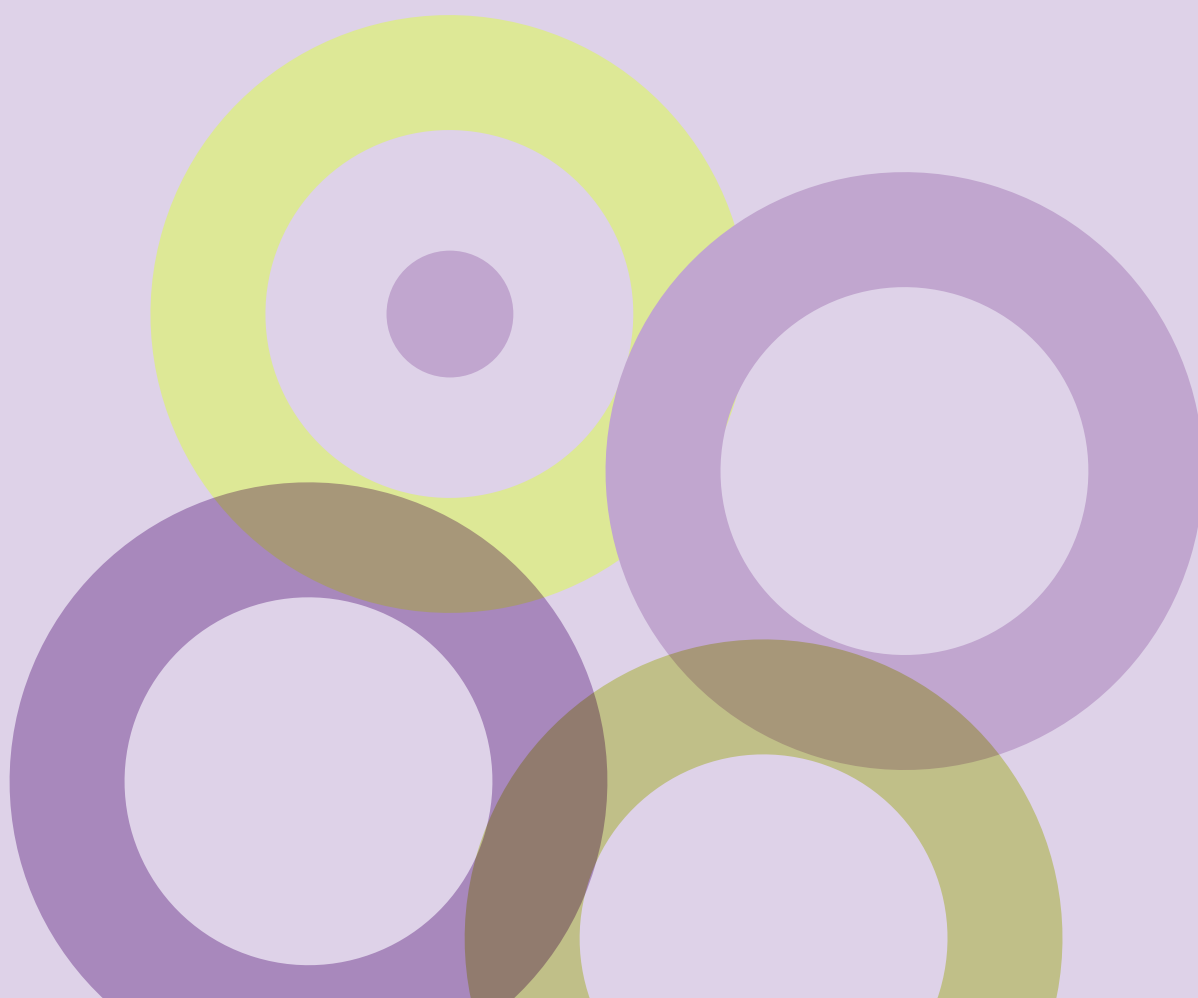


Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

BCN



**taula
salut
mental**

Ajuntament de
Barcelona



Dirección

Área de Derechos Sociales.
Ayuntamiento de Barcelona

Coordinación institucional

Agencia de Salud Pública de Barcelona
Departamento de Salud del Ayuntamiento
de Barcelona

Redacción

Sara Berbel
Esther Sánchez

Coordinación técnica

Departamento de Planificación y Procesos.
Área de Derechos Sociales
Departamento de Servicios Sociales Básicos.
Instituto Municipal de Servicios Sociales

Coordinación de la edición

Departamento de Comunicación
del Área de Derechos Sociales.
Ayuntamiento de Barcelona

Abril del 2018



PRESENTACIÓN

Desde el Ayuntamiento de Barcelona nos hemos fijado la mejora del bienestar psicológico y la salud mental como una prioridad política en la construcción de una Barcelona inclusiva. Y lo hacemos mediante el Plan de salud mental de Barcelona 2016-2022.

El Plan de salud mental de Barcelona es una estrategia que representa un compromiso compartido entre las instituciones y las entidades sociales para desarrollar acciones de prevención y mejora de la atención en salud mental, y para que personas y familias afectadas puedan participar con igualdad de oportunidades y sin discriminación en una ciudad de derechos.

Por eso, hay que trabajar por una ciudad que garantice los derechos sociales de sus ciudadanos y ciudadanas, como el empleo de calidad, la vivienda, la protección social o la salud, y donde la lucha contra las desigualdades sea una prioridad para que la igualdad efectiva de oportunidades se vuelva real. Desgraciadamente, la recesión y las recientes políticas de desregulación y de recortes han puesto en peligro estos derechos y las desigualdades se han acentuado, cosa que ha hecho más precaria y vulnerable la vida de muchas personas, y ha aumentado, en consecuencia, su malestar psicológico.

Para avanzar en la ejecución y el seguimiento de las líneas de acción del plan, hemos apostado por el trabajo colaborativo y hemos mantenido los espacios de cooperación para compartir conocimientos y experiencias que nos ayuden en el abordaje político de la salud mental en nuestra ciudad, prestando especial atención a los barrios donde se concentran más factores de vulnerabilidad.

Asimismo, avanzaremos para conseguir que el máximo de actores posible se comprometan con estos objetivos, porque la salud mental es un asunto de todo el mundo. Y tenemos la obligación de sacar adelante este compromiso si queremos hacer de Barcelona una ciudad promotora de derechos y de bienestar.

Queremos una ciudad donde los niños y las niñas, los y las adolescentes y la población adulta joven puedan desarrollar un proyecto de vida en condiciones. Una ciudad donde se promueva el respeto y el buen trato hacia las personas mayores, se facilite el envejecimiento activo y se fomente la vida autónoma. Una ciudad donde no haya ningún tipo de discriminación en razón de sexo, orientación sexual, edad, origen, enfermedad o diversidad funcional.

Queremos hacer de Barcelona una ciudad más justa y equitativa, que asegure un bienestar y una calidad de vida mayores para todas y todos. Una ciudad de derechos sociales. Una ciudad de personas y para las personas. Una ciudad comprometida con la salud mental. Y, para ello, es imprescindible el compromiso municipal con la salud mental.

Laia Ortiz Castellví

Teniente de alcaldía

Área de Derechos Sociales

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

La salud mental es un asunto que hay que abordar en nuestra ciudad. El informe *La salud mental en Barcelona 2016* señala que, entre la población adulta de 18 a 64 años, el 16,3 % de los hombres y el 19,1 % de las mujeres presentan mala salud mental. Es una cuestión que involucra a todo el mundo.

Este es el primer plan de salud mental que se hace en la ciudad de Barcelona, aunque son muchos los actores con tradición en el trabajo para mejorar la salud mental en la ciudad. Hace más de treinta años que las entidades de la sociedad civil dan respuesta a las personas afectadas y a sus familias, y también trabajan en el ámbito de la prevención y la promoción de la salud mental.

Es un plan alineado con las políticas y las recomendaciones promovidas por otras instituciones, como el Gobierno de la Generalitat (Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones), la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se trata de una estrategia compartida de ciudad, elaborada a partir de un amplio proceso participativo y que recoge la voz de los grupos políticos municipales, diferentes sectores del Ayuntamiento (salud, empleo, vivienda, educación, servicios sociales...), entidades y organizaciones proveedoras de servicios de salud mental, organizaciones profesionales y científicas, y otras instituciones como la Agencia de Salud Pública de Barcelona, el Consorcio Sanitario de Barcelona, el Consorcio de Educación de Barcelona y el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

Es un plan que recoge líneas de acción concretas y que articula diferentes actores con capacidad para abordar la salud mental en la ciudad. Pone especial énfasis en la población infantil, adolescente y adulta joven, y prevé un abordaje integral de la salud mental.

Su principal misión es promover la salud mental y prevenir y atender los trastornos mentales con el fin de mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de toda la población. Algunos de sus principios son la equidad y la disminución de las desigualdades sociales en salud, la territorialidad y, por lo tanto, el trabajo de proximidad en los distritos y con la comunidad, así como el reconocimiento de derechos, igualdad de oportunidades y no discriminación de las personas con trastorno mental.

Aún queda mucho trabajo por hacer, pero hemos adquirido el compromiso de seguir trabajando conjuntamente para ir avanzando en la ejecución de las líneas de acción planteadas. Al mismo tiempo, tenemos el reto de convertir Barcelona en una ciudad comprometida con la salud mental de sus ciudadanos y ciudadanas.

Gemma Tarafa Orpinell
Comisionada de Salud

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	8
2. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS PARA LA SALUD MENTAL	10
2.1. Políticas de salud mental en Europa	10
2.2. Políticas de salud mental en Cataluña	14
2.3. Hacia un plan de salud mental en Barcelona	16
3. METODOLOGÍA DEL PLAN: AGENTES Y ACTUACIONES	18
4. LA SALUD MENTAL EN BARCELONA	20
4.1. Determinantes sociales de la salud mental	20
4.2. Estado de salud mental en Barcelona	23
4.3. Asistencia sanitaria a la salud mental en Barcelona	26
5. RESULTADOS DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN	27
5.1. Desafíos identificados en salud mental	27
5.2. Acentos para la elaboración del Plan	31
6. PLAN DE SALUD MENTAL	33
6.1. Marco conceptual	33
6.2. Misión y principios rectores	35
6.3. Vigencia y temporalización	37
6.4. Estructura del Plan	38
Línea estratégica 1	38
Línea estratégica 2	46
Línea estratégica 3	55
Línea estratégica 4	57
7. GOBERNANZA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	60
8. BIBLIOGRAFÍA	62
9. PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN	64
ANEXO 1: LA SALUD MENTAL Y SUS DETERMINANTES EN BARCELONA	69
ANEXO 2: DESAFÍOS, HECHOS Y PROPUESTAS	105
ANEXO 3: MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL	145

7

Derechos Sociales
Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental se ha convertido en un objetivo primordial en la Unión Europea, ya que se estima que aproximadamente un 15 % de la población sufre o sufrirá algún trastorno mental a lo largo de su vida. Los grandes objetivos políticos transnacionales necesitan una plasmación concreta en el territorio donde, finalmente, deberán desarrollarse. Por ello se requiere hacer un esfuerzo por operacionalizar las estrategias generales y trasladar al mundo local las propuestas que identifiquen los problemas reales y la manera idónea de abordarlos para mejorar la salud mental de la ciudadanía.

De acuerdo con este contexto, en el marco de las políticas de salud del Ayuntamiento de Barcelona, se ha elaborado una estrategia compartida de ciudad para propiciar un marco donde tenga cabida la prevención, la promoción y la atención de la salud mental. En este proceso ha sido fundamental la contribución de los agentes implicados en la salud mental, ya sea desde un punto de vista personal, familiar o profesional, como protagonistas de la acción política.

Del mismo modo, la mejora de la salud mental de la población requiere de la actuación sobre los entornos más próximos donde transcurre la vida cotidiana de las personas. Por este motivo, la territorialización resulta un eje fundamental, ya que se deben tener presentes las necesidades diferenciales de cada barrio, así como las posibles desigualdades en relación con la salud mental, con el fin de responder a las expectativas y necesidades reales de la ciudadanía.

El Ayuntamiento de Barcelona se propone avanzar en un plan de salud mental para la ciudad que contemple las estrategias fundamentales que orienten hacia la acción, con los objetivos, la metodología y las medidas que habrá que desarrollar para alcanzar un verdadero cambio que asegure, en definitiva, el bienestar de la población, especialmente de aquella que vive situaciones de más vulnerabilidad. El plan se desplegará en diferentes fases a lo largo del tiempo, y prevé una evaluación periódica con el fin de realizar los ajustes necesarios para conseguir el éxito en su implantación.

De entre los actores que han participado en la elaboración del Plan de salud mental de Barcelona hay que destacar, en primer lugar, el trabajo de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) con la realización de un marco conceptual y el estudio sobre el estado de la salud mental y sus determinantes en la ciudad. En paralelo, un grupo promotor formado por representantes de las entidades sociales en salud mental, de diferentes sectores municipales, del Consorcio Sanitario de Barcelona (CSB) y del Departamento de Salud de la Generalitat, ha elaborado un documento que asienta las bases del plan. Este documento identifica los hechos y los desafíos en salud mental que la ciudad debe abordar, así como orientaciones de propuestas para desarrollar en diferentes ámbitos de actuación municipales, como salud, empleo, vivienda, educación y servicios sociales, entre otros. Asimismo, se han tenido en cuenta las propuestas ciudadanas recogidas en tres sesiones específicas sobre salud mental

efectuadas durante el proceso de debate del Plan de actuación municipal (PAM) y las introducidas en la plataforma electrónica decidim.barcelona.

Por último, hace cerca de treinta años que la ciudad de Barcelona realizó el primer plan de acción sobre drogas, gracias al que se pudo configurar el denominado *Modelo Barcelona de respuesta al problema de las drogas*, por el amplio consenso que generó en el abordaje de la problemática y que ha alimentado los sucesivos planes de acción. El Plan de salud mental de Barcelona se ha elaborado teniendo en cuenta este modelo, e integra las directrices marcadas en el Plan de acción sobre drogas de Barcelona 2013-2016.

2. POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS PARA LA SALUD MENTAL

2.1. Políticas de salud mental en Europa

2.1.1. De la Declaración de Helsinki al Plan de acción europeo 2013-2020

En el 2005, los estados miembros de la región europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Europea y el Consejo de Europa firmaron en Helsinki la **Declaración europea para la salud mental** (Resolución EUR/RC55/R2), en la que se incorpora la salud mental como prioridad en la agenda europea. Este documento reconoce la promoción de la salud mental, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales como objetivos fundamentales para la protección y la mejora del bienestar y la calidad de vida de toda la población (OMS, 2005).

La Declaración de Helsinki identifica la salud mental como un asunto de salud pública e insta a que se tenga presente como parte integrante de otras políticas públicas relacionadas con los derechos humanos, la asistencia social, la educación o el empleo. Asimismo, anima a los estados miembros a diseñar políticas integrales de salud mental, basadas en la evidencia, para mejorar el bienestar mental de toda la población y favorecer la inclusión de las personas con trastornos mentales. En este sentido, la declaración prioriza las siguientes líneas estratégicas de actuación:

- La prevención y la promoción de la salud mental para toda la población, con acciones específicas para cada etapa de la vida.
- La lucha contra el estigma y la discriminación, garantizando los derechos humanos y la dignidad de las personas.
- El acceso a la atención primaria y la oferta de servicios disponibles en la comunidad para aquellas personas con trastornos de salud mental.
- La mejora de la capacitación de los y las profesionales en salud mental.
- El establecimiento de alianzas y la coordinación entre sectores.
- El fomento de la investigación en salud mental y la evaluación de las intervenciones para la generación de nueva evidencia.

Siguiendo los compromisos fijados en Helsinki, y en respuesta a la evolución de las necesidades específicas en salud mental de la región europea, la Oficina Regional para Europa de la OMS ha desarrollado el **Plan de acción europeo sobre salud mental** (2013-2020). Este plan complementa el plan global de salud mental de la OMS para Europa y es coherente con los objetivos del marco político europeo sobre salud y bienestar (Salud, 2020). También se adhiere a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidades (2008), de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), e incorpora las conclusiones del Pacto europeo para la salud mental y el bienestar, firmado en el 2008 (OMS, 2013b).

La dirección estratégica marcada en el plan de acción europeo cubre la prevención y promoción de la salud mental, con especial atención a los colectivos más vulnerables, y el desarrollo de servicios comunitarios de atención dentro

de un contexto de garantía de los derechos humanos (OMS, 2013b). Además, prioriza la necesidad de reducir las desigualdades sociales en salud mental y la implementación de intervenciones efectivas y seguras en colaboración y coordinación con otros sectores no sanitarios.

Para la consecución de estos hitos, la OMS enumera una serie de **principios para el diseño de intervenciones efectivas de ámbito local**, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud mental (Allen et al., 2014). Estos principios son los siguientes:

- **Universalismo proporcional:** intervenciones proporcionales al nivel de desventaja de la población y no centradas únicamente en los colectivos más vulnerables o más desfavorecidos.
- **Multisectorialidad:** intervenciones que tengan en cuenta el impacto potencial sobre la salud mental de las acciones de varios sectores, como la educación, el empleo, la sanidad o la vivienda.
- **Perspectiva del ciclo de vida:** intervenciones pertinentes según cada etapa vital (infancia, adolescencia, edad adulta, tercera edad), teniendo en cuenta los determinantes diferentes.
- **Intervenciones desde el inicio de la vida:** con el fin de garantizar el mejor comienzo de vida posible a toda la infancia, con acciones dirigidas al apoyo de sus progenitores.
- **Intervenciones que promuevan la salud física:** una buena salud física es determinante de un buen estado de salud mental.
- **Políticas a largo plazo:** los determinantes sociales de la salud mental solo se pueden abordar con políticas a largo plazo y sostenibles en el tiempo.
- **Equidad en salud mental en todas las políticas:** para asegurar que las decisiones que se toman en todos los sectores no provoquen un aumento de las desigualdades en la salud mental.
- **Conocimiento local para la acción:** con sistemas de información que ayuden a priorizar las intervenciones de prevención, promoción y mejora de la salud mental.

