

EVALUACIÓN DE LOS DOCUMENTOS ELABORADOS POR LOS GRUPOS DE TRABAJO DE LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SNS.

Se trata de 14 documentos elaborados por otros tanto grupos de trabajo en los que, tras realizar un análisis de la situación en el territorio del estado español de cada uno de los temas, y, en algunos casos, tras revisar la literatura correspondiente, incluyen, según declaran los coordinadores del proyecto, una serie de “acciones sencillas”, de orientaciones/recomendaciones/ buenas prácticas generales (ORBPGs) más que de guías clínicas específicas”, que serán “difundidos debidamente a todos los agentes implicados, y muy especialmente a los usuarios” y “que puedan ayudar a las Comunidades Autónomas (CC AA) a implementar algunos de los objetivos prioritarios de la Estrategia nacional”.

No es fácil identificar los objetivos de la Estrategia a los que se refieren estos documentos. Al parecer tratan de desarrollar una parte de los objetivos generales 1 y 2 de la Estrategia (proyectos 3 y 5), otra parte del objetivo general 6 (proyectos 4, 8, 11 y 14) y el resto parece concentrarse en el objetivo general 4.

La priorización de los objetivos de la Estrategia, incluso la reducción de su número, y el desarrollo de recomendaciones concretas para su desarrollo, tal como se ha pretendido con estos documentos, es una cuestión importante y, desde nuestro punto de vista, necesaria. Y precisamente por su trascendencia debería de haberse adoptado un procedimiento de priorización de los objetivos riguroso y sistemático, con un ritmo que hubiese permitido la reflexión serena y la consulta a todas las partes implicadas, dando además la oportunidad de debate con todos los miembros de los comités institucional y científico presentes, en definitiva empleando el procedimiento que pusimos en práctica para la elaboración del documento inicial de la Estrategia y que permitió llegar a un verdadero consenso. Y no como se ha hecho en este caso, despachando el tema en dos reuniones de un par de horas y el resto mediante el correo electrónico, ni siquiera mediante técnicas para trabajo colaborativo en línea. Por otra parte hay que reconocer que la selección de temas no se ajusta al criterio de salud pública – alta prevalencia y elevada gravedad - y si no véanse los proyectos 2, 9 y 10; tampoco se ajusta a criterios economicistas – la palabra eficiencia no se menciona en ocho proyectos (2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8) y en los restantes se menciona una sola vez; tampoco se ajusta a las prioridades señaladas por la Comisión Europea en el Pacto Europeo por la Salud Mental o en la Acción Conjunta, y desde luego no se mencionan ni de pasada los temas que están en el centro de las estrategias nacionales de los países anglosajones en el momento actual, tales como la recuperación personal o el empoderamiento de los usuarios.

En segundo lugar, tampoco la selección de los expertos que han participado en los grupos de trabajo se ha realizado de forma transparente y participativa, ni de acuerdo con un criterio conocido. Llama la atención la casi total ausencia de miembros de la AEN en los grupos de trabajo y que la aportación al grupo de Enfermería y Salud Mental de la única participante miembro de nuestra asociación la enfermera Natalia González Brito, no ha sido incluida en el documento final.

En cuanto a la naturaleza de esta serie de documentos sus coordinadores explican que se trata de ORBPGs. Este concepto incluye tres formatos bien diferentes entre sí y el ponerlos juntos parece responder a un intento de dar coherencia a esta variopinta serie una vez concluida su redacción. Porque efectivamente algunos se asemejan a ejemplos de buenas prácticas, otros parecen recomendaciones sin base en buenas prácticas ni en trabajos de investigación y otros son meras recomendaciones generales.

Es cierto que habría sido interesante disponer de un conjunto de buenas prácticas sobre estos 14 temas, pero desgraciadamente ni lo aportado se ajusta a la definición de buenas prácticas, ni se ha seguido un procedimiento adecuado y conocido para recogerlas ni se dan datos sobre su validez (del propio Ministerio véase “Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud, Subdirección General de Calidad y Cohesión, MSSSI 2014)

En cuanto a la calidad de los documentos nuestra opinión es que no está a la altura de lo que se debe esperar del Ministerio de Sanidad. Si bien es cierto que dos, o a lo sumo tres de ellos, (proyectos 4, 5 y 10) han sido elaborados siguiendo una metodología estándar, el resto no son más que un conjunto de opiniones sin más fundamento que las fobias y las filias de sus autores. Así, la mayoría no contienen citas en el texto (proyectos 1, 3, 4, 7, 8, 10, 11 y 13), aportando solamente lo que podríamos denominar “material de lectura” al final. Material de lectura que en cinco documentos no pasa de diez lecturas (proyectos 2, 3, 7, 11, 12), y en algunos casos con prácticamente todas las lecturas con más de diez años de antigüedad (proyecto 3). Por lo demás ninguno de los documentos ha empleado un método conocido de búsqueda bibliográfica, con lo cual los autores han tenido libertad para escoger las referencias que apoyaban sus opiniones y omitir las que no lo hacían.

Llama la atención la escasa consideración, manifestada por la escasez de citas, de documentos ministeriales sobre temas afines, como por ejemplo la Estrategia en Salud Mental del SNS, la Evaluación de Estrategia en Salud Mental publicada en 2009, particularmente su abundantísima aportación de ejemplos de buenas prácticas y los documentos de los grupos de trabajo sobre transversalidad y continuidad asistencial publicados el año pasado. Parece como si este nuevo equipo de coordinadores hubiese decidido hacer borrón y cuenta nueva por su cuenta, es decir, sin contar *de verdad* con la opinión de todas las partes interesadas.

