales: *Terapia psicológica e Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes*.



únicamente 11 cuentan con algún tipo de evaluación. Esto plantea algunas dudas razonables sobre la eficacia de las acciones realizadas, ya que no se dispone de información sobre la mayor parte de ellas. Por otro lado, aunque la realización de programas sea en sí misma un indicador positivo, desconocemos el efecto alcanzado por los programas evaluados. Sería muy conveniente no sólo mantener el objetivo, sino incluir otros criterios de evaluación que informen sobre la eficacia de las intervenciones. A pesar de las dificultades derivadas de la dispersión territorial, la heterogeneidad de programas/intervenciones y de los distintos modelos de organización de la política sanitaria, los esfuerzos deberían dirigirse a implementar estrategias basadas en una metodología cuantitativa común para la evaluación de programas. Esto incluye el empleo de medidas operativas de evaluación de resultados de los programas, utilización de diseños controlados y realización de estudios meta-analíticos.

Otros objetivos que, por su naturaleza, dependen casi exclusivamente del funcionamiento de la estructura sanitaria y no tanto de sus resultados, han sido iniciados satisfactoriamente. Es el caso del Objetivo 1.2., que persigue “realizar asesoramiento e información a los responsables institucionales sobre las actuaciones institucionales y la salud mental”, y que se encuentra en fase de iniciado.

En el informe se presentan progresos derivados del cumplimiento de un programa de actuaciones. Así, el Objetivo 1.3, centrado en “desarrollar intervenciones de promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación”, es valorado como “*parcialmente iniciado*”, ya que 10 CC.AA. realizaron alguna de estas iniciativas en sus planes

de salud mental. No obstante, fueron evaluadas sólo 5 de las 27 actividades relacionadas.

El déficit en la evaluación se observa también en el segundo objetivo general de esta línea, centrado en la prevención de la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en población general. El número de intervenciones comunitarias fue notable (215 y 176 en proceso), aunque sólo algo más de la mitad fueron evaluadas.

La proporción de programas evaluados en el ámbito de la reducción del uso de sustancias (Objetivo 2.2) es mayor (70 programas de 85), si bien en el documento no se incluye información del resultado de dichas evaluaciones, y los indicadores epidemiológicos del consumo de drogas no dan lugar al optimismo.

Otros aspectos a potenciar tienen que ver con acciones menos extendidas, como las dirigidas a disminuir las tasas de depresión y suicidio (Objetivo 2.3). En 7 CC.AA. no se han realizado acciones específicas y de las 11 realizadas, han sido evaluadas sólo algo más de la mitad. En este caso tampoco se conoce si la evaluación es positiva y en qué grado.

En general, considero que la línea está bien planteada y que los avances son adecuados. Sin embargo, como criterios generales para la evaluación sería conveniente barajar dos aspectos: qué se hace

y qué efectos tiene aquello que se hace. Realizar acciones, en este caso de promoción y prevención, por lo general suele ser mejor que no hacerlo. Por ello es un dato positivo el cumplimiento de los indicadores de actividad (o acciones implementadas). No obstante, el siguiente paso debería ser controlar el impacto de dichas actuaciones para evaluar si son realmente eficaces o no en prevenir el aspecto de la salud mental al que se dirigen. En este sentido, el informe presenta una laguna importante y con serias implicaciones. La evidencia científica derivada de los estudios controlados de evaluación de programas y las revisiones cuantitativas revelan que muchas intervenciones resultan ineficaces.

2. Análisis de la propuesta de nuevos objetivos:

Entre los nuevos objetivos propuestos destaca la atención a las necesidades específicas de género, que implica desarrollar programas en función de esta variable. También se incluyen otros nuevos objetivos, como atender a criterios de calidad, evaluar el impacto, promover modelos de relación igualitaria entre mujeres y hombres, y sensibilizar a los profesionales para incorporar la perspectiva de género.

Así mismo, el objetivo segundo (prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en población general)

incluye los determinantes de género y compartir la carga de las mujeres que cuidan personas con enfermedades crónicas.

Parece pertinente la inclusión de la perspectiva de género en la promoción de la salud mental y en la prevención de adicciones, ya que los resultados apuntan que el riesgo de mala salud mental en adultos es de un 19,9% para las mujeres, frente a un 11% para los hombres. En la población infantil existe también una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en niñas, si bien la medida del riesgo de mala salud infantil mediante el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) muestra una tendencia contraria, atribuida en el informe a posibles errores de muestreo y al tratarse del primer uso en la Encuesta Nacional de Salud de esta prueba.

Las diferencias de género en el caso

de las adicciones también sugieren que debe prestarse especial atención al alto consumo por parte de los adolescentes y adultos varones (la prevalencia de consumo en varones es superior al de las mujeres en todas las sustancias). Así ocurre también en la mortalidad por suicidio, donde se encuentra que la tasa de mortalidad en hombres cuadruplica a la de mujeres.

El objetivo tercero, relacionado con la reducción del estigma social, es el que menos varía, ampliando su atención al estigma laboral.