2.1.2. Recomendaciones sobre políticas para reducir el impacto de la crisis económica sobre la salud mental

Numerosos estudios han confirmado los efectos negativos de las crisis económicas sobre la salud mental de la población (Uutela, 2010). Con el fin de abordar el impacto de la crisis sobre la salud mental de la población europea, la Asociación Europea de Psiquiatría (EPA, por sus siglas en inglés) ha identificado dos áreas en las que recomienda intervenir: a) los sistemas de protección social y b) la promoción y la mejora de la atención en salud mental (Martin-Carrasco et al., 2016).

a) Sistemas de protección social

Dado que existe una estrecha relación entre pobreza y salud mental, hay que mejorar los sistemas de protección social para afrontar los efectos de una recesión de larga duración (Allen, 2004), con acciones adaptadas a cada etapa vital. En este sentido, la EPA recomienda las siguientes estrategias:

- Provisión de apoyo económico: se necesitan medidas para aligerar las deudas y la caída de los ingresos de las familias.
- Lucha contra el paro y la precariedad en el trabajo: hay que implementar políticas activas de empleo, como programas de orientación e inserción laboral, por encima de las basadas únicamente en la prestación de subsidios (Diamond y Lodge, 2013). Estos programas deben integrar necesariamente a las personas con trastorno mental (Marino, 2014).
- Abordaje de la incertidumbre en la vivienda: hay que incluir programas para luchar contra las ejecuciones hipotecarias y disponer de una oferta de viviendas transitorias para aquellas personas que ya han perdido la vivienda, con el fin de evitar situaciones de sinhogarismo. También se tienen que prever programas para evitar que las personas se vean obligadas a abandonar sus viviendas y tengan que ir a vivir con familiares o amistades (Phua, 2011).
- Medidas para reducir las desigualdades sociales: es necesario promover la participación comunitaria para establecer vínculos y evitar el aislamiento social. Dado que la población infantil, las personas mayores y las personas solas con menores a cargo –principalmente, mujeres– son colectivos especialmente vulnerables ante la crisis económica, hay que implementar programas de protección familiar y de apoyo a habilidades parentales.

b) Promoción y mejora de la atención en salud mental

En la mayoría de los países europeos, la atención a los problemas de salud mental desde los servicios sanitarios es insuficiente e ineficiente a causa de la falta de recursos que destinan los gobiernos. Además, también existen desigualdades en el acceso a estos recursos (Martin-Carrasco et al., 2016). Para mejorar la atención en salud mental, la EPA apunta las siguientes estrategias:

- Acelerar los procesos para mejorar la atención de la salud mental. En este sentido, la EPA destaca medidas como la creación de una red de servicios especializados comunitarios, la ampliación o, en su defecto, el mantenimiento de la cobertura de los servicios de salud mental y la coordinación con los servicios sociales, priorizando aquellos que atienden a personas afectadas por la crisis.
- Mejorar la coordinación de la atención primaria y la atención especializada. Se deben desarrollar acciones específicas, como, por ejemplo, programas de prevención del suicidio; apoyo grupal para personas paradas, con deudas graves o en situación de violencia machista; intervenciones breves

para personas con consumo abusivo de alcohol, y programas para abordar trastornos de salud mental comunes, como la ansiedad o la depresión (Martin-Carrasco et al., 2016).

- Impulsar la prevención y la promoción de la salud mental. Las actividades de prevención y promoción de la salud mental han demostrado su efectividad clínica, sobre todo las dirigidas a niños y niñas y a adolescentes (Jané-Llopis, Barry, Hosman y Patel, 2005; Min, Lee y Lee, 2013), y su coste-efectividad (Knapp, 2011). Por lo tanto, es necesario que se incorporen tanto a la atención primaria como a los servicios especializados.
- Adoptar estrategias de apoyo y comunicación. Personal experto en salud mental y representantes de los medios de comunicación tendrían que elaborar directrices para prevenir los suicidios relacionados con las noticias aparecidas durante las épocas de crisis (Niederkrötenhaller, 2014). Asimismo, desde los medios de comunicación se deberían desarrollar campañas para combatir el estigma asociado a los trastornos de salud mental (Bawaskar, 2006).

2.2. Políticas de salud mental en Cataluña

La Generalitat de Catalunya, mediante el Plan de salud 2005-2007, estableció la salud mental como una de las materias prioritarias de su gobierno. Con el fin de hacer operativa esta necesidad, en el 2006 se aprobó el **Plan director de salud mental y adicciones (PDSMA)**, elaborado juntamente con las personas afectadas, las familias, las entidades proveedoras de salud mental y el propio Departamento de Salud de la Generalitat. Posteriormente, desarrolló el **Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones** para concretar y determinar el modelo que hay que seguir con respecto al trastorno mental y las adicciones.

2.2.1. Plan director de salud mental y adicciones

El PDSMA promueve un modelo de atención a la salud mental, de base comunitaria e intersectorial, que quiere integrar desde la prevención y la promoción de la salud mental hasta el tratamiento, la rehabilitación y la inserción social de las personas con trastorno mental, así como dar apoyo a sus familias. Con esta finalidad, el PDSMA fija unas líneas estratégicas que pueden agruparse en tres grandes ámbitos: a) la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y las adicciones, b) la asistencia y el tratamiento de los problemas de salud mental y c) la mejora de los sistemas de gestión y de la práctica asistencial.

- a) La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales y las adicciones. En este ámbito se incluye el despliegue de intervenciones preventivas y de promoción entre los sectores de la salud y la educación, velando por los segmentos de población más vulnerables, como la infancia, la adolescencia y las personas mayores. Así pues, se contemplan programas para abordar el consumo de alcohol y de otras drogas en la población adolescente, teniendo en cuenta las diferentes pautas de consumo entre chicas y chicos, y también proyectos de prevención del suicidio o de lucha contra el estigma, entre otros.
- b) La asistencia y el tratamiento de los trastornos mentales. Se incluyen intervenciones dirigidas a mejorar la detección precoz del trastorno mental desde la atención primaria, con la formación de los equipos profesionales. Asimismo, se señala la necesidad de implicar a las personas con trastorno mental y a sus familias en la red de atención, con una oferta de servicios que las orienten y garanticen sus derechos. También se apunta al desarrollo de un sistema de atención que integre las diferentes redes y servicios presentes en el territorio catalán.
- c) La mejora de los sistemas de gestión y de la práctica asistencial. En este ámbito se incluyen objetivos como la implicación de las entidades proveedoras en los sistemas de gestión o la formación continua del personal de atención. También se destaca el fomento de la investigación y la cultura de la evaluación para ofrecer una asistencia basada en la evidencia.

2.2.2. Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones

El Plan integral de atención a las personas con trastorno mental y adicciones, aprobado en el 2010 por la Generalitat de Catalunya, es la estrategia que determina el modelo catalán en el ámbito de la salud mental y las adicciones. El Plan fue

liderado desde el Departamento de Presidencia, con el fin de dar máxima visibilidad política a la salud mental, y contó con la participación de los departamentos implicados, que son Salud, Enseñanza, Acción Social, Justicia y Trabajo, junto con las entidades sociales del sector de la salud mental.

Las actuaciones priorizadas en el periodo 2014-2016 prestan especial atención a la población infantil y adolescente, y se incluyen en las siguientes líneas estratégicas:

- Promoción de la salud mental y lucha contra la estigmatización: a través de programas de sensibilización y campañas.
- Mejora de la atención en la población infantil y adolescente con trastorno mental: mediante intervenciones conjuntas de los servicios de salud, educativos y sociales que abracen desde la detección precoz hasta el abordaje del trastorno mental, por parte de las personas profesionales implicadas en los diferentes sectores.
- Promoción de los derechos y mejora de la atención asistencial: mediante el desarrollo de protocolos para atender las urgencias, los traslados o los ingresos involuntarios de personas con trastorno mental y la oferta de formación para los equipos profesionales implicados.
- Apoyo a las familias cuidadoras de personas con trastorno mental: mediante el despliegue de una cartera de servicios de atención que incluya formación para el empoderamiento de las personas con trastorno mental y para sus familias, garantizando que las actividades dirigidas a las familias no refuercen el estereotipo de la mujer como cuidadora.
- Inclusión comunitaria de las personas con adicciones y trastorno mental grave: a través del despliegue de servicios sociales básicos como los servicios de vivienda (residencias, hogares con apoyo y apoyo a la autonomía en el propio hogar) o los clubes sociales y la acción comunitaria en el ámbito de la cultura.
- Inserción laboral de las personas con trastorno mental grave: mediante la definición de un modelo de inserción laboral para las personas con trastorno mental que integre itinerarios de inserción personalizados, trabajo con apoyo en el mercado ordinario y ayudas para las entidades que acogen a personas con trastorno mental.
- Atención especializada en el ámbito judicial y penal: mediante intervenciones específicas para personas en situación de privación penal de libertad o sujetas a medidas de seguridad, con especial atención a menores y adolescentes.
- Promoción del asociacionismo y de la participación de las personas con trastorno mental y de sus familias: mediante la implicación de las entidades del sector en el diseño de las políticas públicas en salud mental y una mejor coordinación de servicios.

2.3. Hacia un Plan de salud mental en Barcelona

La Encuesta de salud de Barcelona (2011) señala que entre la población de 15 años o más el 11,1 % de los hombres y el 16,8 % de las mujeres presentan riesgo de sufrir trastornos mentales. Además, el impacto de la crisis económica, iniciada en el 2008, y de las medidas de austeridad sobre los determinantes sociales de la salud han incrementado las desigualdades sociales y la pobreza entre la población de la ciudad. De entre los colectivos más afectados por la crisis destaca la población infantil, adolescente y adulta joven (Rajmil, 2015), y la evidencia muestra que la exposición durante la infancia a situaciones de privación y de desigualdad social se asocia a peores resultados en salud, y en salud mental en particular, a corto, medio y largo plazo (Irwin, 2007). Cuanto más precoz es la exposición, más irreversibles y definitivos son los efectos negativos (Irwin, 2007). Además, también se ha señalado un aumento de los problemas de salud mental y de las adicciones, sobre todo de abuso de alcohol, en familias con personas en situación de paro o con hipotecas (Gili, 2013).

16

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Consciente de esta situación, el Comisionado de Salud del Ayuntamiento de Barcelona ha fijado la mejora de la salud mental y la integración y atención de las personas con trastorno mental como línea estratégica para el mandato 2016-2019. Para la consecución de este hito, el Ayuntamiento ha impulsado un plan de salud mental de ciudad que implica a todas aquellas organizaciones con capacidad efectiva de acción e incidencia en su elaboración.

Aunque es la primera vez que desde el Ayuntamiento de Barcelona se establece una estrategia específica para abordar la salud mental y sus determinantes, son muchos los actores con tradición en el trabajo para la mejora de la salud en la ciudad de Barcelona. Así, entre otras funciones, desde el Departamento de Salud del Ayuntamiento de Barcelona se definen los criterios para impulsar las políticas de salud y de reducción de las desigualdades en salud, así como la interlocución con las entidades de salud de la ciudad para construir estrategias compartidas. La ASPB se encarga del conocimiento del estado de salud de la población y de los factores que la determinan, así como de las actuaciones para prevenir, mantener y mejorar la salud de la población de la ciudad. El CSB lidera la planificación y la gestión de los servicios sanitarios de la ciudad que deben permitir un abordaje más integral de la atención que recibe la ciudadanía. Por otra parte, cabe destacar el trabajo en materia de salud mental que efectúa el Instituto Municipal de Personas con Discapacidad (IMPD), con actividades de promoción y atención de las personas con discapacidad por trastorno mental, para la mejora de su calidad de vida e integración social. Además, en la ciudad hay un gran abanico de organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud mental desde diferentes perspectivas.

En este sentido, el Plan de salud mental se convierte en una oportunidad para definir una estrategia común, entre las instituciones y las entidades sociales de la ciudad, con el fin de conocer, coordinar y aumentar los activos del municipio para la prevención y la promoción de la salud mental y prestar mejor atención

tanto a las personas con trastorno mental como a sus familias, con acciones en el ámbito sanitario, social, laboral, educativo y de vivienda, entre otros.

Para la elaboración del plan se ha constituido un grupo de trabajo formado por representantes de la Administración, de las entidades de personas afectadas y sus familias, de empresas proveedoras de servicios y también de personas expertas. Desde este grupo se ha impulsado la constitución de la Mesa de Salud Mental como instrumento de participación y corresponsabilidad entre los diferentes actores participantes en la estrategia. Durante este proceso se ha querido singularizar el abordaje de la salud mental de la población infantil, adolescente y adulta joven y se ha velado por dar voz a las mujeres.

El Plan de salud mental dota a la ciudad, por primera vez, de un marco de referencia común entre los diferentes sectores implicados en la mejora del bienestar psicológico de la población. Es una oportunidad para dar más visibilidad a la salud mental en la agenda política municipal y para favorecer la participación y el trabajo conjunto de todos los agentes implicados en el proceso.

3. METODOLOGÍA DEL PLAN: AGENTES Y ACTUACIONES

El proceso de elaboración del Plan de salud mental se basa en una metodología participativa, con la implicación de los diferentes sectores del Consistorio y de las entidades sociales y organizaciones proveedoras de servicios de salud mental presentes en la ciudad. A continuación se presenta el esquema del proceso de trabajo que se ha llevado a cabo y, tras este, se describen los contenidos y los trabajos realizados.



18

Derechos Sociales

Plan de salud mental de Barcelona 2016-2022

En primer lugar, se constituyó un grupo promotor compuesto por los grupos políticos y diferentes sectores del Ayuntamiento, organismos autónomos, entidades sociales, organizaciones proveedoras de servicios y organizaciones profesionales y científicas y se formalizó una primera reunión el día 11 de enero de 2016, que constituyó el inicio de los trabajos para el desarrollo del Plan de salud mental de la ciudad. Durante los meses de enero a marzo del 2016, se realizaron 36 entrevistas en profundidad a miembros del Grupo Promotor orientadas a la elaboración de un documento de bases del Plan de salud mental. Este documento, titulado "Hechos, desafíos y propuestas", recoge una descripción de la situación de la ciudad e identifica ocho desafíos con un gran nivel de acuerdo entre las personas entrevistadas para el abordaje de la salud mental en la ciudad, así como una primera relación de propuestas por ámbito. Además, para la identificación de las propuestas, también se han tenido en cuenta los resultados del proceso de debate del PAM 2016-2019, y más concretamente las actas de las sesiones "El Plan de salud mental: la visión de las personas afectadas", "La salud mental en la infancia y la adolescencia" y "El Plan de salud mental: la visión de los y de las profesionales", y las propuestas relacionadas con la salud mental introducidas en la plataforma "Decidim. Barcelona". En paralelo a este proceso, desde el Ayuntamiento se consultó a informantes clave de diferentes sectores y de otras administraciones para detectar necesidades en el abordaje de la salud mental y se inició la redacción del documento definitivo del Plan de salud mental de la ciudad.

El 9 de junio de 2016 se celebró la segunda reunión del Grupo Promotor, en la que se devolvió el documento “Hechos, desafíos y propuestas” para su validación y se presentaron las líneas estratégicas del plan. A partir de esta reunión, se procedió al envío de un cuestionario en línea para la priorización de las líneas de acción que se identificaban en el documento de bases. Paralelamente, ambos documentos se presentaron en los consejos de salud de diferentes distritos y en el Grupo de Salud del Consejo Municipal de Bienestar Social para su debate. El 4 de julio, se expuso el documento del Plan de salud mental en una comisión de contraste, formada por algunas de las personas participantes en el Grupo Promotor, y se plantearon las líneas de impulso y seguimiento del plan. Finalmente, la jornada de presentación para el cierre del Plan de salud mental se realizó el 20 de julio con la Mesa de Salud Mental en plenario y otros participantes.

4. LA SALUD MENTAL EN BARCELONA

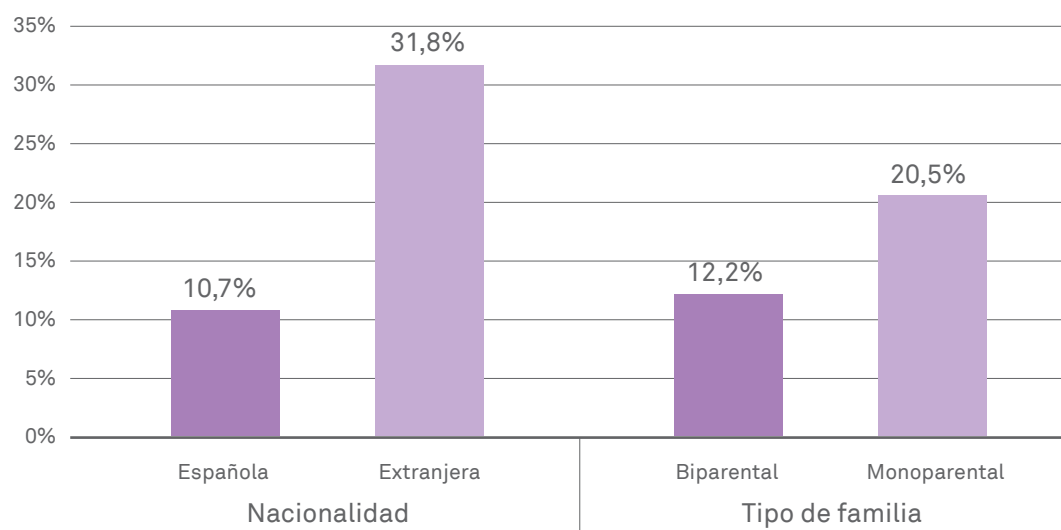
4.1. Determinantes sociales de la salud mental

Infancia y adolescencia

En Barcelona, en el 2014, las personas menores de 15 años representaban el 13,3 % de la población. Estos menores viven en 139.293 hogares, cifra que supone uno de cada cinco hogares de la ciudad. El 12,6 % de los hogares con menores son monoparentales. La situación de los hogares con menores es muy diferente en función del nivel de renta, del lugar de residencia y de la situación laboral o el nivel académico de los progenitores.