El no tener en cuenta la necesidad de fundamentar las ORBPGs en pruebas, o en el consenso, ha traído como resultado un conjunto de propuestas, algunas de ellas meras ocurrencias, como el empleo de “pisos terapéuticos” para los trastornos límite de la personalidad (proyecto 7), otras basadas en trabajos de investigación propios que no respetan las normas mínimas de rigor metodológico (como la validación de una “herramienta de screening” de la cual no se aportan – obviamente porque no han sido estudiados – sus parámetros diagnósticos, como es el caso del proyecto 2), o en otros casos, afirmaciones razonables, pero entre otras muchas también igual de razonables. En suma, el resultado es un conjunto de textos más o menos razonables en algunos casos y rotundamente deficientes en la mayoría, y casi siempre con un sesgo y un valor desconocidos.

Aunque exponemos a continuación algunas reflexiones sobre los contenidos de los diversos documentos no queremos dejar de señalar que en varios de ellos se adopta una posición biologicista, monodisciplinar, descontextualizada y no claramente comprometida con los derechos de los usuarios que no se compadece con las posiciones de organismos internacionales de prestigio como la OMS, la UEMS y la Comisión Europea, ni desde luego con la posición de la AEN.

Finalmente queremos añadir que prácticamente todos los proyectos estarían necesitados de una revisión semántica, ortográfica y gramatical, de una revisión desde la perspectiva de género, de una revisión para evitar términos estigmatizantes y de una declaración de conflicto de intereses.

En definitiva, opinamos que la selección de temas y de expertos para la elaboración de estos catorce documentos no se ajusta a criterios metodológicos, de transparencia y de participación adecuados y que la mayor parte de ellos adolece de una bajísima calidad científica y una casi completa ausencia de rigor expositivo, y que por lo tanto no deben ser publicados con el aval del Ministerio de Sanidad.

DOCUMENTACIÓN

1. Cronicidad de salud mental
2. Adicciones emergentes en población juvenil
3. Estigma y enfermedad mental
4. Salud Mental y Menores Infractores
5. Conducta suicida
6. Optimización en el abordaje del TDAH
7. Rehabilitación del TLP y Pisos Terapéuticos
8. Abordaje de los pacientes psiquiátricos en AP-SM
9. Atención a los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria crónico
10. Intervención de la Salud Mental en las catástrofes
11. Enfermería y Salud Mental
12. Abordaje del alcoholismo en colaboración con asociaciones mutua ayuda
13. Atención integral del autismo
14. Coordinación e integración de las redes de salud mental y adicciones

DOCUMENTO 1 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA SOBRE LA CRONICIDAD

El documento sobre la cronicidad tiene una redacción manifiestamente mejorable, que en ocasiones, hace que sea difícil su comprensión. Confunde niveles al asimilar la identificación de factores de riesgo y la asistencia a las personas, por ejemplo.

En la introducción, se hace mención a la colaboración con la industria farmacéutica. El conflicto de intereses es evidente y no creemos que la industria deba ser mencionada en la Estrategia como parte de ella, independientemente de que en su aplicación se planteen, o no, líneas de colaboración.

Tampoco estamos de acuerdo en el modelo de prevención y sobre todo de atención que plantea este documento, ya que es el modelo médico, biologicista, sin mencionar la interdisciplinariedad.

Además, no definen a qué se refieren con “criterios de complejidad clínica” ni de utilización de recursos sanitarios, ni queda claro, quizás por los problemas de redacción a los que aludíamos más arriba, que quiere decir con “recurso” ¿Técnica de intervención? ¿Recurso sanitario? ¿Recurso hospitalario? ¿Recurso residencial? (página 10 del documento)

No estamos tampoco de acuerdo en la reintroducción del término “crónico” aplicado a las personas con Trastorno Mental Grave, porque impresiona como opuesto a la posibilidad de recuperación y aumenta el estigma. El término cronicidad se entiende como una enfermedad “para toda la vida”, es decir, incurable.

Considero que sería más conveniente denominarlo de una manera más esperanzadora, más del siglo XXI y que tuviera implícita la idea de que la recuperación es posible. En nuestro medio la designación de “Trastorno Mental Grave”, parece más adecuado y menos estigmatizante que la de cronicidad (página 11).

Por otra parte, esta terminología no está muy en línea con el enfoque de recuperación y la Convención de la ONU de los derechos de las personas con discapacidad. Pone el problema en la persona como “paciente”

En la página 12, tampoco queda claro qué se entiende en este documento por “Proactividad”, ya que no se explica claramente, aunque más adelante se define como identificar a los pacientes que quedan fuera de las redes sanitarias y sociales. En esta misma página aparece la siguiente frase: “Otra probabilidad de trabajo sería establecer *si existe un paciente frágil en Salud Mental o si, ya estaría englobado en los conceptos de desvinculación de los servicios*”. Frase de la que no entendemos su significado.

No nos queda claro si se pretende volver al modelo de GRD, que ha demostrado su falta de aplicabilidad en Salud Mental, y recomendaciones de buenas prácticas, ambos como objetivos secundarios (“Recomendar acciones que nos permitan lograr una alta Calidad asistencial, a través de la mejora en la gestión de los procesos asistenciales de salud mental, alineados con la gestión del abordaje de la cronicidad en general”). Nos parecería más adecuado utilizar la terminología actual.

Paradójicamente no se hace una definición de paciente crónico en salud mental, complejidad de cuidados o severidad. Creemos que esta es una grave carencia del documento. Igualmente no se define lo que se entiende por paciente crónico complejo (PCC), siendo muy vagos y confusos los criterios, que tampoco están definidos (“un alto grado de cuidados, con intervenciones compartidas y de alta fragilidad evolutiva”)

Sí estamos de acuerdo con que los servicios públicos sean territoriales y centrados en la persona.