En mi opinión, los objetivos nuevos son pertinentes, ya que responden a necesidades sociales, como la propuesta de incluir en los planes de prevención los determinantes de vulnerabilidad diferencial de género, crear recursos específicos para mujeres, y aplicar de forma efectiva la Ley de Dependencia. Destaco de forma especial la atención a criterios de calidad, factor clave para optimizar recursos y mejorar las intervenciones.

3. Valoración de las acciones implementadas por las CC.AA. en esta línea estratégica:

La información aportada por las distintas comunidades autónomas es algo escasa e irregular, estando detallada sólo en algunos casos. Sería más plausible establecer los criterios de consecución

de objetivos si se dispusiera de datos operativos y recopilados de forma cuantitativa. Las CC.AA. de Andalucía, Cataluña y Asturias son las que aportan por lo general una información más detallada y por lo tanto se infiere un mayor nivel de actividad y de consecución de objetivos de esta línea estratégica.

4. Implicaciones de esta línea estratégica para su implantación:

Considero que esta línea estratégica puede ser viable a medio y largo plazo. Los planes marcan prioridades y sirven como directrices basadas en políticas de salud, criterios científicos y necesidades sociales cambiantes. Desde esta visión, es posible lograr avances en esta línea si se dota de los recursos materiales y formativos precisos a los profesionales implicados en su consecución, desde la Atención Primaria, pasando por los expertos en evaluación, hasta llegar a los gestores en los distintos niveles del sistema sanitario.

5. Algún otro comentario de interés:

El planteamiento general de esta línea estratégica me parece adecuado a la realidad social en la salud mental española. Responde a demandas importantes de la población y a necesidades sanitarias y sociales, como la erradicación del estigma social del enfermo mental o la prevención y tratamiento del abuso de sustancias. Son objetivos ambiciosos que precisan de acompañarse con la dotación de suficientes recursos. A pesar de las limitaciones y carencias que se han señalado, existen indicios para el optimismo si existe un esfuerzo para mantener un buen nivel de trabajo y de mejora continua desde los distintos niveles profesionales y políticos.

PUBLICIDAD

**Biofeedback:
Equipos Portátiles y
Poligrafía
Convencional y
Computerizada.**

**Adquisición de Datos
Fisiológicos..**

Terapia Ocupacional.


Aprendizaje Psicomotor.

**Evaluación
Neurofisiológica.**

Educación Física.

Medicina Deportiva.

www.psymtec.com

 C/ Cazalegas 5 Local
28025 Madrid Fax: 917464195
TLFS: 91 341 16 21 / 71 95
E-mail:psymtec@psymtec.com

Evaluación clínica de la personalidad



MMPI-2-RF

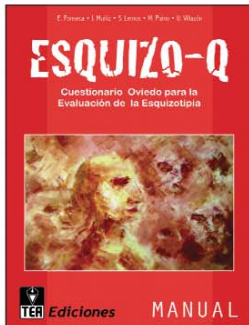
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado

Y. S. Ben-Porath y A. Tellegen

- Aplicación: Individual o colectiva.
- Tiempo: Variable, entre 35 y 50 min.
- Edad: Adultos.

Nueva versión del MMPI: 338 ítems, 8 escalas de validez, 42 escalas sustantivas (para cada escala se incluyen hipótesis interpretativas).

http://www.teaediciones.com/teaasp/Ejemplos/Presentacion_MMPI-2-RF.pdf



ESQUIZO-Q

Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia

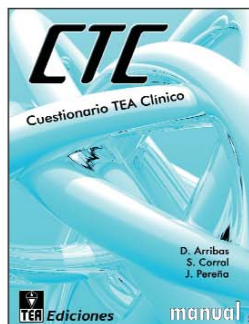
E. Fonseca, J. Muñiz, S. Lemos, M. Paino y U. Villazón

- Aplicación: Individual o colectiva.
- Tiempo: Entre 7 y 15 minutos.
- Edad: Adolescentes, de 14 a 19 años.

Detección precoz de las personas con personalidad esquizotípica.

51 preguntas, diez escalas: Ideas de referencia, Pensamiento mágico, Experiencias perceptivas extrañas, Pensamiento y lenguaje raros, Ideación paranoide, Anhedonia física, Anhedonia social, Comportamiento raro, Falta de amigos íntimos y Ansiedad social excesiva.

<http://www.teaediciones.com/teaasp/noticias.asp>



CTC

Cuestionario TEA Clínico

D. Arribas, S. Corral y J. Pereña

- Aplicación: Individual o colectiva.
- Tiempo: Variable, entre 20 y 30 min.
- Edad: Adultos.

Detección de rasgos clínicos en procesos de selección: 136 elementos, 3 dimensiones de segundo orden, 11 escalas: Psicoticismo, Paranoidismo, Depresión, Hipocondría, Ansiedad, Vulnerabilidad al estrés, Neuroticismo, Hostilidad, Límite, Consumo de alcohol y sustancias y Descontrol emocional, 2 escalas de validez para controlar la manipulación de la imagen y la deseabilidad social y un índice de patología general (IPG).