Las condiciones de vida adversas durante la infancia están asociadas a problemas de salud mental. Según los datos del Barómetro de la infancia y las familias en Barcelona del 2014, con relación al nivel económico, el 27,9 % de los hogares con menores tienen dificultades o muchas dificultades para llegar a final de mes, y el porcentaje llega al 50 % en el caso de los hogares monoparentales, principalmente encabezados por mujeres. Uno de cada diez hogares con menores no ve asumible el pago de la hipoteca o del alquiler en los próximos tres años, cifra que se duplica en el caso de los hogares monoparentales. De hecho, el 13,4 % de los hogares con menores han tenido algún retraso a la hora de pagar el importe de la hipoteca o el alquiler en los últimos 12 meses. En el caso de los hogares monoparentales, este porcentaje llega al 20,5 %, y en el caso de los hogares de personas extranjeras, al 31,8 % (véase la figura 1). Con respecto a la situación laboral, en el 8,1 % de los hogares con menores de 16 años ni el padre ni la madre tienen un trabajo remunerado, cifra que asciende al 29,9 % en los hogares donde los progenitores tienen estudios primarios.

Figura 1. Porcentaje de hogares con menores de 16 años que han tenido algún retraso a la hora de pagar el importe mensual de la hipoteca o del alquiler en los últimos 12 meses. Barómetro de la infancia y las familias en Barcelona 2014.



El acoso escolar puede tener un impacto importante en la salud mental de la población infantil y adolescente. El informe FRESC del 2012 ofrece datos sobre el acoso en la escuela según sexo y curso escolar. En general, la prevalencia de

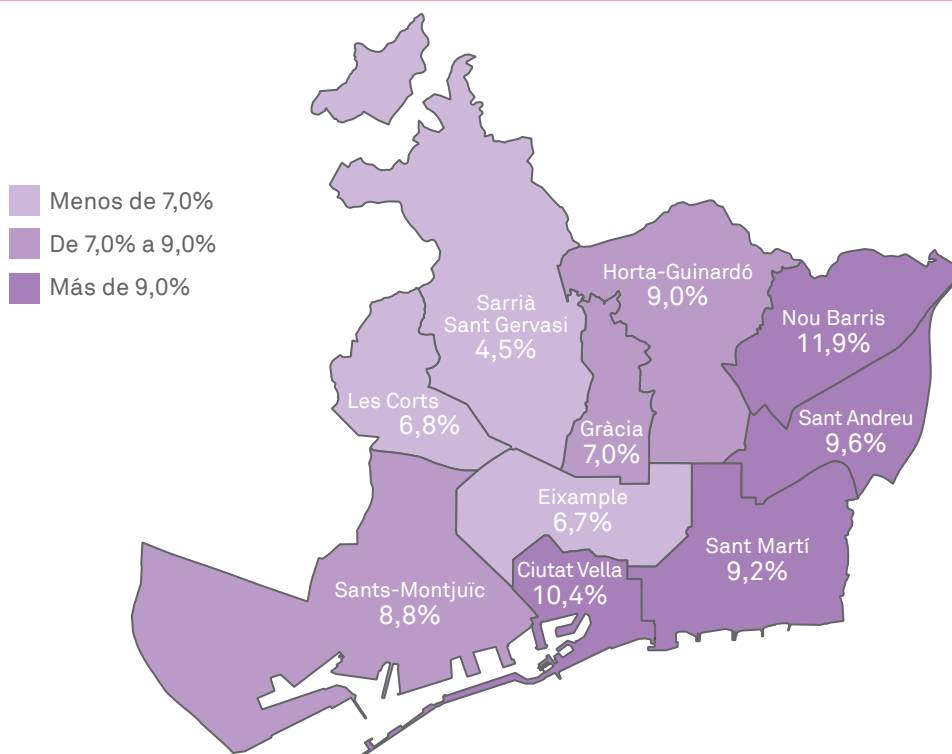
chicos implicados en acoso escolar es superior que la de chicas, especialmente en el caso de la parte agresora. Los porcentajes más elevados de víctimas se encuentran entre el alumnado más joven. Así, en torno al 10 % del alumnado de 2.º de ESO se declara víctima de acoso.

Personas adultas

El paro se relaciona con mala salud mental. De acuerdo con la Encuesta de población activa, en enero del 2016 había 105.400 personas en paro en Barcelona, el 57,3 % de las cuales eran mujeres. La tasa de paro en Barcelona era del 13 %, superior en mujeres. El paro de larga duración se asocia especialmente con mal estado de salud mental. En enero del 2016, el 49,4 % de las personas en paro de Barcelona llevaban dos años o más buscando trabajo, mientras que la proporción correspondiente al 2007 era solo del 8,1 %. El porcentaje de personas en paro varía según el distrito de residencia. En enero del 2015, los distritos con menos paro registrado son los más acomodados: Sarrià-Sant Gervasi, L'Eixample, Les Corts y Gràcia, con valores que oscilan entre el 4,5 % del primero y el 7 % del último. Por el contrario, los distritos de Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó, Sant Martí, Sant Andreu, Ciutat Vella y Nou Barris superan la media de la ciudad, con porcentajes entre el 8,8 % de Sants-Montjuïc y el 11,9 % de Nou Barris, porcentaje que equivale a 2,6 veces el de Sarrià-Sant Gervasi (véase la figura 2).

21

Figura 2. Porcentaje de paro registrado sobre la población de entre 16 y 64 años según distrito. Barcelona, enero del 2015.



Fuente: elaboración del Departamento de Estudios de Empleo, Empresa y Turismo del Ayuntamiento de Barcelona según datos del Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Barcelona.

Personas mayores

En el 2015, casi 90.000 personas de 65 años o más vivían solas, de las cuales el 77 % eran mujeres. Estas cifras son especialmente relevantes si se tiene en cuenta que la soledad en mujeres mayores se relaciona con frecuencia con estados depresivos. La salud mental de las personas mayores también está relacionada, como en el resto de grupos de edad, con la vulnerabilidad económica, y la tasa de riesgo de pobreza es más elevada entre las mujeres. Desde el año 2006 y hasta el 2012, el porcentaje de personas de 60 años o más con ingresos inferiores al indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM) se ha ido reduciendo de manera sostenida, del 30,1 % al 22,8 %. Aun así, en Barcelona, en el 2012 casi 100.000 personas de 60 años o más disponían de menos de 532,51 euros al mes. La distribución territorial de este colectivo se observa desigual (véase la tabla 1): Ciutat Vella y Nou Barris son los distritos con más personas en esta situación (más del 30 %), mientras que en el otro extremo encontramos Les Corts (15,3 %) y Sarrià-Sant Gervasi (10,5 %).

Tabla 1. Nivel de ingresos de la población de 60 años o más. Barcelona, 2006-2012.

Distritos	2006			2012		
	Población de 60 años o más	Ingresos < IPREM	%	Población de 60 años o más	Ingresos < IPREM	%
1. Ciutat Vella	23.376	9.883	42,3	19.508	6.407	32,8
2. Eixample	73.858	17.744	24,0	73.799	12.881	17,5
3. Sants-Montjuïc	44.977	15.784	35,1	45.699	12.176	26,6
4. Les Corts	22.143	4.792	21,6	25.116	3.838	15,3
5. Sarrià-Sant Gervasi	37.164	5.654	15,2	39.196	4.127	10,5
6. Gràcia	32.629	8.974	27,5	32.913	6.468	19,7
7. Horta-Guinardó	47.084	16.121	34,2	49.173	12.945	26,3
8. Nou Barris	47.132	18.319	38,9	47.722	14.824	31,1
9. Sant Andreu	35.303	10.341	29,3	38.796	9.137	23,6
10. Sant Martí	55.093	18.599	33,8	58.798	15.333	26,1
Barcelona	418.759	126.211	30,1	430.720	98.136	22,8

Fuente: elaboración del Departamento de Investigación y Conocimiento, Área de Calidad de Vida, Igualdad y Deportes, Ayuntamiento de Barcelona, a partir de la base de datos de gestión de la Tarjeta Rosa.

IPREM: indicador público de renta de efectos múltiples. Padrón Municipal de Habitantes de Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona.

4.2. Estado de salud mental en Barcelona

Infancia y adolescencia

Según datos de la encuesta a estudiantes de secundaria FRESC del 2012, la prevalencia de padecimiento psicológico probable se sitúa entre el 5 % y el 7 % entre los y las adolescentes. Estos porcentajes disminuyen con la edad para los chicos, mientras que este descenso solo se da de 2.º a 4.º de ESO, con incremento posterior en 2.º de bachillerato y ciclos formativos de grado medio, para las chicas. Los porcentajes de alumnado con posible padecimiento psicológico según curso escolar son superiores entre las chicas que entre los chicos, con porcentajes en torno al 15-16 % y al 10-13 %, respectivamente (véanse las figuras 3 y 4).

Figura 3. Prevalencia de padecimiento psicológico entre chicos adolescentes según el curso. Informe FRESC 2012.

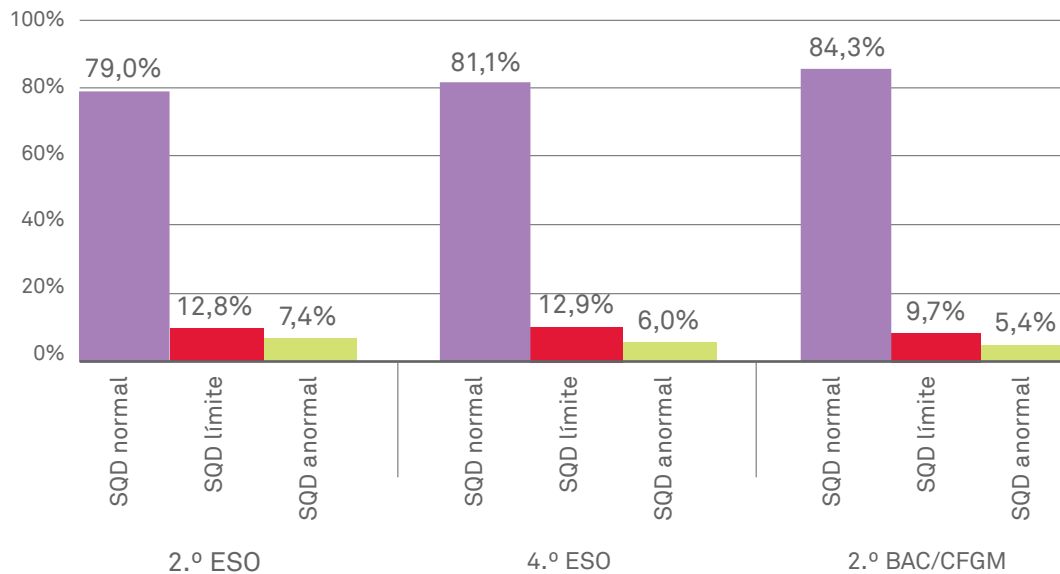
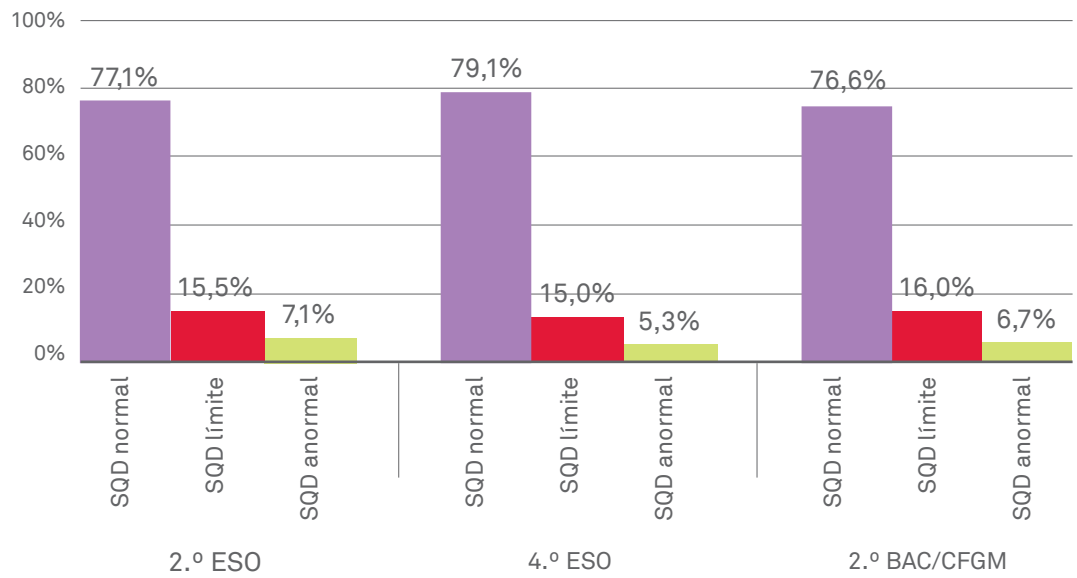


Figura 4. Prevalencia de padecimiento psicológico entre chicas adolescentes según el curso. Informe FRESC 2012.



Personas adultas

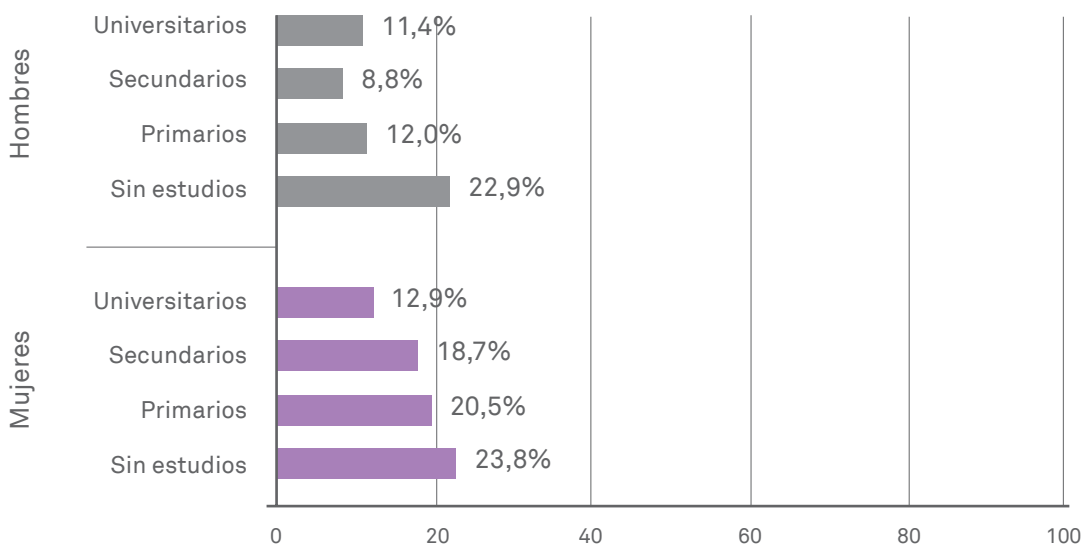
En la última edición de la Encuesta de salud de Barcelona (ESB), en el 2011, el 16,8 % de las mujeres y el 11,1 % de los hombres de 15 años o más presentaban riesgo de padecimiento psicológico. En los últimos años, los hombres presentan siempre valores inferiores a las mujeres, con una tendencia bastante estable en ambos sexos. Entre las mujeres, el incremento de edad se acompaña de un aumento de la prevalencia de padecimiento psicológico; en cambio, entre los hombres no se observa un gradiente en función de la edad. Así, se ve cómo la prevalencia más alta de padecimiento psicológico corresponde al grupo de mujeres de 65 años o más, con un 21 %. Se observa un gradiente por nivel de estudios en ambos sexos, de modo que las personas con un menor nivel de estudios presentan mayor riesgo de padecimiento psicológico, hasta el 23,8 % de las mujeres y el 22,9 % de los hombres sin estudios (véase la figura 5).

25

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Figura 5. Riesgo de padecimiento psicológico según el nivel de estudios y el sexo. Población de 15 años o más. ESB 2011. Porcentajes estandarizados por edad.



4.3. Asistencia sanitaria a la salud mental en Barcelona

Infancia y adolescencia

Según datos del registro del conjunto mínimo básico de datos de salud mental, en el 2014 se atendió a 10.517 menores. En el 2014, el 61,5 % de las personas atendidas en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) eran de sexo masculino.

Personas adultas y mayores

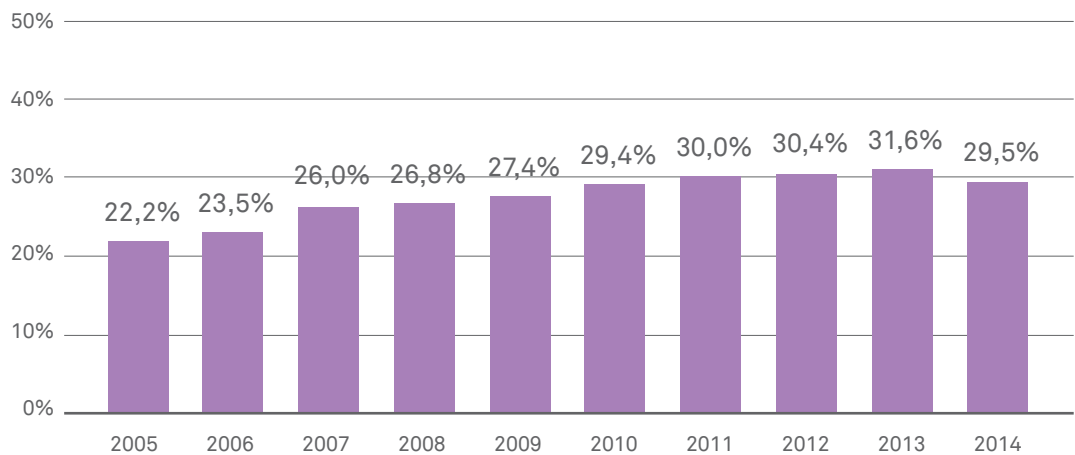
En el 2014 se atendió en los centros de salud mental de adultos (CSMA) a 42.704 personas, el 60,6 % de las cuales eran mujeres, contrariamente a la tendencia en el caso de la población infantil. En los últimos años, al incremento de personas atendidas se añade un incremento de los trastornos mentales graves. Del 22,2 % de personas adultas con trastornos severos atendidas en el 2005 se llegó al 29,5 % en el 2014 (véase la figura 6).