Nos parece especialmente grave, que no se nombre la recuperación (recovery) ni una sola vez. Tampoco se especifica de qué manera disminuirían sus necesidades de atención. El modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario, avalado por tanta evidencia, tampoco aparece en este documento.

No estamos de acuerdo en incluir el daño cerebral, ni la discapacidad intelectual en la atención a la cronicidad en salud mental, aunque sí las adicciones. En este punto en el

que habla de una colaboración en el campo de las demencias, no señala con quién debe ser la colaboración, lo que nos sume en un mar de dudas: ¿con los cuidadores? ¿con los neurólogos? Convendría que se especificase. No entendemos por qué motivo, si no es por intereses de la Industria Farmacéutica, de las Demencias, incluidos los trastornos de conducta, no se ocupan los neurólogos. La OMS no especifica que estos sean problemas de Salud Mental.

De nuevo en la página 19, aparecen frases que confunden y que queremos creer que se limita a problemas de redacción.

Consideramos fundamental que si hay que hacer nuevos abordajes, la Estrategia explicita que los profesionales tengan las competencias (habilidades, conocimientos, actitudes) para trabajar con esta población. Tenemos que formarnos en nuevos abordajes, no solo en trabajar sobre los síntomas. El enfoque de recuperación social y personal debe estar incluido en los planes de abordaje, que debe ser interdisciplinar. No podemos estar de acuerdo cuando en lugar de trabajar en red emplean la palabra “asociada” para referirse a la coordinación intersectorial. (pág. 25)

Tampoco entendemos la siguiente frase, también en la pág. 25: “Identificar aquellos procesos patológicos en salud mental que por ellos solos o por la comorbilidad que pueden presentar se evidencia como una necesidad” ¿De tratamiento? ¿De proactividad? ¿De Intervención?

¿Existe algún acuerdo en la estrategia para que se utilice el tan discutido y discutible DSM V y no el CIE 10?

No estamos de acuerdo en que los diagnósticos *por si mismos* indiquen cronicidad.

Por otra parte, si hay algún diagnóstico crónico (aunque en el DSM sean del eje II) son los Trastornos de Personalidad. ¿Por qué no están incluidos dada la lógica del documento? Me refiero a todos los T.P. no solo al esquizotípico y al TLP como comorbilidad, dado que tiene mucha entidad en sí misma.

En desacuerdo con la inclusión de daño cerebral, R.M y Demencias por los motivos expuestos.

En cuanto a los Perfiles, parecen muy pobres.

El Perfil I se refiere a patología dual, porque es difícil que un paciente tenga un TAB y una esquizofrenia.

En cuanto al Perfil II de nuevo se refiere o a la patología dual o una depresión con TLP. Tanto perfil 1 como 2, son también definidos fielmente como del modelo médico (también) y un *como sí* nuestra nosología fuera rigurosa

Es solo en el Perfil III en el que se “se propone integrar progresivamente los diagnósticos de enfermería y diagnósticos sociales, que inciden en la cronicidad”

La tabla de la página 32, en la que resume los CRG y el nivel de gravedad es ininteligible.

En cuanto a los Grupos de Morbilidad Ajustada (GMA, CRG en la literatura anglosajona), utilizamos los diagnósticos criterio 1 y los dividimos en **6 agrupaciones** que ofrecen validez externa en el diagnóstico, pronóstico y terapéutico, es cuanto menos dudosos. ¿Qué bibliografía avala la evidencia de la *validez externa*?

Cuando hablan de “El objetivo asistencial de las personas con problemas de Salud Mental, se orienta a una plena integración, de ellas, en la Comunidad. Mediante una

valoración y atención integrada, basada en las necesidades de las personas, unas decisiones compartidas entre todos los equipos asistenciales, y un proceso que permita su seguimiento y la evaluación del mismo.” ¿Se refieren a la continuidad de cuidados y al trabajo en red?

Cuando escriben “Se precisa del desarrollo de alternativas asistenciales en un sistema integrado de asistencia” ¿Se refieren al modelo de Tratamiento Asertivo Comunitario?

Si mencionan especialmente a Enfermería deberían decantarse por la defensa de la especialización en salud mental y su contratación obligatoria.

Nos surgen muchas dudas cuando leemos “La orientación de la atención a las necesidades de las personas, más allá de las valoraciones diagnósticas ofrece una oportunidad de reforzar los planes de cuidados y de seguimiento, clásicos en Enfermería. La incorporación de los cuidados y de seguimiento, clásicos en Enfermería. La incorporación de las capacidades profesionales de educadores sociales, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales,... aparte de los profesionales de la psiquiatría y de la psicología bajo la gestión de Enfermería nos permite una atención eficaz, eficiente y de integración en equipos pluridisciplinarios”.

Entendemos que cualquier Plan Individualizado de Tratamiento debe atender a las necesidades de las personas, no al diagnóstico, independientemente de que una parte la haga Enfermería, otra el psiquiatra, otra la trabajadora (que no asistente) social...de nuevo esto está contaminado por el modelo médico.

¿Qué significa “aparte”? ¿La enfermera gestora de casos y los psiquiatras y psicólogos “impartiendo” fármacos y psicoterapias? Me parece bien que la enfermera sea gestora de casos, en un modelo interdisciplinario, pero esto hay que aclararlo bien.

Tampoco nos parece correcto el término “Pluridisciplinarios”, proponiendo cambiarlo por “Interdisciplinarios”

Las recomendaciones son pobres y repetitivas. Quiero detenerme en la siguiente: En el algoritmo de estadificación, el peso más importante debe ser los días de ingreso en Unidades de Hospitalización y, en segundo lugar, los contactos con los Servicios de Urgencia ¿Por qué motivo? ¿Porque es mayor el gasto? ¿porque es mayor el impacto en salud? Convendría que se argumentara

Las recomendaciones para la elaboración del PIIC son vagas y dejan sin lugar al sistema de salud mental, si éste va a ser elaborado por Atención Primaria, si eso es lo que quiere decir.

En definitiva lo consideramos un documento con poca coherencia interna, con conflicto de intereses, con escasas evidencias científicas, basado en el modelo médico, con muchos elementos regresivos que aumentaría la estigmatización de los ciudadanos con trastornos de salud mental y que vacía de contenido términos ampliamente aceptados y usados por la comunidad internacional como roles profesionales, trabajo en red, buenas prácticas o interdisciplinarietà, ignorando modelos como el de la recuperación o el de Tratamiento Asertivo Comunitario.

DOCUMENTO 2 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA SOBRE ADICCIONES EMERGENTES EN POBLACION JUVENIL

Se trata de un proyecto que tiene como objetivos desarrollar herramientas de cribaje para detectar problemas de adicción al juego online o adicciones tecnológicas y aportar unas recomendaciones genéricas que promuevan un patrón de juego responsable.

Resulta llamativo que se haya escogido este tema como uno de los proyectos de la estrategia nacional, dado que las adicciones tecnológicas y al juego online representan un problema menor comparado con el resto de problemas mentales.

En el análisis de situación se justifica el desarrollo de este proyecto en la medida que el juego de azar ha pasado a convertirse de un trastorno del control de los impulsos en el DSM-IV a un trastorno adictivo en el DSM-5 (aunque no se han modificado sustancialmente los criterios) y en el previsible crecimiento de este problema en el futuro entre la juventud.

La metodología del grupo ha sido hacer dos estudios: el primero sobre una encuesta indiscriminada online para los juegos de azar (n=1404) y el segundo con muestras de personas que buscaron asistencia por problemas de adicción a Internet (n=63), videojuegos (n=86) y móvil (n=151) comparándolas con usuarios sanos. De los resultados de estos estudios se han seleccionado dos preguntas de cada encuesta que son las que sirven para seleccionar qué personas han de acudir a recursos especializados y cuales han de seguir las recomendaciones de juego responsable.

Los elementos que menoscaban el valor de este proyecto son la trascendencia menor del problema de los juegos online y adicciones tecnológicas dentro del conjunto de los trastornos mentales, la limitada información que se posee al respecto a nivel epidemiológico y clínico y el escaso fundamento metodológico en que se basa la herramienta de cribaje que se propone y que no ha sido probada.

DOCUMENTO 3 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA SOBRE “ESTIGMA Y ENFERMEDAD MENTAL”

En la introducción, se mezclan las acciones y perspectivas reseñadas como “experiencias positivas”. Por otra parte, se hace hincapié en la recuperación y “emponderamiento” de los pacientes/ usuarios, sobre como favorecer la inclusión en sus redes sociales de referencia, y la aceptación de la enfermedad mental por parte de la población general. Para abordar con más profundidad los estereotipos, los prejuicios y la discriminación.

Se hace escasa referencia a las familias, y el estigma, que por extensión también padecen.

Parece que también se insiste poco en el papel de los medios de comunicación en el tratamiento de la información relacionada con los problemas de Salud Mental. No se hace referencia, por ejemplo, a las recomendaciones de la OMS sobre el tratamiento en la prensa del suicidio.

Se sigue relacionando enfermedad mental con violencia.

También, en este sentido, pedir prudencia a los profesionales, que se lanzan a emitir diagnósticos y aventurar teorías sin conocer las circunstancias, cuando el autor de un suceso supuestamente está afecto de una enfermedad mental.

En cuanto a las propuestas concretas que aparecen en el documento:

Destinadas a la sociedad en general:

La grabación y difusión de documentales y anuncios puede ser importante, pero con repercusión escasa. A los video – fórums sobre Salud Mental, sólo suelen acudir las personas interesadas en ello.

Por otra parte, sabemos que la información es necesaria, pero no suficiente. Los estudios apuntan a que es el contacto directo con las personas con enfermedad mental lo que más puede contribuir a la reducción del estigma; así como que se produzca en entornos normalizados. El material audiovisual puede servir de apoyo, pero sin olvidar iniciativas para favorecer el contacto directo.

Destinadas a pacientes y familiares:

De acuerdo con medidas que favorezcan la recuperación y “emponderamiento” de los pacientes y sus familiares. Esto no se conseguiría realmente si los Servicios de Salud Mental, y los de Salud en general, no se diseñan y se dotan para ello, y desde una perspectiva bio –psico – social.

Destinadas a los medios de comunicación:

Su papel parece clave para que no se asocie enfermedad mental con violencia.

Se puede favorecer la relación entre los medios de comunicación y los profesionales que día a día atienden a las personas con Trastorno Mental Grave.

En 2004, FEAFES editó un documento con una serie de recomendaciones para tratar los temas relativos a la Salud Mental en los medios de comunicación.

Destinadas al sistema educativo:

Se podría incluir alguna iniciativa para reducir el estigma en futuros profesionales de la atención: médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales,... que no se dediquen directamente a la atención a personas con problemas de Salud Mental, personal de atención al público,...

DOCUMENTO 4 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA SOBRE SALUD MENTAL Y MENORES INFRACTORES

Se trata de un documento sobre la relación entre las infracciones a la Ley de jóvenes y la salud mental de éstos, hecho desde la perspectiva de la planificación de servicios o programas desde el ámbito de la Justicia de Menores.

Fundamenta bien las razones para pensar en la importancia de un cuidado singular a dichos jóvenes basándose en un conjunto de leyes y disposiciones de organismos nacionales e internacionales que son la base de la bibliografía bastante limitada en lo referido a la salud mental.