26

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Figura 6. Porcentaje de personas mayores de 18 años atendidas en los centros de salud mental con trastorno mental grave (TMG). Barcelona 2001-2014.



Fuente: conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD_SM). CatSalut.

5. RESULTADOS DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

5.1. Desafíos identificados en salud mental

El documento titulado “Hechos, desafíos y propuestas”, fruto del proceso de coproducción descrito en el apartado de metodología, asienta las bases del Plan de salud mental y señala aquellos aspectos en materia de salud mental sobre los que las personas entrevistadas han mostrado mayor grado de acuerdo. A continuación se describen brevemente los ocho desafíos de ciudad identificados, con un amplio consenso para su abordaje. Son los siguientes:

Desafío 1:

Garantizar espacios de vida y protección para la población infantil, que ofrezcan la estabilidad, el afecto y la confianza que necesitan para crecer y trabajar para fortalecer sus capacidades de afrontamiento

En este desafío se describe la importancia de invertir en acciones de prevención y promoción de la salud mental infantil, desde el entorno familiar y escolar, para asegurar unas buenas condiciones de partida. También se señala la protección de niños y niñas ante experiencias traumáticas y estrés continuado por su impacto a lo largo de todo el ciclo de vida, teniendo particular cuidado de aquellos niños y niñas en situación de especial vulnerabilidad.

“Las familias tienen que ser objetivo de apoyo si se quiere garantizar que todos los niños y niñas tengan la oportunidad de crecer fuertes y resilientes. (...) Se tienen que dar instrumentos a los progenitores para que sean capaces de generar vínculos de calidad con los hijos e hijas.”

Desafío 2:

Generalizar los aprendizajes emocionales y sociales necesarios en la adolescencia y acercar nuevos servicios de escucha, orientación y apoyo para este colectivo

La adolescencia se considera un momento vital de gran vulnerabilidad, a causa de los cambios físicos y hormonales vividos y la búsqueda constante de aceptación social. Esta vulnerabilidad propia de la adolescencia puede verse agravada por el proceso migratorio. Por eso, es necesario trabajar la educación emocional desde los centros educativos y la promoción de hábitos saludables, la participación en el ocio educativo y el acercamiento de servicios de escucha y orientación en sus espacios habituales de relación. También hay que sensibilizar contra la estigmatización en salud mental, ya que en esta etapa se configuran las actitudes sobre el trastorno mental que se sostendrán en la vida adulta.

“Lo que se haga desde las escuelas y los institutos es clave. Son los únicos servicios públicos que tienen el potencial de llegar a todos los niños y niñas, adolescentes y jóvenes.”

Desafío 3:

Ofrecer una atención más precoz, más intensiva y de gran calidad a niños y niñas y jóvenes que tienen más dificultades con la salud mental

La atención infantil y adolescente en salud mental presenta limitaciones. Hay dificultades en el acceso a los CSMIJ y la intensidad de los tratamientos es baja. También hay pocos recursos residenciales y de respiro dirigidos a niños y niñas, a adolescentes y a sus familias. Asimismo, a menudo, la atención queda interrumpida en la transición de los servicios de salud mental de infancia hacia los de personas adultas. Por último, se apunta que los trastornos mentales son uno de los principales factores de riesgo de suicidio entre la población adolescente y adulta joven.

“Necesitamos un acceso más rápido a unos servicios de gran calidad.”

Desafío 4:

Promover aquellas formas de vivir y de relacionarnos que generan capacidades de fortaleza y bienestar

Se considera fundamental la actividad comunitaria en la protección y promoción de la salud mental. La sociabilidad, la práctica de las propias capacidades de ayuda y el apoyo entre iguales es primordial para el fortalecimiento de las personas. Además, se destaca la actividad física como promotora de una buena salud mental y como oportunidad para establecer vínculos y disfrutar de las relaciones sociales.

“Como ciudad, hay que promover aquellas formas de vivir y de relacionarnos que generan capacidades personales de fortaleza: facilitar la sociabilidad, las relaciones personales, la práctica de la actividad física...”

Desafío 5:

Poner en valor y articular todos los recursos para dar apoyo a las personas en situaciones de mayor vulnerabilidad mental, social, cultural y personal

Hay que velar por la salud mental de aquellos colectivos en situación de mayor vulnerabilidad, como son las personas inmigrantes o de minorías étnicas, las personas en paro de larga duración, las personas mayores o las personas en situaciones de pobreza o riesgo de exclusión. Entre los déficits de los servicios de atención primaria en salud, se señalan los siguientes: el limitado abasto de

las intervenciones terapéuticas, la falta de competencias interculturales de los equipos profesionales y el desconocimiento de los recursos comunitarios como alternativa a la medicación. También se destaca la poca coordinación entre estos centros y los servicios sociales del territorio. Por último, se considera imprescindible incorporar la perspectiva de género en el diseño y la planificación de las intervenciones en salud mental.

“La atención primaria necesita apoyos para desmedicalizar los malestares de la vida cotidiana. Muchos problemas –soledad, integración de las personas inmigrantes, aislamiento, dependencia...– se solucionan con el entorno. Y actualmente cuesta o no se puede solucionar por falta de conocimiento o articulación de recursos sociales para poder prescribir.”

29

Desafío 6:

Favorecer la autonomía de las personas con trastornos mentales, reconociendo sus capacidades y facilitándoles el apoyo personalizado que requieren para su inclusión social

El empleo, la vivienda y las relaciones sociales son fundamentales para la inclusión social de las personas con trastorno mental. No obstante, la rigidez del sistema de prestaciones, la estigmatización del propio trastorno y la reducción de los recursos disponibles, a causa de la crisis económica, suponen un obstáculo importante para el acceso y mantenimiento del trabajo, la casa y las amistades. Se han detectado interrupciones en la atención en salud mental y diferencias territoriales en relación con los servicios, tratamientos y apoyos disponibles. También es necesario ofrecer respuestas integrales y el trabajo en red entre profesionales. Asimismo, hay un déficit en las respuestas hacia aquellas personas con trastorno mental que presentan también otras situaciones como, por ejemplo, el consumo de drogas o el sinhogarismo.

“Sabemos que con la voluntad de cuidar no es suficiente. Tenemos que aprender a cuidar de las personas en todas las esferas: vida, empleo, vivienda... Y hacerlo con ‘los otros’ de proximidad, la familia, la comunidad. Y en el territorio.”

Desafío 7:

Mejorar el apoyo y el reconocimiento a las personas que cuidan a familiares con problemas de salud mental

Las personas con problemas de salud mental son atendidas, mayoritariamente, desde el núcleo familiar. Las mujeres son las que ejercen principalmente las

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

tareas de cuidado. La sobrecarga de estos trabajos y los déficits en los recursos de atención repercuten en el bienestar emocional de las familias, y en algunos casos acaban generando claudicación. Por este motivo, hay que ofrecer servicios de soporte profesional (psicológico, psiquiátrico y de respiro) e información sobre los recursos disponibles a las familias de personas con trastorno mental, además de reconocer los trabajos de cuidado para no reforzar los roles de género.

“La función de las familias en la detección de los problemas, en el tratamiento y en el acompañamiento a la recuperación tiene que ser reconocida por parte de los servicios profesionales. Y hay que ofrecer a la familia los apoyos, las orientaciones y los servicios que necesitan.”

Desafío 8:

Proteger los derechos y garantizar un trato atento de las personas con problemas de salud mental en todos los contextos

Las personas con trastorno mental sufren las consecuencias de la discriminación y el estigma que se le asocia. Esta actitud negativa, a menudo reforzada por los medios de comunicación, tiene implicaciones en todos los ámbitos de la intervención, como la falta de reconocimiento del propio trastorno o el retraso en el acceso a los servicios de atención y apoyo. Por otra parte, determinadas actuaciones en el entorno público ante una situación de emergencia o de internamiento no deseado pueden incrementar este estigma. También hay que respetar, en la medida de lo posible, el derecho de las personas con trastorno mental a mantener sus propias decisiones sobre los tratamientos.

“Hay que acabar con la estigmatización del trastorno mental. Es la principal barrera para pedir ayuda o detectar casos de riesgo de sufrir un trastorno mental o una fragilidad mental. Si no se acaba con el estigma, los problemas de salud mental seguirán escondidos y causando padecimiento a muchas de las personas que los sufren.”

5.2. Acentos para la elaboración del plan

La mayoría de las personas entrevistadas entienden que la elaboración de este plan constituye una oportunidad para concretar respuestas y establecer las bases necesarias para avanzar en el campo de la salud mental. Con este propósito, las personas entrevistadas han remarcado las siguientes líneas de actuación sobre las que el plan tendría que poner más acento:

- a) Dar más impulso a la promoción de la salud mental: invertir más recursos en la promoción de la salud, entendida como el proceso de facilitar a las personas el control y la mejora de su salud, ayudaría a reducir a medio y a largo plazo la prevalencia de trastorno mental, así como la necesidad de servicios y apoyos más intensivos y costosos. No obstante, la asignación de la mayoría de recursos se ha destinado tradicionalmente a la atención y al tratamiento de los trastornos mentales. La falta de reconocimiento en las carteras de servicios de las intervenciones de carácter preventivo y comunitario, como por ejemplo los grupos de apoyo emocional para personas en paro o los programas de habilidades en la crianza, ha acabado configurando un mapa de actuaciones inestable, desigual y, en algunos ámbitos, deficitario.
- b) Priorizar la atención en niños y niñas, adolescentes y personas adultas jóvenes: ha habido unanimidad al afirmar la urgencia y la necesidad de centrar los esfuerzos en la atención a niños y niñas, adolescentes y personas adultas jóvenes con trastornos mentales de diferente nivel de complejidad y gravedad. Se constata un déficit en la accesibilidad a los servicios y en la intensidad y la continuidad de la atención a estos colectivos. Por otra parte, es importante recordar la efectividad de las actuaciones preventivas y de promoción de la salud en esta etapa del ciclo vital.
- c) Abordar la desigualdad territorial en la distribución de los recursos de salud: en los últimos años, y a raíz de la crisis económica, las desigualdades sociales han aumentado en Barcelona. Estas desigualdades tienen también una traducción en términos de salud, con diferencias sistemáticas entre diferentes grupos socioeconómicos y una distribución territorial diferente. Así, en Barcelona hay barrios que requieren más atención a causa de la concentración de factores de vulnerabilidad (déficits urbanísticos, de vivienda, de empleo, de equipamientos, de servicios sanitarios y de salud, entre otros), ya que se describe en ellos un mayor padecimiento mental.
- d) Ampliar la intensidad de la atención psicológica de los servicios especializados: las personas entrevistadas coinciden en afirmar que, aunque se garantiza la atención a las personas con trastorno mental en los servicios especializados, el grado de seguimiento y acompañamiento de las intervenciones psicológicas es bajo y, por lo tanto, habría que garantizar una cartera de servicios equitativa y adaptada a las necesidades del territorio.
- e) Facilitar apoyos personalizados para la plena inclusión de las personas con procesos de trastornos graves de salud mental: el impacto de la crisis económica ha hecho aumentar el padecimiento de la población y las dificultades para la inclusión social de las personas con trastorno mental.

En este sentido, se subraya la necesidad de facilitar apoyos personalizados dirigidos a personas con trastorno mental en diferentes ámbitos, como el empleo, la vivienda o el ocio, por lo que resulta fundamental el trabajo intersectorial y entre administraciones.

- f) Aprovechar la gobernanza del plan como oportunidad para avanzar: el proceso de elaboración del plan y la constitución del Grupo Promotor suponen una gran oportunidad para dar más visibilidad a la salud mental en la agenda pública, construir una visión única y compartir un lenguaje común entre los diferentes sectores y servicios implicados. Así, para su desarrollo, se consideran fundamentales aspectos como el liderazgo cooperativo, el trabajo intersectorial y la creación de marcos estables de diálogo e intercambio entre los equipos profesionales, las entidades y los servicios presentes en el territorio. En este sentido, se podrían crear mesas de salud mental en los distritos para fortalecer el trabajo comunitario con entidades, servicios, personas y familias afectadas desde la proximidad. Además, se destaca la importancia de implementar intervenciones basadas en la evidencia y de poder evaluarlas. La formación y el cuidado de los equipos profesionales también se ha descrito como un elemento imprescindible que debe tenerse en cuenta durante todo el proceso.

6. PLAN DE SALUD MENTAL

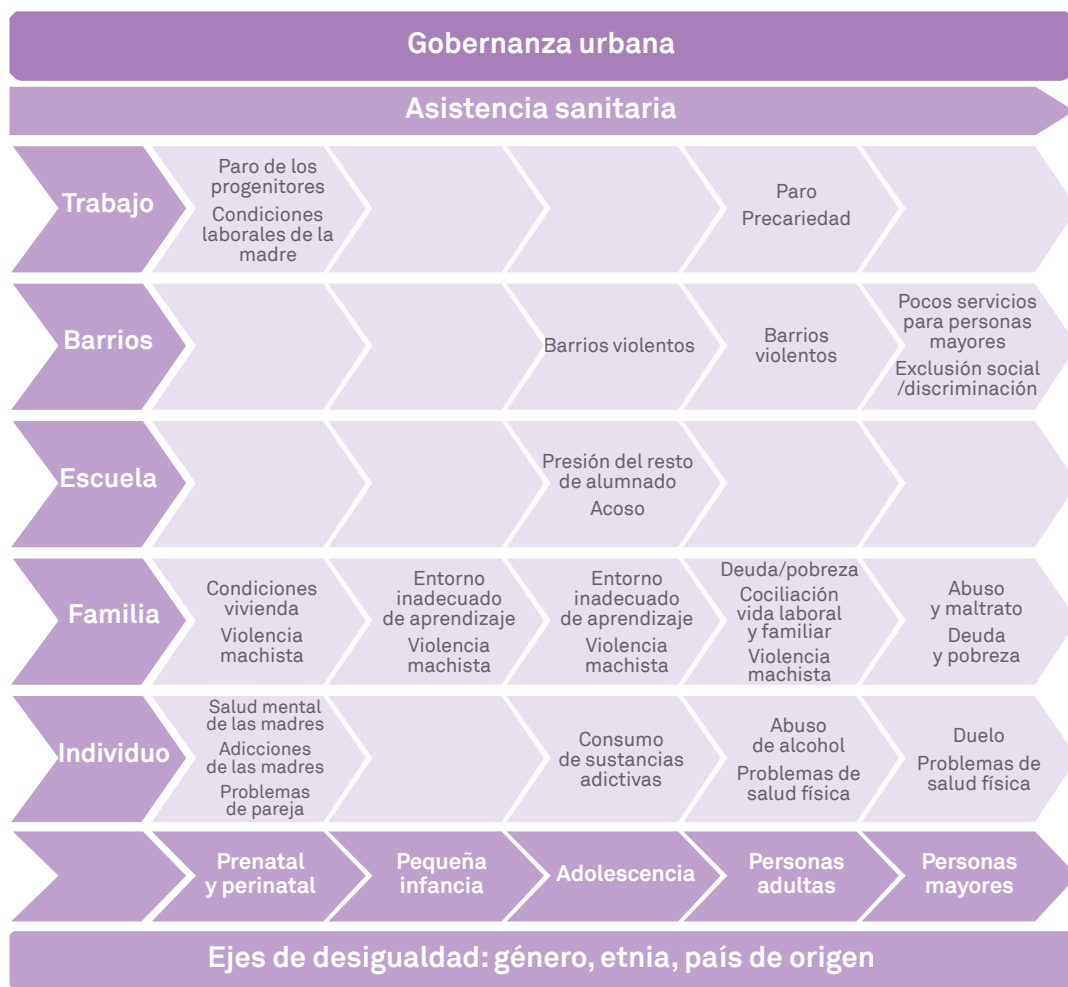
6.1. Marco conceptual

La **salud mental** se define como un estado de bienestar en el que 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, 2013a). Los **determinantes de la salud mental** y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades en la pequeña infancia es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales (OMS, 2013b). Muchos trastornos de salud mental comunes están fuertemente asociados a las desigualdades sociales, y existe un gradiente donde la salud mental empeora a medida que la clase social es más desventajosa (Allen *et al.*, 2014).

Para mejorar la salud mental de las personas es fundamental actuar sobre las condiciones de la vida cotidiana y de acuerdo con una perspectiva del ciclo de vida, empezando con la etapa prenatal y continuando con la primera infancia, la infancia posterior y la adolescencia, las personas adultas y las personas mayores (Kieling *et al.*, 2011). La actuación a lo largo de las diversas etapas de la vida proporciona oportunidades para mejorar la salud mental de la población y reducir el riesgo de sufrir trastornos mentales asociados a las desigualdades a través de sus diferentes ejes. Las intervenciones deben ser universales y dirigidas a toda la población, pero deben ceñirse a las necesidades. También tienen que formar parte de todos los niveles de gobernanza y en diferentes sectores. Eso significa que se tiene que intervenir en los centros educativos infantiles, de primaria y de secundaria, en los ciclos formativos, las universidades, los puestos de trabajo, los barrios y las familias para conseguir sociedades más felices (Allen *et al.*, 2014; OMS y Fundação Calouste Gulbenkian, 2014).

En la figura 1 se presenta un marco conceptual de los determinantes de la salud mental a lo largo del ciclo de vida, basado en el propuesto por la OMS (2012). El marco integra los determinantes de la salud mental a lo largo del ciclo vital, así como los entornos y la naturaleza de las intervenciones.

Figura 1. Determinantes sociales de la salud mental a lo largo del ciclo vital.
Modificado de OMS (2012).



Fuente: Artazcoz, L.; Pasarín, M.; Borrell, C. Plan de salud mental de Barcelona. Marco conceptual. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2016.

6.2. Misión y principios rectores

La misión del Plan de salud mental de la ciudad de Barcelona es la de promover la salud mental y prevenir y atender los trastornos mentales con el fin de mejorar el bienestar psicológico y la calidad de vida de toda la población.