Es un buen documento en el que se muestran conocimientos sobre el tema referido a los menores infractores y sus características, que pretende huir, y lo logra, de posiciones tremendistas y estigmatizantes y que hace lecturas adecuadas de las

causas que llevan a un menor a la infracción aunque no cita y es difícil ver cuál es el marco o marcos conceptuales en que se mueve el documento, salvo por lo que puede sugerir la bibliografía. La pretensión no es de desarrollo de orden conceptual sino de planificación de recursos desde la prevención al tratamiento.

Como todo texto es susceptible a la introducción de alguna mejora. Aunque el texto es delicado al hacer referencia al menor y sus circunstancias, choca leer que entre las características generales de los menores infractores está el que "no cuentan con límites ni normas", cosa difícil de aceptar. Son cuestionables propuestas "el desarrollo de servicios de salud mental en los centros educativos de internamiento". Igualmente cuando sostiene la "puesta en marcha de un sistema de cribado o "screening" con la finalidad de identificar aquellos casos que presenten necesidades específicas..." De ser así sería recomendable plantear la precaución en su aplicación para evitar riesgos conocidos de infracción de derechos del menor como ha pasado en más de una ocasión. La visión del menor es muy de objeto sobre el que intervenir y, en mi criterio, se pone poca atención sobre la protección de su voluntad y sus derechos.

Como todos los documentos pensados desde los lugares de planificación abunda en propuestas de programas aunque no se muestra el modo de llevarlos a cabo ni tampoco su posible evaluación. Se muestran reiterativamente contundentes en el criterio de "no solicitud de consentimiento de la medida terapéutica por parte del menor", tema en el que dicen hay distintas posiciones entre jueces.

Requeriría un debate su propuesta de aplicar "medidas terapéuticas como medidas de seguridad no basadas en la culpabilidad sino en el riesgo o comisión futura de una acción delictiva", tema en el que señalan que también hay discrepancias entre los Jueces. También es un punto a repensar cuando plantean la necesidad de "equipos multidisciplinares con formación especializada en salud mental" y al concretar la composición equipara al "especialista en psicología clínica o psicólogo general sanitario con formación en el ámbito infanto juvenil".

Documento bien pensado aunque pueda haber discrepancias en algunas de sus afirmaciones.

DOCUMENTO 5 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA SOBRE CONDUCTA SUICIDA

La directora del proyecto es una profesora asociada de la Universidad Complutense perteneciente al CIBERSAM, con el apoyo de una serie de expertos de las diferentes Comunidades Autónomas presenta este documento. Destacar entre los expertos la presencia de FEAFES y de Usuarios (Mundo Bipolar y Superviviente Cataluña). Señalar que este es un grupo especialmente importante para el CIBERSAM porque es una línea de trabajo de los profesores Bobes, Jerónimo Sáez y Baca.

Los datos que ofrece sobre el suicidio no están actualizados ni analizados, menos aún las series temporales de interés, como sería por ejemplo, el análisis de las cifras de suicidio desde 2008 al 2014, muy vinculadas a la crisis económica y social de las

poblaciones, y no se ofrecen tasas y perfil de riesgo tentativas de suicidio y de repetidores de nuestro país, para dimensionar este problema de salud pública, y hacer programas de prevención más ajustados a los grupos de riesgo. Tampoco señala como podría mejorarse desde las Comunidades Autónomas; disponer información en tiempo real para que la información del INE fuera más útil para las políticas de vigilancia epidemiológica, ni del papel de las nuevas tecnologías en sistemas complejos de información donde participan numerosos agentes. Digamos que un buen programa preventivo comienza con un adecuado conocimiento de la magnitud del problema tanto del suicidio consumado, las tentativas de suicidio, y de las tentativas de repetición, así como, una correcta evaluación interna y externa. El estudio de las series temporales, las tendencias del fenómeno y su relación con factores genéticos, sociales, psicosociales y clínicos pueden hacer posible la construcción de modelos predictivos del suicidio.

Si bien en el documento se recoge que sus propuestas se apoyan en las evidencias y las recomendaciones de la OMS, y continuamente citan las Guías Clínicas de Prevención del Suicidio de Madrid y Galicia, y las acciones preventivas desarrolladas en un área de Barcelona y Murcia principalmente, a la vez reconocen que, ninguna comunidad autónoma ha implementado un Plan general de Prevención de suicidio de implantación completa, señalando que, el único Plan de ámbito nacional que lo aborda es en el seno de Instituciones Penitenciarias, pero no comenta cual han sido sus aportaciones de este ámbito a la prevención del suicidio. Asimismo se apoya para reclamar un Plan de Prevención del Suicidio, en la OMS y en la resolución de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados que aprobó (12/32014), por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias. Si bien, señala a la OMS, ésta en su 66 Asamblea Mundial de la Salud adoptó el primer Plan de acción sobre salud mental de la historia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la cual la prevención del suicidio forma parte integrante de este plan, que se propone reducir un 10%, para el 2020, la tasa de suicidio en los países. El documento no reclama para nuestro país, incorporarse a esta estrategia. Ni tampoco recoge ni proponen indicadores que midan el progreso de la estrategia nacional, que pueden incluir los siguientes:

- Reducción porcentual de la tasa de suicidio;
- Número de intervenciones de prevención del suicidio ejecutadas con buenos resultados;
- Disminución del número de casos hospitalizados por intento de suicidio.

Así pues en el documento reconocen que **existen iniciativas no generalizadas en diferentes comunidades autónomas** y que su **análisis de la situación puede mostrar lo que ya está implantado para consolidarlo e indicar las brechas por cubrir con el objetivo de "articular una respuesta nacional integral que priorice a los grupos más vulnerables y de alto riesgo"**. Para lo cual concluyen y realizan

una serie de propuestas, sin señalar, desde donde, quién las realizará y quiénes participarán en las mismas, y su representatividad.

Conclusiones y Propuestas proponen unos puntos de mínimos, con cinco puntos críticos, y unos puntos de máximos. En este propone como objetivo aspirar habida cuenta del problema complejo de salud pública que supone la conducta suicida es un **Plan Nacional de Prevención del Suicidio**. Reconocen que, las dificultades para la implantación de las acciones preventivas del suicidio derivan de que la prevención del mismo también requiere realizar intervenciones externas al sistema sanitario, lo que implica una aproximación multisectorial e integral al problema, incluyendo al sector sanitario y al no sanitario, como por ejemplo el educativo, laboral, judicial, policial, religioso, político, legal y de los medios de comunicación. Así mismo reclaman como **imprescindible el "dotar el Plan de medios económicos y humanos"**. Asimismo, detallan las Acciones que incluiría un Plan General de Prevención, en dos ámbitos, el sanitario y el no sanitario.

Bibliografía actualizada y pertinente.

Anexo hacen un inventario de las diferentes **RESPUESTAS AL PROBLEMA DESDE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS ASÍ COMO DESDE SOCIEDADES PROFESIONALES Y ASOCIACIONES DE FAMILIARES Y USUARIOS**. Curiosamente cita a la AEN, con un texto que le envíe hace unos meses a la Presidenta de la AEN, cuando nos solicitó en una Junta algunas líneas de trabajo. Pero de la información disponible no se analiza y menos aún se extrae una síntesis de la misma.

DOCUMENTO 6 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA OPTIMIZACION EN EL ABORDAJE DEL TDAH

Toma como principal referencia la Guía de Práctica Clínica del SNS (2010) un documento poco fiable, con incongruencias entre evidencias y recomendaciones y con conflictos de interés manifiestos.

Las bases conceptuales y fundamentos teóricos que se manejan son frágiles e inciertos. La bibliografía sesgada.

El modelo estrictamente biomédico. El objetivo, intensificar el diagnóstico y la medicación –esto último no se dice claramente, ya se encarga de ello la Guía-.

El pretendido infradiagnóstico no se sustenta en datos de calidad.

El estudio de situación, cómo se trata, quién lo hace, a quién, con qué resultados... es prácticamente inexistente. Nada se dice de la medicalización creciente, y de los riesgos asociados al uso generalizado de la psicofarmacología.

Las propuestas se enfocan en ampliar la población diana a diagnosticar en sus dos extremos, niños preescolares y adultos. Respecto a los primeros no justifica la utilidad de la batería propuesta para el screening del programa del Niño Sano, ni la evidencia y utilidad del diagnóstico precoz en niños preescolares. Con respecto al adulto valen los mismos comentarios generales.

Ante las dudas y el debate sobre el TDAH, que el documento traslada al adulto, se propone la adhesión a la Guía Clínica (sic).

En contra de lo que se dice en el informe, existe un cuerpo amplio de profesionales que no comparten este modelo, también en España.

Hay otras maneras más complejas y más científicas de conceptualizar y tratar los problemas en la infancia que el modelo reduccionista del TDAH que aquí se nos presenta.

En resumen, habría que revisarlo a fondo, expurgarlo de mala ciencia y de presupuestos no comprobados. No es un borrador idóneo sobre el que edificar la futura estrategia del SNS para el abordaje de los problemas de registro TDAH.

En lo concreto:

- a. La fiabilidad y validez del diagnóstico TDA/H esté ampliamente cuestionada. Algo parecido puede decirse de la validez de las escalas y cuestionarios diagnósticos al uso. No es cierto que sea un *“trastorno consolidado basado en rigurosos estudios diagnósticos y con una robusta evidencia detrás”*. Se citan *“avances”* en torno a las bases genéticas, correlatos y disfunciones cerebrales. Ninguno de estos *avances* goza hoy en día de evidencias sólidas. Que sea un *“trastorno del neurodesarrollo”* como lo presenta el DSM5 lo comparten casi exclusivamente los autores de este manual diagnóstico. No se recoge en las guías internacionales de prestigio como la NICE, la SIGN y la Australiana.
- b. No se considera la dimensión adaptativa del comportamiento, ni tampoco el desarrollo del niño, o el aspecto dimensional de la sintomatología TDAH. No considera la contextualidad del comportamiento: contexto biográfico, familiar, escolar, desarrollo, cognitivo, lingüístico y otros. Se limita a decir que *“para algunos sería un síndrome conductual”*
- c. Dedicar casi todo un apartado a la comorbilidad *b* .- *¿el por qué de la necesidad de intervenir?* sin reparar en que se trata de un argumento en contra de la validez del constructo y a favor del análisis funcional de cada caso.
- d. Se basa en Català-López et al. para los datos epidemiológicos en España (6,8% de la población general). No dice que estos autores señalan la disparidad de resultados de los estudios epidemiológicos y la tendencia a aumentar la prevalencia en los estudios más recientes. Este es un fenómeno muy conocido internacionalmente y también en España, que la mayor parte de autores atribuyen a la *“extensión”* de los criterios diagnósticos a medida que se han desarrollado las distintas versiones DSM, es decir, la introducción de cambios que facilitan la extensión de la prevalencia. Además, el cuestionamiento del significado clínico y en términos de disfuncionalidad de estos estudios epidemiológicos está muy extendido internacionalmente. Lo mismo puede decirse de los estudios de Wittchen et al. (el mismo autor sobre el que se basa el *“libro blanco”* Mental Health & Integration). Se basa en estos datos para determinar la *“carga”* nacional del TDA/H.
- e. En otros países, USA, Suecia, etc. el aumento de diagnósticos y tratamientos ha sido exponencial desde los años 80 hasta la fecha. España ha conocido un