Todas las actuaciones planteadas en el Plan de salud mental de la ciudad de Barcelona incluyen los siguientes principios:

- **Prioridad en la población infantil, adolescente y adulta joven.** Este plan pone especial énfasis en las acciones dirigidas a la población infantil, adolescente y adulta joven, ya que la exposición en estas edades a situaciones de privación y de desigualdad social se asocia a peores resultados en salud, y en salud mental en particular, a corto, medio y largo plazo.
- **Abordaje integral.** Las intervenciones en salud mental se abordarán desde un punto de vista holístico, teniendo en cuenta los problemas asociados al trastorno mental y los factores socioeconómicos y culturales que la determinan.
- **Equidad y disminución de las desigualdades sociales.** Todas las acciones de este plan tendrán en cuenta no provocar un aumento de las desigualdades sociales, en función del género, la edad, la etnia o el territorio donde se habite, así como garantizar la equidad en la distribución y el acceso a los recursos y en el tratamiento a los diferentes servicios especializados.
- **Territorialidad.** Las actuaciones del plan incorporan la territorialidad como principio básico para su desarrollo. El trabajo desde la proximidad y con la comunidad resulta fundamental para la prevención, la promoción y la atención en salud mental.
- **Perspectiva de género e interseccionalidad.** La perspectiva de género debe contemplarse, sistemáticamente, desde el diseño hasta la planificación, ejecución y evaluación de las acciones del plan. Eso supone tener en cuenta no solo las diferencias socioculturales entre mujeres y hombres, que pueden provocar distintos resultados en salud mental y una diferente eficacia de las intervenciones, sino también sus condiciones de vida y necesidades diferenciadas con el fin de combatir las desigualdades sociales asociadas al género. Además, hay que tener en cuenta la intersección del género con otros ejes de desigualdad, como son la clase social, la etnia, la edad, la orientación sexual y la diversidad funcional, entre otros.
- **Interculturalidad.** Las actuaciones del Plan velan por incorporar la perspectiva intercultural como principio transversal, con el fin de reconocer y respetar la diversidad y asegurar la interacción entre culturas, la convivencia y la equidad.
- **Igualdad de oportunidades sin discriminación.** Las personas con trastorno mental tienen derechos que hay que respetar, y debe garantizarse la igualdad de oportunidades con el resto de la población, evitando situaciones que puedan comportar su estigmatización y otras discriminaciones y creando oportunidades para su inclusión social.

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

- Corresponsabilidad, coordinación y participación en la gestión del Plan. A pesar de que la responsabilidad y el impulso del Plan corresponde al Ayuntamiento de Barcelona, hay otras instituciones, dentro de su marco competencial, que son corresponsables. Eso obliga a establecer mecanismos de coordinación y marcos de relación y trabajo en red para garantizar la implementación y la efectividad de las acciones. También se tiene en cuenta la participación y el trabajo intersectorial, con grupos de trabajo que velen por dar voz a las personas afectadas y a sus familias.
- Transversalidad. Todas las políticas municipales tienen un impacto en la salud, y por este motivo la perspectiva de la salud, y de la salud mental en particular, tiene que estar incluida desde el diseño hasta la evaluación de todas las actuaciones de los diferentes sectores municipales. El carácter interdepartamental del Plan de salud mental de Barcelona plantea un trabajo intersectorial que supone la coordinación con otros planes municipales.
- Conocimiento y evaluación para la mejora continua y la innovación. El conocimiento en salud mental proporciona elementos para la priorización de actuaciones, así como para la adaptación y formulación de nuevas acciones basadas en la evidencia. Para introducir mejoras en el proceso y para conocer la efectividad y el impacto social de las actuaciones del plan, es preciso que la evaluación se incorpore desde el momento de la planificación, con objetivos e indicadores específicos. Asimismo, la presentación periódica de esta información debe constituir un ejercicio de transparencia y de rendición de cuentas hacia la ciudadanía.

6.3. Vigencia y temporalización

La vigencia del Plan de salud mental de la ciudad de Barcelona es de seis años (2016-2022), con el fin de poder disponer de un marco temporal suficiente para su implementación. Así, se ha establecido una pauta temporal de implementación para cada línea de acción, que se clasifica en tres franjas:

- **En curso:** acciones que ya se están llevando a cabo.
- **A corto plazo:** acciones que deben llevarse a cabo en el periodo 2016-2017.
- **A medio plazo:** acciones que deben llevarse a cabo en el periodo 2018-2022.

6.4. Estructura del Plan

El Plan de salud mental de la ciudad de Barcelona comprende las grandes directrices y los objetivos que hay que llevar a cabo durante el periodo 2016-2022. A continuación, para cada línea estratégica se presentan los objetivos y las líneas de acción que conforman el Plan de salud mental de Barcelona, y sobre qué departamento, organismo o sector recae la responsabilidad¹.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1:

Mejorar el bienestar psicológico de la población y reducir la prevalencia de los problemas de salud mental, abordando los determinantes sociales y culturales de la salud mental, con una perspectiva de ciclo de vida y de equidad y una atención especial a los grupos con mayor vulnerabilidad.

38

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

La mejora de la salud mental y la reducción del riesgo de sufrir problemas de salud mental requieren de la actuación sobre los diferentes factores que la determinan. Los determinantes de la salud mental no solo tienen en cuenta la predisposición genética y las características individuales de las personas, como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos de la comunidad. Esta línea estratégica incluye líneas de acción universales, pero proporcionales a los niveles de necesidades, de prevención y de promoción de la salud, dirigidas a actuar sobre los diferentes entornos donde transcurre la vida cotidiana de las personas, de acuerdo con una perspectiva del ciclo de vida y de equidad.

¹ La responsabilidad de todas las líneas de acción del Plan de salud mental recae en los diferentes sectores y departamentos del Ayuntamiento de Barcelona, excepto en aquellas en que se especifica una responsabilidad diferente. En este apartado, las siglas utilizadas corresponden a los siguientes organismos:

IMEB: Instituto Municipal de Educación de Barcelona

ASPB: Agencia de Salud Pública de Barcelona

IBE: Instituto Barcelona Deportes

CEB: Consorcio de Educación de Barcelona

CJB: Consejo de Juventud de Barcelona

ICUB: Instituto de Cultura de Barcelona

CSB: Consorcio Sanitario de Barcelona

CAGG: Consejo Asesor de las Personas Mayores de Barcelona

IMPD: Instituto Municipal de Personas con Discapacidad

DGAIA: Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia

OBJETIVOS:

Objetivo 1.1. Promover la salud mental, la resiliencia y el bienestar emocional de la población a lo largo de todo su ciclo vital.

Objetivo 1.2. Promocionar hábitos saludables y prevenir el trastorno mental entre la población infantil, adolescente y adulta joven, para asegurarles el mejor inicio de vida posible y con sensibilidad hacia las diferencias culturales.

Objetivo 1.3. Garantizar entornos seguros y saludables, mediante la prevención y la promoción de la salud mental entre las personas adultas.

Objetivo 1.4. Asegurar condiciones de vida dignas para fomentar un envejecimiento activo y saludable entre las personas mayores.

39

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

LÍNEAS DE ACCIÓN:

Objetivo 1.1. Promover la salud mental, la resiliencia y el bienestar emocional de la población a lo largo de todo su ciclo vital.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
Entorno familiar		
1. Prevenir los desahucios e intervenir en ellos, coordinándose con los juzgados para ofrecer mediación entre las partes y realojamientos dignos.	En curso	Vivienda
2. Conceder ayudas para la rehabilitación con el fin de revertir las condiciones de infravivienda, mejorar el aislamiento térmico, etc.	En curso	Vivienda
3. Adjudicar 2.000 viviendas públicas para colectivos en situación de vulnerabilidad.	A corto plazo	Vivienda
4. Reforzar los mecanismos de detección precoz y tratamiento de niños y niñas, adolescentes, mujeres adultas y mujeres mayores que vivan situaciones de violencia machista o abuso sexual y otras violencias y maltratos.	En curso	Feminismos y LGTBI/Infancia/IMEB/CEB

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
Entorno familiar		
5. Impulsar un complemento monetario de emergencia para familias desfavorecidas.	A corto plazo	Derechos Sociales/ Servicios Sociales
Entorno comunitario		
6. Desarrollar programas específicos para cada etapa vital, para el fomento de la actividad física y el ocio saludable.	En curso	ASPB/IBE/ IMEB/CEB/ Derechos Sociales/ CJB/ Participación /distritos/ entidades
7. Promocionar el voluntariado y la participación en el tejido asociativo de la ciudad y, en especial, en los barrios priorizados a causa de la existencia de desigualdades en salud.	En curso	Infancia/IMEB/ Participación/ distritos/ Juventud/ CJB/ Personas mayores
8. Impulsar intervenciones para prevenir la violencia machista en el ámbito del ocio, en las redes digitales y en los medios de comunicación.	En curso	Feminismos y LGTBI
9. Difundir los servicios de proximidad (centros cívicos, casales, bibliotecas, etc.) entre la ciudadanía y potenciarlos como espacios naturales para favorecer el ocio saludable, la socialización y el bienestar emocional.	En curso	ICUB/IMEB/ Comunicación/ distritos/ Consortio de Bibliotecas
10. Facilitar la prescripción social desde los centros de atención primaria de salud con el apoyo de un catálogo de servicios y recursos comunitarios.	En curso	Salud/ASPB/ CSB/Generalitat de Catalunya (Salud)

Objetivo 1.2. Promocionar hábitos saludables y prevenir los problemas de salud mental entre la población infantil, adolescente y adulta joven, para asegurarles el mejor inicio de vida posible y con sensibilidad hacia las diferencias culturales.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
Entorno familiar		
11. Reforzar los programas de prevención y detección precoz del trastorno mental en madres y padres, desde el embarazo y hasta la primera infancia.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
12. Implementar un programa de desarrollo de habilidades parentales en las 98 escoles bressol municipales, en los espacios familiares de servicios sociales y en otros espacios comunitarios.	En curso	ASPB/IMEB/ Servicios Sociales
13. Destinar ayudas puntuales de urgencia social para familias monoparentales beneficiarias de la ayuda para menores de 0 a 16 años.	En curso	Derechos Sociales
Entorno escolar		
14. Promover una intervención de educación emocional en los centros de primaria y secundaria de la ciudad.	En curso	ASPB/CEB/ Juventud/ entidades
15. Dar apoyo a entidades que realicen programas de prevención de trastornos alimentarios para mejorar la detección precoz y los circuitos de los centros educativos de la ciudad.	En curso	Salud/CEB/ entidades/IMEB
16. Impulsar programas de promoción de hábitos saludables (dejar el tabaco, el alcohol y las drogas, mantener una alimentación saludable, realizar actividad física, mejorar la salud sexual y afectiva y promocionar un uso racional de las nuevas tecnologías y videojuegos) en los centros de primaria y secundaria de la ciudad.	En curso	Salud/ ASPB/ IMEB/CEB/ entidades

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
17. Incorporar la perspectiva de género en el diseño de nuevos programas preventivos y de promoción de la salud mental y en la implementación y evaluación de los programas en curso.	En curso	ASPB/CEB/CSB/ Feminismos y LGTBI/Generalitat de Catalunya (Salud)/IMEB
18. Implementar programas para la prevención y el abordaje de cualquier tipo de violencia, conflicto o acoso (sexual, de orientación sexual, escolar, etc.) en los centros educativos y deportivos de la ciudad.	En curso	Feminismos y LGTBI/CEB/IBE/ Juventud/IMEB/ Infancia
19. Favorecer, de manera coordinada, el éxito escolar con programas específicos y preocupacionales para jóvenes.	En curso	Barcelona Activa/IMEB/ CEB/Juventud

Entorno laboral

20. Desarrollar planes de acción específicos contra el desempleo y para garantizar la calidad del empleo juvenil.	En curso	Barcelona Activa/ Juventud
---	----------	-------------------------------

Entorno comunitario

21. Conceder becas para la realización de las actividades de vacaciones de la campaña "T'estiu molt" a niños y niñas y adolescentes de familias desfavorecidas.	En curso	Infancia
22. Ofrecer asistencia técnica para el fomento del asociacionismo juvenil, con especial atención a aquellos colectivos vulnerables de sufrir discriminaciones.	En curso	IMEB/Juventud/ CJB/Feminismos y LGTBI/ Inmigración/ Participación/ distritos
23. Promover y crear nuevos servicios de escucha, orientación y acompañamiento en los espacios naturales de relación de adolescentes, con profesionales que se conviertan en referentes para este colectivo.	A corto plazo	Salud/Juventud/ distritos
24. Promover y crear nuevos servicios de atención y acompañamiento de personas adolescentes y adultas jóvenes en situación de crisis o urgencia.	A medio plazo	Salud/Juventud/ CJB

Objetivo 1.3. Garantizar entornos seguros y saludables, mediante la prevención y la promoción de la salud mental entre las personas adultas.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
Entorno laboral		
25. Impulsar planes de empleo y programas para mejorar las habilidades de las personas en situación de desempleo, sobre todo en casos de paro de larga duración, y fomentar el emprendimiento combatiendo las desigualdades, luchando contra la precariedad laboral de género y fomentando la proximidad y la economía plural.	En curso	Barcelona Activa
26. Promover medidas de conciliación de la vida laboral y personal en las diferentes organizaciones.	En curso	Barcelona Activa/ Dirección de Servicios de Economía Cooperativa, Social y Solidaria y Consumo
27. Asesorar a las organizaciones para facilitar el abordaje de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo con programas de promoción de la salud laboral.	En curso	Salud/ASPB
Entorno familiar		
28. Acercar y dar a conocer los servicios de soporte a las familias cuidadoras, a través de la Red para el Apoyo a las Familias Cuidadoras.	En curso	Salud/ASPB/ CSB/Servicios Sociales/ entidades

Objetivo 1.4. Asegurar condiciones de vida dignas para fomentar un envejecimiento activo y saludable entre las personas mayores.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
Entorno familiar		
29. Promover actuaciones para fomentar el buen trato y el respeto hacia las personas mayores.	En curso	Personas Mayores/ Derechos Sociales/ CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
30. Reforzar y evaluar el impacto del compromiso “Barcelona, ciudad amiga de las personas mayores”, promovido por la OMS.	En curso	Personas Mayores/ Derechos Sociales/ participación social/CAGG/ entidades
31. Elaborar la estrategia de ciudad para familias que cuidan a personas enfermas o dependientes.	En curso	Salud/Servicios Sociales
Entorno comunitario		
32. Luchar contra los estereotipos y prejuicios hacia las personas mayores, velando por una representación adecuada y digna del envejecimiento y de las personas mayores en las imágenes de la comunicación institucional y de los medios de comunicación.	En curso	Personas Mayores/ CAGG/ Comunicación
33. Avanzar en los programas de promoción del aprendizaje en edades avanzadas de la vida y prestarles apoyo.	En curso	Personas Mayores/ Derechos Sociales
34. Promover la actividad física para personas mayores.	En curso	ASPB/IBE/ Derechos Sociales

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
35. Reforzar los programas para prevenir las situaciones de soledad y de aislamiento no deseados de las personas mayores, teniendo especialmente en cuenta a aquellas personas mayores con dificultades de movilidad y con barreras arquitectónicas.	En curso	Salud/ASPB/ Derechos Sociales/ Personas Mayores/ entidades/ Generalitat de Catalunya (Salud)

Entorno familiar

36. Fomentar el empoderamiento de las mujeres mayores de la ciudad con su participación en los órganos de gobierno de las asociaciones y de los equipamientos para las personas mayores.	En curso	Personas Mayores/ Derechos Sociales
37. Constituir una bolsa de ayudas a mujeres pensionistas con pensión no contributiva.	A corto plazo	Servicios Sociales/ Derechos Sociales

LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

Garantizar servicios accesibles, seguros y eficaces para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas y socioculturales de las personas con problemas de salud mental y de sus familias.

Los servicios de atención a las personas con problemas de salud mental tienen que estar disponibles en el entorno comunitario para asegurar un acceso fácil y garantizar una atención integral (sanitaria, social y educativa) y coordinada entre los diferentes recursos, velando por un trato respetuoso y atento. Asimismo, los tratamientos deben ser seguros, rigurosos y eficaces, teniendo en cuenta las necesidades de los colectivos más vulnerables y sus especificidades sociales y culturales. Esta línea estratégica incluye líneas de acción para garantizar el abastecimiento de los centros de atención a las personas con problemas de salud mental, así como para reconocer y dar apoyo a sus familias. También se integran acciones para la formación y sensibilización de diferentes profesionales. Con el objetivo de favorecer la inclusión social de las personas con problemas de salud mental, se incorporarán acciones para facilitar su acceso al trabajo y a la vivienda y para fomentar su participación cívica y cultural.

OBJETIVOS:

Objetivo 2.1. Favorecer una mejor respuesta a las necesidades de las personas con trastorno mental.

Objetivo 2.2. Ofrecer una atención precoz, sensible a la diversidad sociocultural de la ciudad, y recursos de apoyo a la población infantil, adolescente y adulta joven, con especial atención a aquellos colectivos con mayor vulnerabilidad.

Objetivo 2.3. Promover el acceso y el mantenimiento del empleo y servicios de vivienda para facilitar la inclusión social de las personas con trastorno mental, garantizando un trato respetuoso y atento.