- repunte similar que el propio texto reconoce. En vez de reflexionar sobre qué significan estos datos, simplemente da por hecho que existe una brecha terapéutica entre el número de afectados y el de los tratados, y que quienes argumentan lo contrario son unos ignorantes.
- f. En España entre los años 2000 y 2012 la prescripción de metilfenidato y atomoxetina en la población infantil se ha multiplicado por 30, manteniendo un aumento constante, cuyo repunte coincide con la introducción de una forma de liberación prolongada (Concerta®) y la correspondiente campaña del fabricante. El documento no cita en ningún momento la intervención de la industria farmacéutica sobre los profesionales, las asociaciones de familiares, y la escuela. Es algo reconocido hoy en día en todos los estudios de sociología de la salud. Tampoco manifiesta ninguna preocupación desde un punto de vista de Salud Pública respecto a la extensión de la prescripción de estimulantes en la población infantil.
 - g. El aumento de la prescripción de estimulantes y atomoxetina estos últimos años en España es superior al aumento de diagnósticos, lo que hace pensar en su uso creciente y mayoritario como respuesta terapéutica preferente o exclusiva. No lo dice el informe.
 - h. Oculta que esta perspectiva preferente de abordar los problemas de la infancia bajo el modelo de tratar el TDAH no ha demostrado mejorar los comportamientos relacionados con los problemas referidos en términos de funcionalidad: escolaridad, sociabilidad, integración social, impulsividad, etc. En el mismo sentido, el fracaso escolar como consecuencia de un diagnóstico y tratamiento tardíos del TDAH está lejos de ser demostrado.
 - i. Oculta que como consecuencia de ella hay numerosos niños medicados en este país a medio y largo plazo, y que pueden presentar efectos adversos asociados a ello, bastante generalizados en el uso a largo plazo. Es prioritario realizar un estudio evaluativo sobre los niños que llevan años tomando psicofármacos para el TDAH.
 - j. Respecto a las mejores prácticas, no se hace un estudio de situación sobre quién y cómo está tratando a los niños TDAH en España ni con qué resultados. Les parece suficiente hacer un listado de protocolos por autonomías. Se sabe, sin embargo, que en España el diagnóstico de TDA/H solo se confirma en un 24% en los casos derivados de primaria a especializada, que en primaria hay carencias manifiestas para cualquier abordaje que no sea farmacológico, y que hay comunidades, p.ej. Navarra, donde ya se ha decidido que el TDAH sin comorbilidad sea tratado únicamente en pediatría de atención primaria y no en la red de Salud Mental.
 - k. La evidencia “de que es posible realizar un diagnóstico apropiado en niños de edad escolar” está basada en solo 2 estudios (Caspi 1995 y Mette 2010)
 - l. Incluso desde una perspectiva de aplicación de su propio modelo, no hacen una propuesta tipo NICE, un modelo escalonado, que se esfuerce en atender las preocupaciones de padres y profesores evitando diagnosticar y medicalizar por

sistema, e intentando minimizar el sesgo de los “falsos positivos como los falsos negativos”.

- m. La bibliografía está repleta de autores relacionados con las farmacéuticas, alguno de forma corrupta, como el caso de Biederman el autor del que más referencias se reseñan. El sesgo de la bibliografía es importante desde una perspectiva científica, porque soslaya la que no favorece las tesis de los autores del informe.

DOCUMENTO 7 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA SOBRE REHABILITACION DEL TLP Y PISOS TERAPEUTICOS

El análisis de la situación actual es adecuado.

Destaca la importancia de la prevención, la detección precoz y el problema de la formación específica de distintos profesionales que participan en la intervención del TLP desde un enfoque bio-psico-social-ocupacional.

Considera como punto crítico el abordaje de estas personas valorando los distintos tipos de intervenciones considerando la reinserción laboral y los pisos terapéuticos en personas con TLP refractarias a otro tipo de intervenciones y que terminan cronificándose.

Se puede considerar que es una aportación más a la recuperación de TLP.

DOCUMENTO 8 - COMENTARIOS AL DOCUMENTOS DE LA ESTRATEGIA SOBRE ABORDAJE DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LA INTERCONSULTA ATENCIÓN PRIMARIA- SALUD MENTAL

Se trata de un buen borrador que incide en los puntos relevantes e incluye elementos novedosos en un tema muy tratado.

Es evidente que es un documento de trabajo conformado por la aposición de trabajos de diferentes autores. Requiere una reelaboración formal, conceptual y terminológica que le dé coherencia, fundamente mejor sus afirmaciones y desarrolle algunas líneas que apenas apunta. También tendrían que ponderarse y graduarse en importancia y prioridad las diferentes propuestas.

Desde un punto de vista más formal, se aparta del formato de los otros documentos de la colección.

En este sentido **no debe avalarse** con el sello de la Estrategia basándose en que:

1. Hay que dar más tiempo a los autores para que completen su propuesta
2. Las acciones implican tantas partes que habría que ser muy cuidadoso y afinado en el proceso de revisión antes de lanzarlo.

A un nivel más general, pero de suma importancia, **el proyecto se ocupa de una cuestión tan nuclear al conjunto de la atención a la salud, que casi merecería por sí misma una estrategia completa y no puede situarse al mismo nivel que los aspectos más particulares que tratan los otros proyectos.**

DOCUMENTO 11 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA SOBRE ENFERMERÍA Y SALUD.

Aunque las aportaciones de este documento puedan ser adecuadas, no parece que esté desarrollado como líneas estratégicas de intervención desde la Estrategia Nacional, sino, como un análisis acerca de lo que la enfermería pueda estar trabajando en diferentes lugares de España.