Objetivo 2.4. Garantizar la participación activa de las personas con trastorno mental en la vida cívica, cultural y lúdica de la ciudad.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

Objetivo 2.1. Favorecer una mejor respuesta a las necesidades de las personas con trastorno mental.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
38. Reforzar y actualizar los equipamientos de atención a la salud mental próximos a la comunidad, con especial atención a la cronicidad y la integración de las adicciones.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
39. Incrementar y adecuar los servicios de salud mental y reforzar la figura del Plan de servicios individualizados (PSI) en los barrios priorizados a causa de la existencia de desigualdades sociales en salud.	A medio plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
40. Mejorar la articulación de la atención primaria con los servicios especializados y la formación de los equipos profesionales.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
41. Intensificar la actuación preventiva de los centros de atención primaria en salud y de los centros especializados con el fin de desmedicalizar.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
42. Facilitar el acceso e incrementar la intensidad de la terapia psicológica en la red de salud mental de la ciudad.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
43. Desarrollar, ampliar y evaluar los programas y servicios de atención y de seguimiento para garantizar la transición entre los centros especializados (niños y niñas y adultos).	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
44. Desarrollar programas de atención y seguimiento a las personas con trastorno mental tras las altas hospitalarias.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
45. Difundir y mejorar la aplicación del protocolo de actuación para casos de urgencia, con la participación y formación del cuerpo de la Guardia Urbana.	A corto plazo	Salud/Seguridad

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
46. Ampliar y mejorar el programa específico de atención a personas sin hogar con problemas de salud mental o patología dual.	A corto plazo	Salud/Servicios Sociales/ Derechos Sociales
47. Impulsar servicios de soporte y tratamiento terapéutico para las personas con problemas de salud mental y con patología dual, con una dimensión social.	A corto plazo	Salud/Servicios Sociales/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
48. Impulsar la actuación de la figura del educador o educadora de calle en la detección de población con problemas de salud mental.	En curso	Salud/Servicios Sociales
49. Intensificar la implementación de las políticas de prevención y detección precoz del riesgo de suicidio (seguimiento del Código de Riesgo de Suicidio e implantación territorial de la ruta asistencial de los trastornos depresivos).	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
50. Garantizar el acompañamiento después de un suicidio y dar apoyo a las familias afectadas.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)/ entidades
51. Ampliar los programas de apoyo (grupos de ayuda mutua y apoyo emocional) para personas en situación de especial vulnerabilidad (personas con paro de larga duración, en precariedad residencial, personas mayores, etc.).	A corto plazo	Salud/IMPD/ CSB/Generalitat de Catalunya (Salud y Trabajo, Asuntos Sociales y Familias)/ entidades
52. Reforzar los dispositivos y los servicios de soporte a las personas recién llegadas, refugiadas e inmigradas.	En curso	Inmigración/ Servicios Sociales/ entidades
53. Implantar una estrategia de mediación cultural en los barrios priorizados en los centros de atención primaria en salud y en los servicios especializados.	A corto plazo	CSB/Generalitat de Catalunya (Salud)

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
54. Ampliar y difundir programas y servicios de soporte (grupos de ayuda mutua, apoyo emocional y servicios de respiro) para familiares de personas con problemas de salud mental.	En curso	Salud/Servicios Sociales/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud y Trabajo, Asuntos Sociales y Familias)/ entidades
55. Incorporar la atención y el apoyo a las familias en los circuitos y protocolos de los diferentes servicios de atención a la salud mental.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud y Trabajo, Asuntos Sociales y Familias)
56. Dar apoyo a proyectos que impulsen el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y de sus familias, en los distritos priorizados de Barcelona.	En curso	Salud/IMPD/ Generalitat de Catalunya (Salud)/ entidades/ distritos
57. Implementar un programa de formación para dotar al personal municipal de los conocimientos necesarios para trabajar de manera inclusiva con personas con problemas de salud mental.	A corto plazo	Formación de RR. HH. del Ayuntamiento y organismos autónomos
58. Ejecutar un programa de formación para profesionales de la salud mental en competencias interculturales para la atención de minorías étnicas, personas refugiadas e inmigrantes.	En curso	Salud/ Inmigración/ Generalitat de Catalunya (Salud)
59. Orientar y sistematizar la capacitación en salud mental para profesionales de la mediación cultural.	A medio plazo	Salud/ Inmigración
60. Dar apoyo a las organizaciones que trabajan en el ámbito de la escucha, la información y el bienestar emocional.	A medio plazo	Salud/entidades

Objetivo 2.2. Ofrecer una atención precoz, sensible a la diversidad sociocultural de la ciudad, y recursos de apoyo a la población infantil, adolescente y adulta joven, con especial atención a aquellos colectivos con mayor vulnerabilidad.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
61. Garantizar una cartera de servicios equitativa y adaptada a la realidad de cada territorio entre los diferentes CSMIJ y ampliar la dotación de recursos, con el fin de reducir las listas de espera actuales y de aumentar la frecuencia y la intensidad de los tratamientos.	A medio plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
62. Reforzar y ampliar la red de centros abiertos de atención a la infancia y la adolescencia de Barcelona.	En curso	Servicios Sociales/ Derechos Sociales/ Infancia
63. Impulsar la Red de Centros de Desarrollo Infantil y la Atención Precoz (CDIAP) de la ciudad de Barcelona con la vinculación de los diferentes servicios de atención a la infancia.	A corto plazo	IMPD/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)/ entidades
64. Acercar con nuevas metodologías la intervención dirigida a niños y niñas, adolescentes y población adulta joven con trastorno mental o con familiares con trastorno mental, a los barrios priorizados a causa de la existencia de desigualdades sociales en salud.	A corto plazo	Salud/CSB/ distritos/ entidades
65. Desarrollar programas piloto de acompañamiento e inclusión social dirigidos a adolescentes y población adulta joven con patología dual.	A corto plazo	Salud/CSB/ Servicios Sociales/IMPD/ Generalitat de Catalunya (Salud)/entidades
66. Velar por la revisión de los objetivos de la experiencia piloto del Plan de atención integral a las personas con TEA y extenderlo a algunos distritos de la ciudad.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
67. Velar por la revisión del Protocolo para el manejo del TDAH infantil y juvenil en el sistema sanitario catalán, de manera que esté basado en la evidencia científica y con el consenso máximo del sector profesional.	A corto plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
68. Ampliar los programas de apoyo dirigidos a niños y niñas en situación de especial vulnerabilidad (menores en sistema de protección, menores que han sufrido abuso, menores de familias migrantes o refugiadas, menores no acompañados, etc.).	A corto plazo	Servicios Sociales / Generalitat de Catalunya (DGAIA y Trabajo, Asuntos Sociales y Familias)
69. Reforzar las intervenciones de apoyo escolar y las escuelas de segunda oportunidad, para garantizar la inclusión y la continuidad académica de niños y niñas y jóvenes con trastornos mentales o que los han sufrido.	A corto plazo	Salud/CEB/ Participación/ IMEB/distritos
70. Garantizar la presencia periódica de un psicólogo o psicóloga y un trabajador o trabajadora social en los centros escolares de alta complejidad de los barrios priorizados a causa de la existencia de desigualdades sociales en salud, con el fin de garantizar su educabilidad.	A corto plazo	Salud/IMEB/ CEB
71. Garantizar redes de articulación entre los CDIAP, los CSMIJ y servicios de soporte y orientación, como los EAP, en los centros educativos de la ciudad para la mejora de la prevención, detección y atención precoz de niños y niñas y adolescentes.	A corto plazo	Salud/Servicios Sociales/CSB/ CEB/Generalitat de Catalunya (Salud)/IMEB/ IMPD
72. Facilitar instrumentos, formación y asesoramiento para la prevención de los trastornos de salud mental a los equipos profesionales que trabajan con niños y niñas y adolescentes (escuelas, espacios jóvenes, etc.).	En curso	Juventud/ distritos
73. Facilitar formación para la detección precoz a los equipos profesionales que trabajan con niños y niñas y adolescentes (escuelas, espacios jóvenes, etc.) y garantizar la respuesta inmediata con personas referentes.	A medio plazo	Juventud/CSB/ CEB/IMEB/ Infancia

Objetivo 2.3. Promover el acceso y el mantenimiento del empleo y servicios de vivienda para facilitar la inclusión social de las personas con trastorno mental, garantizando un trato respetuoso y atento.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
Acceso y mantenimiento del empleo		
74. Diseñar e implementar un paquete de medidas específico para personas con trastorno mental, que asegure el acceso a programas generalistas o especializados de asesoramiento, orientación, formación y seguimiento en función de sus itinerarios de inserción laboral.	A corto plazo	Barcelona Activa
75. Favorecer la extensión de proyectos específicos de inserción laboral para jóvenes con trastorno mental en los distritos con barrios priorizados a causa de la existencia de desigualdades sociales en salud, de la mano de entidades expertas.	A corto plazo	Generalitat de Catalunya (Salud y Trabajo, Asuntos Sociales y Familias)/ entidades/ Barcelona Activa
76. Impulsar y articular los instrumentos municipales de inserción laboral y los de la Red Barcelona Inclusiva (red para la inclusión laboral de personas con discapacidad...).	En curso	IMPD/Derechos Sociales/ entidades/ Barcelona Activa
77. Consolidar la inserción laboral de las personas con trastorno mental en el mercado ordinario.	En curso	IMPD/entidades/ Barcelona Activa
78. Impulsar los programas de trabajo con apoyo realizados por entidades.	En curso	IMPD/entidades/ Barcelona Activa
79. Incorporar la reserva social en la contratación administrativa del Ayuntamiento de Barcelona.	En curso	Dirección de Coordinación de Contratación Administrativa/ Barcelona Activa
80. Impulsar el modelo de compra pública con empresas de inclusión de personas con trastorno mental.	En curso	Dirección de Coordinación de Contratación Administrativa/ Barcelona Activa

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
Servicios de vivienda		
81. Facilitar el acceso a la vivienda dotacional para personas con trastorno mental.	A medio plazo	Barcelona Gestión Urbanística, SA
82. Promover la incorporación de pisos en la Mesa de Emergencias Sociales para personas con trastorno mental.	A corto plazo	Vivienda/ Servicios Sociales
83. Incorporar las entidades de salud mental en el acceso a la convocatoria de adjudicación de viviendas para entidades de inclusión social.	A medio plazo	Vivienda
84. Articular las medidas de vivienda con los programas de apoyo, seguimiento y tutoría para el mantenimiento de la vivienda y el desarrollo de la vida autónoma en el domicilio.	A medio plazo	Generalitat de Catalunya (Trabajo, Asuntos Sociales y Familias)
85. Desarrollar el programa Housing First para personas sin hogar con trastorno mental o patología dual.	En curso	Derechos Sociales/ Servicios Sociales
86. Estudiar otros modelos de vivienda y convivencia que se adecuen a la pluralidad de situaciones con respecto a las personas con trastorno mental.	A medio plazo	Salud/ Servicios Sociales/ Generalitat de Catalunya (Trabajo, Asuntos Sociales y Familias)
87. Dar apoyo a entidades con proyectos de vida independiente para personas con trastorno mental, según los protocolos establecidos.	En curso	Salud/IMPD/ entidades
88. Favorecer que las personas mayores con trastorno mental tengan acceso a recursos residenciales y sean atendidas con un trato digno, adecuado y respetuoso.	A medio plazo	Generalitat de Catalunya (Salud, Trabajo, Asuntos Sociales y Familias)

Objetivo 2.4. Garantizar la participación activa de las personas con trastorno mental en la vida cívica, cultural y lúdica de la ciudad.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
89. Identificar las actividades culturales, de ocio, deportivas, etc. de la ciudad para personas con trastorno mental, proponerlas como buenas prácticas, reforzarlas y ampliarlas en los distritos con barrios priorizados a causa de la existencia de desigualdades sociales en salud.	A corto plazo	Salud/ICUB/ Participación/ distritos/IBE
90. Incluir la perspectiva de la salud mental en el diseño de los talleres generalistas que se hacen en los centros cívicos y formar al personal docente.	A medio plazo	Salud/IMPD/ ICUB
91. Incrementar el apoyo a actividades de ocio, cultura, deportivas, etc. para la inclusión de personas con trastorno mental que se realicen en los servicios de proximidad (centros cívicos, casales, bibliotecas, etc.).	En curso	Salud/IMPD/ ICUB/IMEB/ Participación / distritos/ Consortio de Bibliotecas
92. Ofrecer casales específicos y un servicio de monitorización especializada para niños y niñas, adolescentes y personas adultas jóvenes con trastorno mental dentro de la campaña de actividades de vacaciones "T'estiu molt".	En curso	IMPD
93. Organizar acontecimientos culturales en los que las personas con trastorno mental sean protagonistas, y programarlos en la agenda cultural de la ciudad.	En curso	Salud/ ICUB/IMPD/ Participación/ distritos/ entidades
94. Dar apoyo a entidades con proyectos culturales, de ocio y ocio inclusivo para personas con trastorno mental que se realicen en diferentes ámbitos, tanto sanitarios como comunitarios.	En curso	Salud/IMPD/ ICUB/entidades

LÍNEA ESTRATÉGICA 3:

Garantizar el respeto a los derechos de las personas con problemas de salud mental, ofreciendo acceso a las oportunidades para conseguir una buena calidad de vida y luchando contra la estigmatización y discriminación a las que están sometidas las personas con trastornos mentales.

Las personas con problemas de salud mental tienen que luchar contra los estereotipos y prejuicios que se asocian a los trastornos mentales, fruto de una conceptualización social errónea sobre la salud mental. Eso comporta su exposición a un elevado grado de estigma, que es una de las principales causas de discriminación y exclusión social. El estigma impide disfrutar de una buena calidad de vida a las personas con trastorno mental y dificulta su proceso de recuperación. No solo influye sobre su propia autoestima, también condiciona la relación con sus familias y es la principal barrera por su acceso al trabajo, a la vivienda y a tratamientos efectivos. Además, el estigma supone también una vulneración de los derechos humanos. Las acciones para combatirlo pasan por la reivindicación de los derechos de las personas con trastorno mental y la igualdad de oportunidades con el resto de la población, las campañas de sensibilización y el contacto y conocimiento directo, reconociendo las aportaciones a la sociedad de las personas con trastorno mental.

OBJETIVOS:

Objetivo 3.1. Defender los derechos y la igualdad de oportunidades y luchar contra la discriminación de las personas con trastorno mental mediante el abordaje del estigma asociado.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

Objetivo 3.1. Defender los derechos y la igualdad de oportunidades y luchar contra la discriminación de las personas con trastorno mental mediante el abordaje del estigma asociado.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
95. Elaborar y difundir un catálogo de derechos de las personas con trastorno mental y formar a los diversos profesionales.	A corto plazo	Salud/CSB/ Derechos Sociales/ Generalitat de Catalunya (Salud)
96. Crear la figura del defensor o defensora de pacientes y familiares.	A medio plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
97. Promover el pacto del tratamiento o tratamiento pactado.	A medio plazo	Salud/CSB/ Generalitat de Catalunya (Salud)
98. Impulsar campañas y dar apoyo a la lucha contra el estigma de las personas con trastorno mental, reconociendo y poniendo en valor a las entidades expertas.	En curso	Salud/ IMPD/CSB/ Comunicación/ Generalitat de Catalunya (Salud)/entidades
99. Reforzar los proyectos comunitarios que fomenten la convivencia vecinal con personas con trastorno mental.	En curso	Servicios Sociales/ entidades
100. Fomentar el asociacionismo del colectivo de personas con trastorno mental, así como de sus familias, para favorecer su empoderamiento.	En curso	Salud/ Participación/ Generalitat de Catalunya (Salud)/entidades
101. Incorporar los derechos de los niños y niñas con trastorno mental a la Red de Derechos de la Infancia.	A corto plazo	Infancia/ Derechos Sociales/ Generalitat de Catalunya

LÍNEA ESTRATÉGICA 4:

Asegurar los mecanismos necesarios para la buena gobernanza del plan, para una comunicación fluida y efectiva y para el establecimiento de sistemas y redes que generen conocimiento para la acción.

El abordaje de la salud mental implica la colaboración y coordinación de diferentes actores para la buena gobernanza del proceso, desde el Gobierno municipal y autonómico hasta el reconocimiento del papel destacado de las entidades sociales en este ámbito. Asimismo, hay que fomentar la investigación y la formación en salud mental con el fin de generar conocimiento para el diseño y la implementación de intervenciones efectivas basadas en la evidencia. Las líneas de acción incluidas se dirigen a estimular la colaboración y la coordinación de los diferentes actores implicados, asegurando la creación de espacios y circuitos para establecer marcos de relación y de aprendizaje mutuo, con el fin de liderar el proceso de manera participativa y compartir conocimientos y prácticas para la formulación de acciones en salud mental.

57

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

OBJETIVOS:

Objetivo 4.1. Potenciar la información y el conocimiento en salud mental con el fin de dar apoyo a la formulación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas específicos.

Objetivo 4.2. Impulsar la creación de espacios de consulta y de intercambio de conocimientos para el fomento de dinámicas y redes de trabajo en salud mental.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

Objetivo 4.1. Potenciar la información y el conocimiento en salud mental con el fin de dar apoyo a la formulación, el seguimiento y la evaluación de políticas y programas específicos.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
102. Elaborar un mapa de activos en salud mental, según ciclo de vida, por distrito, para poner en valor las actividades hechas por las diferentes administraciones y las entidades expertas.	A corto plazo	Salud/ASPB/ CSB/distritos/ entidades
103. Diseñar un sistema de información en salud mental para la planificación, el seguimiento y la evaluación de las diferentes intervenciones en salud mental.	En curso	Salud/ASPB/ CSB/resto de sectores del Ayuntamiento
104. Incorporar la evidencia científica y la praxis a los usos y metodologías que intervienen en el Plan de salud mental para crear un espacio de investigación y acción permanente.	A corto plazo	Salud/ASPB/ resto de sectores del Ayuntamiento
105. Fomentar la investigación en salud mental y sus determinantes.	En curso	Salud/ ASPB/ IMPD/ Organismos de investigación/ Resto de sectores del Ayuntamiento
106. Formalizar y dinamizar el Compromiso por la Salud Mental de Barcelona.	A corto plazo	Salud/ASPB/ CSB/IMPD/ entidades

Objetivo 4.2. Impulsar la creación de espacios de consulta y de intercambio de conocimientos para el fomento de dinámicas y redes de trabajo en salud mental.