Al inicio del mismo, se ha hecho un análisis DAFO (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas) de la enfermería, que puede ser apropiado y luego se ha optado por hacer un documento de buenas prácticas, donde se cuentan las experiencias prácticas que se están llevando a cabo o se han llevado en el pasado en distintos lugares de la geografía española, que en líneas generales pueden estar muy bien, pero en el que no se definen las intervenciones concretas para llevarlas a cabo, salvo en algunos casos.

Tras dicho análisis se admite que no hay programas de coordinación entre la Enfermería de Atención Primaria y la Especializada en toda España, pero tampoco se marcan pautas, ni se aporta nada para comenzar a hacerlo o articularlo.

Se obvia completamente la importancia del papel de enfermería en el *seguimiento y continuidad de cuidados de las personas con Trastorno Mental Grave* en líneas concretas de trabajo como pudiera ser por ejemplo, la de los cuidados de la salud física, siendo en la actualidad uno de los temas que preocupa mucho, debido a la alta mortalidad de éstas personas, por la comorbilidad física que padecen (riesgo cardiovascular, síndrome metabólico, diabetes, etc.).

Quedan muy reducidas las intervenciones de enfermería, en cuanto al desarrollo de líneas de trabajo enfocados a la *prevención y a la atención en un modelo comunitario*, obviando completamente la psicoeducación en los Trastornos Mentales Graves, centrándose solo en psicoeducación en la Depresión, a pesar de que los Trastornos Mentales Graves, son una línea de intervención prioritaria dentro de la *anterior Estrategia de Salud Mental*.

En la actualidad, el Enfermero Especialista en Salud en Mental es clave en el desarrollo de la atención comunitaria, en los equipos interdisciplinarios, llevando a cabo sus competencias en el marco conceptual de los *Cuidados*, de una forma integral, a personas que sufren una enfermedad mental, a las familia y la comunidad, por lo que sería recomendable, que desde la Estrategia Nacional estuvieran claramente definidos los instrumentos de registro, los programas de intervenciones y protocolos a seguir.

DOCUMENTO 13 - COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA ESTRATEGIA SOBRE EL AUTISMO

En primer lugar sorprende, que cuando aún no está bien consolidada y desarrollada la Red de Salud Mental Infante Juvenil, con una implantación muy desigual en las diferentes regiones del territorio nacional y en un momento de gestación de la

Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, la Estrategia Nacional para la Salud Mental comience abordando la atención a varios grupos específicos, de gran repercusión mediática y social, los afectados por TDH, los TEA y los menores infractores, cuando deberían primar aspectos de la Salud Mental Infantil más ligados a la epidemiología, la prevención, la asistencia y la atención comunitaria, el desarrollo de los recursos y la evaluación de los mismos y de sus prácticas, todo ello contemplado desde los principios de la Salud Pública.

Si bien es cierto que estos grupos diagnósticos son de gran importancia en la expresión y en la demanda en la clínica infantil, también nos parece que ello supone una reducción y simplificación de la clínica, escorada por una visión excesivamente biomédica del desarrollo y del sufrimiento psíquico en la infancia.

El trabajo que analizamos, “ATENCIÓN INTEGRAL AL AUTISMO”, parte de varias realidades, que los TEA (Trastornos del Espectro Autista), suponen un grupo de trastornos de creciente prevalencia y que el Sistema Sanitario y los actuales Servicios de Salud Mental no han abordado hasta ahora debidamente a los sujetos afectados por TEA, recayendo su atención sobre los Servicios Educativos, Sociales y sobre las Asociaciones de Autismo.

El grupo de trabajo hace un análisis meritorio de la situación actual en las diferentes Comunidades Autónomas, pero resaltan la escasez de datos aportados por las mismas, aportan revisión de las principales Guías y Protocolos regionales, nacionales e internacionales, con algunos ejemplos y experiencias de buenas prácticas, pero con una ausencia casi total de evaluaciones.

Se incide en la necesidad de establecer Programas de detección temprana y diagnóstico precoz para una adecuada atención que debería ser integral en coordinación con los Servicios de Pediatría, Educativos, Sociales y los del llamado tercer sector, las Asociaciones específicas de TEA.

El grupo de trabajo se desentiende de la realidad asistencial actual en SMIJ y propone un Plan Nacional de Autismo con la creación de Equipos específicos de autismo, en Unidades Funcionales Multidisciplinares a nivel de cada Área de Salud, que integrarían a profesionales diversos y en las que participarían y se integrarían los profesionales de la red de Salud Mental, especialmente los de infanto juvenil.

Creemos que estas Unidades específicas para grupos diagnósticos específicos siempre conllevan una dimensión segregadora, a la vez que una multiplicación de los diagnósticos y un desplazamiento de los recursos de otras necesidades de SM. Si bien es cierto, que desde los Servicios de SM hay una evidente precariedad en la formación y capacitación para atender las necesidades de este grupo de población, la estrategia debería ir orientada a fortalecer en los profesionales de los Equipos de SMIJ la capacitación y la implicación para desarrollar Programas de detección precoz e

intervención terapéutica coordinada con otros Servicios de Salud, como A. Primaria, Pediatría, Educativos y Sociales, más que a crear Servicios nuevos y específicos para patologías emergentes, que inducen un sesgo de la clínica hacia un modelo en el que prima lo biológico y lo hospitalario frente a las intervenciones integradas y comunitarias.

Está poco presente en este trabajo la participación de las redes de SM , así como de otras instancias, educativas, sociales y de las Asociaciones, que hasta ahora han llevado el papel hegemónico y deben participar activamente en cualquier Plan que se reclame integral, y está demasiado presente la mirada hospitalaria, lo cual no es congruente con la propuesta que se explicita en el texto del trabajo de que “ los problemas que aquejan a las personas con autismo se deben manejar en su mayoría en un ámbito comunitario”.