Líneas de acción	Plazo de ejecución	Responsabilidad
107. Ampliar y consolidar redes y grupos de trabajo con profesionales de los servicios sanitarios, sociales, educativos y comunitarios del territorio, para dar respuestas integrales y de manera coordinada en materia de salud mental sobre los diferentes ámbitos priorizados.	En curso	Salud/ASPB/ CSB/ Resto de sectores del Ayuntamiento/ distritos
108. Evaluar el impacto de las diferentes redes y grupos territoriales para su mejora continua y sistematización.	A medio plazo	Salud/ASPB/ CSB/ Resto de sectores del Ayuntamiento
109. Crear una comisión intersectorial para incorporar la perspectiva de la salud mental en todas las políticas y hacer un seguimiento.	A corto plazo	Salud/ASPB
110. Impulsar grupos de trabajo y constituir mesas de salud mental en los distritos priorizados a causa de la existencia de desigualdades sociales en salud.	A corto plazo	Salud/ASPB/ CSB/distritos/ IMPD
111. Favorecer la participación activa de las entidades de personas con trastorno mental y sus familias en la definición y el seguimiento de las políticas y acciones municipales en materia de salud mental.	En curso	Salud/IMPD/ entidades

7. GOBERNANZA, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El Plan de salud mental de Barcelona contempla un horizonte de actuación de seis años con una visión global y transversal, en el que se enmarcan las políticas de salud mental de la ciudad de Barcelona en cuatro grandes líneas estratégicas. Para su gobernanza se da continuidad al espíritu de coproducción que ha estado vigente durante todo el proceso de elaboración de la estrategia. Así, durante siete meses, desde el Ayuntamiento de Barcelona se ha impulsado un proceso de trabajo transversal liderado por un grupo promotor que ha contado con la representación de diferentes sectores de actuación municipales (salud, empleo, vivienda, servicios sociales, educación, inmigración, cultura, género y participación, entre otros) y diferentes organizaciones con capacidad efectiva de acción e incidencia en el campo de la salud mental.

La coordinación del Plan de salud mental de Barcelona desde el Ayuntamiento de Barcelona recae en el propio Departamento de Salud del Ayuntamiento y en la ASPB. La estructura de ejecución del plan cuenta con los siguientes órganos:

- El Grupo Promotor como órgano ejecutivo encargado de la implementación, el seguimiento y la evaluación de las diversas líneas de acción del Plan.
- La Mesa del Compromiso por la Salud Mental como órgano plenario, formado por representación política municipal, agentes sociales y los diferentes sectores administrativos y las organizaciones implicadas en el Plan, organizaciones científicas y profesionales, así como aquellas organizaciones que se quieran comprometer con el trabajo para el abordaje de la salud mental de la ciudad.
- Comisiones y grupos de trabajo que se definirán en función de las líneas de acción prioritizadas, los sectores y las entidades implicados.

Asimismo, para asegurar el despliegue territorial del Plan, se crearán mesas de salud mental principalmente en los distritos priorizados a causa de la existencia de desigualdades sociales en salud. Aparte de ser los órganos para asegurar la planificación y la gestión de las diferentes líneas de acción en el territorio, también tienen la función de mantener un diálogo permanente y coordinar a los diferentes actores implicados: representantes y personal técnico del distrito, representantes de otras administraciones, representantes de entidades, representantes vecinales y de personas afectadas, etc. La composición de las mesas de salud mental en los distritos puede ir variando en función de las líneas de acción prioritizadas y/o en ejecución.

Con respecto al seguimiento y la evaluación del Plan, se prevén los siguientes mecanismos y acciones:

- Un sistema de indicadores, acordado por el Grupo Promotor, que debe contener no solo indicadores consistentes de resultados mensurables, sino también indicadores de proceso y de impacto.
- Una comisión de seguimiento transversal, dependiente de la Mesa de Salud Mental, formada por representantes de los diferentes sectores implicados

en el Plan de salud mental y representantes de organizaciones del sector de la salud mental.

Sus funciones serán las siguientes: hacer el seguimiento del desarrollo del Plan a partir de la consecución de los objetivos previstos según los indicadores, detectar nuevas demandas, crear sinergias para ponerlas en marcha y recoger los indicadores pertinentes para el seguimiento y la evaluación del Plan. Asimismo, también velará por la comunicación y difusión de los resultados del Plan.

- La coordinación del plan elaborará un informe anual de seguimiento, con los indicadores previamente definidos por la comisión de seguimiento del plan, que se tendrá que presentar y aprobar en plenario en la Mesa del Compromiso por la Salud Mental de la ciudad y en las mesas de salud mental de los distritos en funcionamiento.

Transcurridos dos años desde la implementación del plan, se realizará una evaluación intermedia de proceso y del grado de consecución de los objetivos del plan. A los seis años se realizará una evaluación final en la que, además, se añadirán resultados del impacto de la estrategia. Esta evaluación marcará la orientación, las prioridades y las líneas de acción que habrá que llevar a cabo en los sucesivos planes de acción.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Allen, J.; Balfour, R.; Bell, R.; Marmot, M. (2014). "Social determinants of mental health". *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392-407. Londres: Abingdom.
- Bawaskar, H. S. (2006). "The many stigmas of mental illness". *The Lancet*, 367(9520), 1396-1397. Londres: Elsevier.
- Diamond, P.; Lodge, G. (2013). *European welfare states after the crisis*. Londres: Policy Network.
- Gili, M.; Roca, M.; Basu, S.; McKee, M.; Stuckler, D. (2013). "The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010". *The European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108. Oxford: Oxford University Press.
- Irwin, L. G.; Siddiqi, A.; Hertzman, C. (2007). *Early child development: A powerful equalizer*. Final report for the WHO Commission on social determinants of Health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Jané-Llopis, E.; Barry, M.; Hosman, C.; Patel, V. (2005). "Mental health promotion works: a review". *Global Health Promotion*, 9. França: IUHPE.
- Knapp, M.; McDaid, D.; Parsonage, M. (2011). *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case*. Londres: Departamento de Salud.
- Kieling, C.; Baker-Henningham, H.; Belfer, M.; Conti, G.; Ertem, I.; Omigbodun, O.; Rahman, A. (2011). "Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action". *The Lancet*, 378(9801), 1515-1525. Londres: Elsevier.
- Marino, L. A.; Dixon, L. B. (2014). "An update on supported employment for people with severe mental illness". *Current opinion in psychiatry*, 27(3), 210-215. Londres: Wolters Kluwer.
- Martin-Carrasco, M.; Evans-Lacko, S.; Dom, G.; Christodoulou, N. G.; Samochowiec, J.; González-Fraile, E.; Bienkowski, P.; Gómez-Beneyto, M.; Dos Santos, M. J.; Wasserman, D. (2016). "EPA guidance on mental health and economic crisis in Europe." *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 266(2), 89-124. Nova York: Springer.
- Min, J. A.; Lee, C. U.; Lee, C. (2013). "Mental health promotion and illness prevention: a challenge for psychiatrists". *Psychiatry investigation*, 10(4), 307-316. Corea: Korean Neuropsychiatric Association.
- Niederkrotenthaler, T.; Sonneck, G. (2007). "Assessing the impact of media guidelines for reporting on suicides in Austria: Interrupted time series analysis". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 419-428. Austràlia: RANZCP.
- Organización Mundial de la Salud (2005). "Declaración europea de salud mental: ante los retos, construimos soluciones". Primera conferencia ministerial europea de la OMS sobre salud mental. Helsinki: Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2012). *Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2013a). *¿Qué es la salud mental?* Recuperado desde: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2013b). *Plan de acción europeo sobre salud mental, 2013-2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud; Fundação Calouste Gulbenkian (2014). *Social determinants of mental health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Phua, K. L. (2011). "Can we learn from history? Policy responses and strategies to meet health care needs in times of severe economic crisis". *The Open Public Health Journal*, 4, 1-5. Belfast: Bentham.
- Rajmil, L.; Siddiqi, A.; Taylor-Robinson, D.; Spencer, N. (2015). "Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain". *International journal for equity in health*, 14(1), 1. Nova York: Springer.
- Uutela, A. (2010). "Economic crisis and mental health". *Current opinion in psychiatry*, 23(2), 127-130. Londres: Wolters Kluwer.

9. PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

GRUPO PROMOTOR

Laia Ortiz. Tercera teniente de alcaldía. Ayuntamiento de Barcelona.

Gemma Tarafa. Comisionada de Salud. Ayuntamiento de Barcelona.

Laura Pérez. Concejala de Feminismos y LGTBI. Ayuntamiento de Barcelona.

Miquel Àngel Essomba. Comisionado de Educación. Ayuntamiento de Barcelona.

Jordi Via. Comisionado de Economía Cooperativa, Social y Solidaria y Consumo. Ayuntamiento de Barcelona.

Carmen Andrés. Concejala portavoz del Grupo Municipal PSC. Ayuntamiento de Barcelona.

Maria Magdalena Barceló. Concejala portavoz adjunta del Grupo Municipal C's. Ayuntamiento de Barcelona.

Montserrat Benedí. Concejala portavoz adjunta del Grupo Municipal ERC. Ayuntamiento de Barcelona.

Ángeles Esteller. Concejala portavoz del Grupo Municipal PPC. Ayuntamiento de Barcelona.

Mercè Homs. Concejala del Grupo Municipal CiU. Ayuntamiento de Barcelona.

Maria Rovira. Concejala portavoz del Grupo Municipal CUP. Ayuntamiento de Barcelona.

Marta Cruells. Asesora. Concejalía de Feminismos y LGTBI. Ayuntamiento de Barcelona.

Oriol Adserol. Técnico de Derechos Civiles, Salud y Sostenibilidad. Consejo de Juventud de Barcelona.

Alícia Aguilera. Jefa del Departamento de Juventud. Ayuntamiento de Barcelona.

Jordi Alonso. Director de Programa. Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas.

Xavier Altimiras. Director operativo del sector sanitario Barcelona Esquerra. Consorcio Sanitario de Barcelona.

Lidia Ametller. Técnica del Departamento de Salud. Ayuntamiento de Barcelona.

Jordi Armengol. Responsable de la Secretaría Técnica. Consorcio Sanitario de Barcelona.

Enric Arqués. Presidente del Fòrum Salut Mental.

Lucía Artazcoz. Directora de Promoción de la Salud. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Regina Bayo. Eje Salud Barcelona en Comú / Plataforma por la Defensa y Mejora de un Modelo Público y Comunitario de Salud Mental.

Jordi Blanch. Presidente de la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental.

Sara Berbel. Gerente de Barcelona Activa. Ayuntamiento de Barcelona.

Carmen Comellas. Responsable de los equipos de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA) de Barcelona. Departamento de Familia e Infancia. Ayuntamiento de Barcelona.

Joan Corbera. Grupo de Salud Mental. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC).

Joan de Diego. Director de Orientación y Educación Inclusiva. Consorcio de Educación de Barcelona.

Núria Espriu. Técnica del Departamento de Salud. Ayuntamiento de Barcelona.

Dolors Fores. Presidenta de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.

Carme Fortea. Jefa del Departamento de Personas Vulnerables. Ayuntamiento de Barcelona.

Sílvia Gambín. Técnica del Departamento de Salud. Ayuntamiento de Barcelona.

Hermínia Gil. Responsable de Otras Economías. Barcelona Activa. Ayuntamiento de Barcelona.

Lluís Lalucat. Presidente de Barcelona Salut Mental.

Davide Malmusi. Director de Servicios de Salud. Ayuntamiento de Barcelona.

Núria Masip. Miembro de la Secretaría Técnica. Fundación Ciudadanía y Buen Gobierno.

Guillermo Mattioli. Presidente de la Sección de Psicología Clínica, de Salud y Psicoterapia y vocal del Consejo Profesional del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña.

Cristina Molina. Directora del Plan director de salud mental y adicciones. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Israel Molinero. Presidente de la Federación de Salud Mental de Cataluña.

Oriol Nicolau. Presidente del Consejo de la Juventud de Barcelona.

Cèlia Nisarre. Vicepresidenta del Consejo de la Juventud de Barcelona.

Ignasi Parody. Director de la Fundación Trinijove.

Maribel Pasarín. Directora del Observatorio de la Salud Pública. Agencia de Salud Pública de Barcelona.

Felisa Pérez. Presidenta de la Federación Catalana de Drogodependencias.

Marta Poll. Directora de la Federación de Salud Mental de Cataluña.

Lluís San. Director de Psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu.

Esther Sánchez. Técnica del Comisionado de Salud. Ayuntamiento de Barcelona.

Clara Santamaria. Técnica del Servicio de Promoción y Apoyo. Instituto Municipal de Personas con Discapacidad. Ayuntamiento de Barcelona.

Mati Sanuy. Servicios Sociales. Psicóloga de Ciutat Vella. Ayuntamiento de Barcelona.

Pilar Solanes. Jefa del Departamento de Salud. Ayuntamiento de Barcelona.

Marta Tarragona. Jefa de la Secretaría Técnica. Fundación Ciudadanía y Buen Gobierno.

Xavier Trabado. Antiguo presidente y vocal de la Federación de Salud Mental de Cataluña.

Clàudia Vásquez. Eje Salud Barcelona en Comú / Plataforma por la Defensa y Mejora de un Modelo Público y Comunitario de Salud Mental.

Raúl Velasco. Vicepresidente de la Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en Primera Persona.

Francesc Vilà. Director sociosanitario de Cuina Justa-Fundación Cassià Just.

Josep Vilajoana. Decano del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña.

Roser Vilarrubí. Jefa del Servicio de Promoción y Apoyo. Instituto Municipal de Personas con Discapacidad. Ayuntamiento de Barcelona.

Edgar Vinyals. Presidente de la Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en Primera Persona.

Àngels Vives. Presidenta de la Fundación Congrès Català de Salut Mental.

OTROS PARTICIPANTES EN EL PROCESO

M^a Eugènia Angulo. Secretaria. Grupo Municipal C's. Ayuntamiento de Barcelona.

Josep de Barberà. Jefe del Gabinete. Concejalía de Infancia, Jóvenes y Personas Mayores. Ayuntamiento de Barcelona.

Núria Martín. Concejalía del Grupo Municipal CUP. Ayuntamiento de Barcelona.

M^a José Ortiz. Concejalía del Grupo Municipal PPC. Ayuntamiento de Barcelona.

Esther Padrós. Asesora. Grupo Municipal CiU. Ayuntamiento de Barcelona.

Roger Puigví. Asesor. Grupo Municipal CiU. Ayuntamiento de Barcelona.

Marc Ramentol. Asesor. Grupo Municipal ERC. Ayuntamiento de Barcelona.

Albert Sales. Asesor de la tercera teniente de alcaldía. Ayuntamiento de Barcelona.

Rosa Alemany. Jefa de sección de los EAIA de Ciutat Vella. Ayuntamiento de Barcelona.

Gemma Altell. Vicepresidenta del Consejo de las Mujeres de Barcelona.

Anna Bermejo. Educadora social de la Cooperativa Aixec.

Pere Bonet. Director de la División de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu de la Fundación Althaia.

Rosario Borda. Técnica del Departamento de Planificación y Evaluación. Instituto Municipal de Personas con Discapacidad. Ayuntamiento de Barcelona.

Yolanda Burgueño. Secretaria general de la Fundación Trinijove.

Miquel Casas. Antiguo jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona.

Patricia Escalona. Vocal de la Junta de la Sección de Psicología Clínica, de Salud y Psicoterapia del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña.

Rosa Garcia. Vocal de la Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en Primera Persona.

Maria Hernàndez. Antigua presidenta del Consejo de la Juventud de Barcelona y miembro de la Asociación SinVergüenza.

Pilar Hilarión. Directora de Proyectos del Instituto Universitario Avedis Donabedian.

Lluís Isern. Vocal de la Fundación Congrés Català de Salut Mental.

Miquel Juncosa. Director de Obertament.

Isabel Llorens. Responsable de RR. HH. de la Fundación Dau.

Flor Majado. Jefa del Programa de Acción Educativa. Instituto Municipal de Educación de Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona.

Fernando Martínez. Asociación para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedad Mental (AREP).

Victòria Martorell. Subdirectora de Gestión Clínica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Mai Molins. Psicóloga de orientación profesional del Equipo de Asesoramiento Laboral. Instituto Municipal de Personas con Discapacidad. Ayuntamiento de Barcelona.

Víctor Pérez. Director del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar de Barcelona.

Manel Punsoda. Director de Promoció Educativa de l'Institut Municipal d'Educació de Barcelona. Ajuntament de Barcelona.

Paco Ramos. Director de Empleo. Barcelona Activa. Ayuntamiento de Barcelona.

Esther Ródenas. Directora técnica del Registro de Solicitantes y Adjudicación de Viviendas. Barcelona Gestión Urbanística, SA.

Angie Rosales. Directora de la Asociación Pallapupas.

Josep Rovira. Vocal de la Federación Catalana de Drogodependencias.

Assumpta Soler. Jefa del Departamento de Estrategia y Coordinación. Instituto Municipal de Personas con Discapacidad. Ayuntamiento de Barcelona.

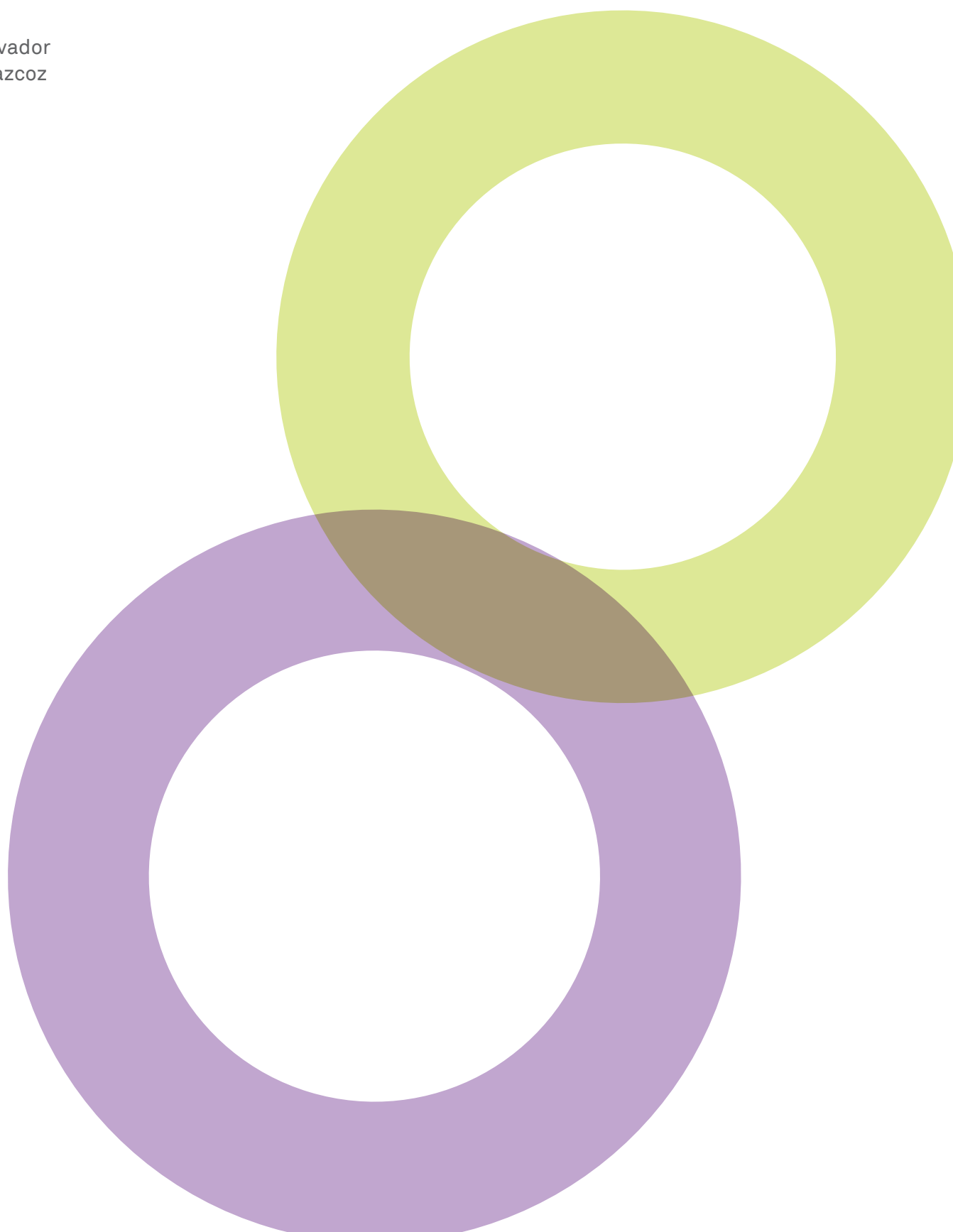
Àngels Soriano. Asociación para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedad Mental (AREP).

Eduard Vieta. Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona.

Anexo 1:

La salud mental y sus determinantes en Barcelona

María Salvador
Lucía Artazcoz



ÍNDICE

1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL	73
Características sociodemográficas	73
Infancia y adolescencia	74
Familias	74
Acoso escolar	76
Personas adultas	78
Desempleo	78
Violencia machista	82
Personas mayores	84
Soledad	84
Situación económica	85
2. ESTADO DE SALUD MENTAL EN BARCELONA	87
Infancia y adolescencia	87
Personas adultas y mayores	91
3. ASISTENCIA SANITARIA A LA SALUD MENTAL EN BARCELONA	98
Infancia y adolescencia	98
Personas adultas y mayores	100
4. FUENTES DE DATOS	103

71

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Porcentaje de hogares con menores de 16 años que han tenido algún retraso a la hora de pagar el importe mensual de la hipoteca o del alquiler en los últimos 12 meses. Barómetro de la infancia y las familias en Barcelona 2014.	74
Figura 2. Porcentaje de familias con menores de 16 años que no pueden mantener la vivienda a una temperatura adecuada durante los meses de invierno según el barrio. Barómetro de la infancia y las familias en Barcelona 2014.	75
Figura 3. Porcentaje de chicos implicados en acoso escolar según el sexo y el curso. Informe FRESC 2012.	76
Figura 4. Porcentaje de chicas implicadas en acoso escolar según el sexo y el curso. Informe FRESC 2012.	77
Figura 5. Evolución de la tasa de paro en Barcelona (2007-2016). Encuesta de población activa.	78
Figura 6. Evolución de la proporción de personas en paro que hace dos años o más que buscan trabajo. Encuesta de población activa.	79

Figura 7. Evolución del número de personas en paro según el grupo de edad. Encuesta de población activa	80
Figura 8. Porcentaje de paro registrado sobre la población de 16 a 64 años según el distrito. Barcelona, enero del 2015.	81
Figura 9. Evolución del número de personas atendidas en los PIAM en Barcelona.	82
Figura 10. Problemas de salud mental según el sexo. Población de 4 a 14 años. Puntuación media e IC 95 %. ESB 2011.	87
Figura 11. Prevalencia de padecimiento psicológico entre chicos adolescentes según el curso. Informe FRESC 2012.	88
Figura 12. Prevalencia de padecimiento psicológico entre chicas adolescentes según el curso. Informe FRESC 2012.	88
Figura 13. Prevalencia de problemas de estado de ánimo (a menudo o siempre) según el curso entre chicos (%). Informe FRESC 2012.	89
Figura 14. Prevalencia de problemas de estado de ánimo (a menudo o siempre) según el curso entre chicas (%). Informe FRESC 2012.	90
Figura 15. Evolución del riesgo de padecimiento psicológico según el sexo. Población de 15 años o más. ESB 2001, 2006 y 2011. Porcentajes estandarizados por edad.	91
Figura 16. Riesgo de padecimiento psicológico según el grupo de edad y el sexo Población de 15 años o más. ESB 2011.	92
Figura 17. Riesgo de padecimiento psicológico según el nivel de estudios y el sexo. Población de 15 años o más. ESB 2011 Porcentajes estandarizados por edad.	93
Figura 18. Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio según el sexo. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 personas. Barcelona, 2002-2013.	94
Figura 19. Evolución anual de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres de 15 a 44 años. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 personas. Barcelona, 2002-2013.	95
Figura 20. Evolución de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres de 65 años o más. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 personas. Barcelona, 2002-2013.	96
Figura 21. Mortalidad por demencia según el sexo y los estudios. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 personas. Barcelona, 2013.	97
Figura 22. Población de 18 años o menos atendida en los centros de salud mental por sexo. Barcelona, 2001-2014.	98
Figura 23. Porcentaje de personas de 18 años o menos atendidas en los centros de salud mental con trastorno mental grave (TMG). Barcelona, 2001-2014.	99
Figura 24. Población mayor de 18 años atendida en los centros de salud mental por sexo. Barcelona, 2001-2014.	100
Figura 25. Porcentaje de personas mayores de 18 años atendidas en los centros de salud mental con trastorno mental grave (TMG). Barcelona, 2001-2014.	101

1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD MENTAL

En esta sección se presentan datos de varios determinantes de salud mental en la ciudad de Barcelona. Partiendo del marco conceptual de los determinantes sociales de la salud mental, basado en el marco propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y comentado previamente, se han seleccionado varios determinantes que se consideran especialmente relevantes en nuestro contexto. Se ha seguido una perspectiva de ciclo de vida que reconoce que la salud mental en cada etapa vital viene determinada por factores propios, a la vez que es el resultado de las experiencias de toda la vida.

Según datos del Padrón Municipal de Habitantes, en el 2014 la población de Barcelona era de 1.613.281 personas, el 52,6 % de las cuales eran mujeres. Estas cifras son muy similares a las observadas en la ciudad a principios de los años noventa. No obstante, las características de la población de la ciudad se han modificado en estos años.

Características sociodemográficas

Con respecto a la distribución por edad, los últimos años se observa un aumento de menores de 15 años, después de haber experimentado una importante disminución de esta franja de edad durante las décadas anteriores, si bien las cifras siguen siendo inferiores a las de 1991. Cabe destacar la disminución de personas entre 15 y 44 años, tanto hombres como mujeres. De forma similar, la razón de personas de 65 años o más con respecto a aquellas de entre 15 y 64 años (índice de dependencia senil) también ha crecido. Este envejecimiento de la población se ve especialmente en la cantidad de personas mayores de 74 años: el índice de sobre-envejecimiento (proporción de personas de 75 años o más sobre el colectivo de 65 años o más) ha pasado de 36,6 % en hombres y 45,3 % en mujeres en 1991, a 48,3 % y 56,9 %, respectivamente, en el 2014.

Las personas nacidas fuera del Estado español representan el 22,2 % de la población de Barcelona. Aunque en los últimos años el número de personas extranjeras se ha mantenido relativamente estable, no ha sido así con respecto a la distribución según el país de procedencia. Destaca un aumento continuado de las personas nacidas en Europa y otros países de renta alta (de 89.008 en el 2009 a 97.575 en el 2014), mientras que el número de personas nacidas en países de América del Sur y Centroamérica se ha ido reduciendo tras unos años de crecimiento.

Con respecto al nivel de estudios, ha continuado la tendencia a la reducción del número de personas sin estudios o con estudios primarios y el aumento del número de personas con estudios universitarios, tanto hombres como mujeres. Esta mejora del nivel de estudios se ha dado en todos los distritos de la ciudad, si bien con diferencias importantes: la mitad de la población en Sarrià tiene estudios universitarios (el 52,3 % de los hombres y el 45,7 % de las mujeres), pero solo encontramos una de cada diez en Nou Barris (10,4 % y 13 %, respectivamente). En el conjunto de la ciudad, una de cada cuatro personas tiene estudios primarios o inferiores (el 22,5 % de los hombres y el 27 % de las mujeres). No obstante, estas cifras varían según el distrito: desde el 7,3 % de los hombres y el 11,3 % de las mujeres en Sarrià hasta el 35,2 % de los hombres y el 41 % de las mujeres en Horta.

Infancia y adolescencia

En Barcelona, en el 2014 las personas menores de 15 años representaban el 13,3 % de la población. Estos menores viven en 139.293 hogares, lo que supone uno de cada cinco hogares de la ciudad. El 12,6 % de los hogares con menores son monoparentales. La situación de los hogares con menores es muy diferente en función del nivel de renta, del lugar de residencia y de la situación laboral o el nivel académico de los progenitores.

Familias

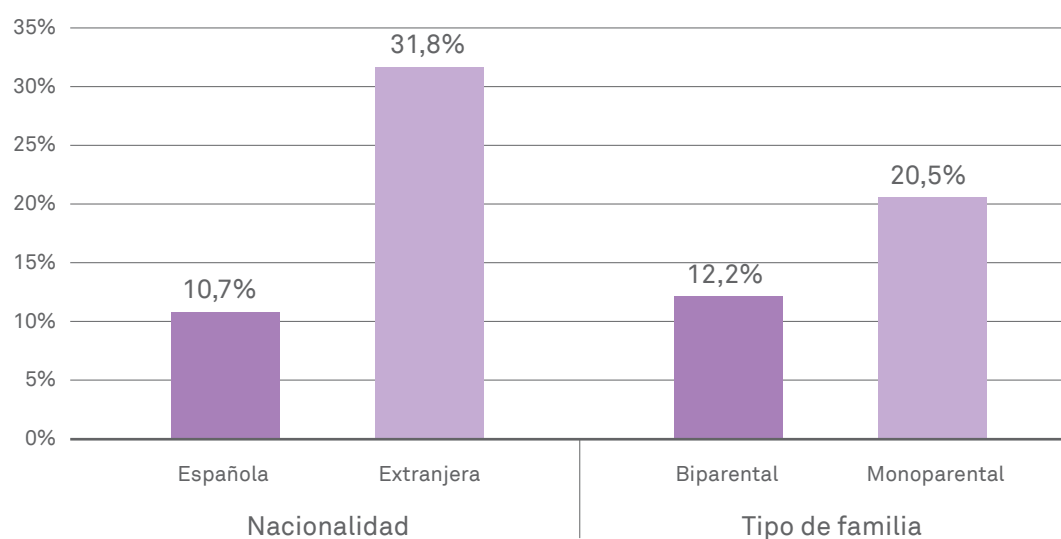
Las condiciones de vida adversas durante la infancia se asocian a problemas de salud mental. Según el Barómetro de la infancia y las familias de Barcelona del 2014, con relación al nivel económico, el 27,9 % de los hogares con menores afirman tener dificultades o muchas dificultades para llegar a final de mes. Este porcentaje llega al 50 % en el caso de las familias monoparentales. Uno de cada diez hogares con menores no ve asumible el pago de la hipoteca o del alquiler en los próximos tres años, cifra que se duplica en el caso de los hogares monoparentales. De hecho, el 13,4 % de los hogares con menores han tenido algún retraso a la hora de pagar el importe mensual de la hipoteca o del alquiler en los últimos 12 meses. En el caso de los hogares monoparentales, este porcentaje llega al 20,5 %; en el caso de los hogares de personas de nacionalidad extranjera, al 31,8 % (véase la figura 1). Con respecto a la situación laboral, en el 8,1 % de los hogares con menores de 16 años ninguno de los progenitores tiene un trabajo remunerado, porcentaje que asciende al 29,9 % en los hogares donde estos tienen estudios primarios.

74

Derechos Sociales

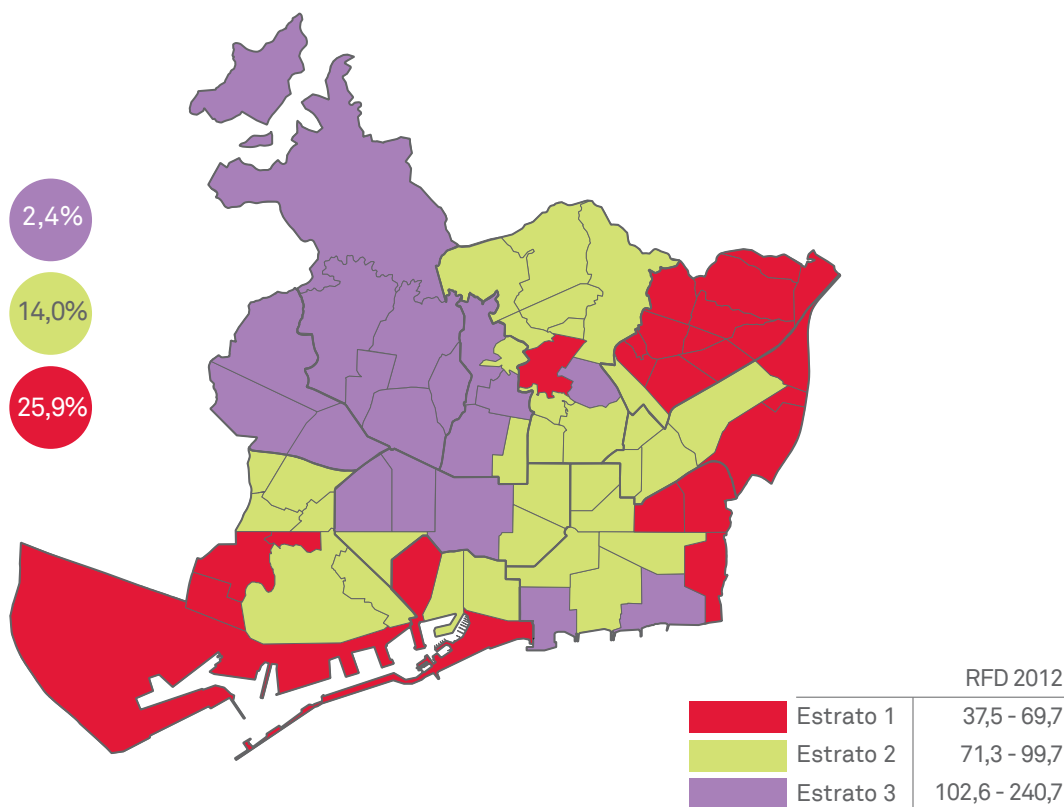
Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Figura 1. Porcentaje de hogares con menores de 16 años que han tenido algún retraso a la hora de pagar el importe mensual de la hipoteca o del alquiler en los últimos 12 meses. Barómetro de la infancia y las familias en Barcelona 2014.



Los datos también muestran diferencias en función del lugar de residencia. Así, el 13,3 % de los menores de 16 años viven en familias que no pueden mantener la vivienda a una temperatura adecuada durante los meses fríos (pobreza energética), porcentaje que se duplica (25,9 %) en los barrios más desfavorecidos (véase la figura 2). En el conjunto de la ciudad, el 11 % de los menores no pueden disfrutar de actividades de ocio y deporte de forma regular. Este porcentaje llega al 19,6 % en los barrios de rentas bajas, mientras que solo es del 4 % en los barrios con más ingresos. Con el rendimiento escolar también se ven estas diferencias: las cifras de menores que repiten o tienen que repetir algún curso en primaria se duplican, pasan de un 6 % en los barrios con más ingresos a un 12,3 % en los barrios más desfavorecidos.

Figura 2. Porcentaje de familias con menores de 16 años que no pueden mantener la vivienda a una temperatura adecuada durante los meses de invierno según el barrio. Barómetro de la infancia y las familias en Barcelona 2014.



Acoso escolar

El acoso escolar puede tener un impacto importante en la salud mental de la población infantil y adolescente. El informe FRESC del 2012 ofrece datos sobre el acoso en la escuela según el sexo y el curso escolar. En general, el porcentaje de chicos implicados en acoso escolar es superior al de chicas, especialmente en el caso de la parte agresora. Los porcentajes más elevados de víctimas se encuentran entre el alumnado más joven. Así, en torno al 10 % del alumnado de 2.º de ESO se declara víctima de acoso. En los cursos superiores, tanto en 4.º de ESO como en 2.º de bachillerato y en los ciclos formativos de grado medio (CFGM), la proporción de adolescentes que se declaran agresores o agresoras es más elevada que la de víctimas, y las diferencias son mayores entre los chicos. La prevalencia de estudiantes que son víctimas y a la vez agresores o agresoras también disminuye con la edad y es inferior a la de víctimas y agresores o agresoras por separado en todos los cursos y en ambos sexos (véanse las figuras 3 y 4).

76

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Figura 3. Porcentaje de chicos implicados en acoso escolar según el sexo y el curso. Informe FRESC 2012.

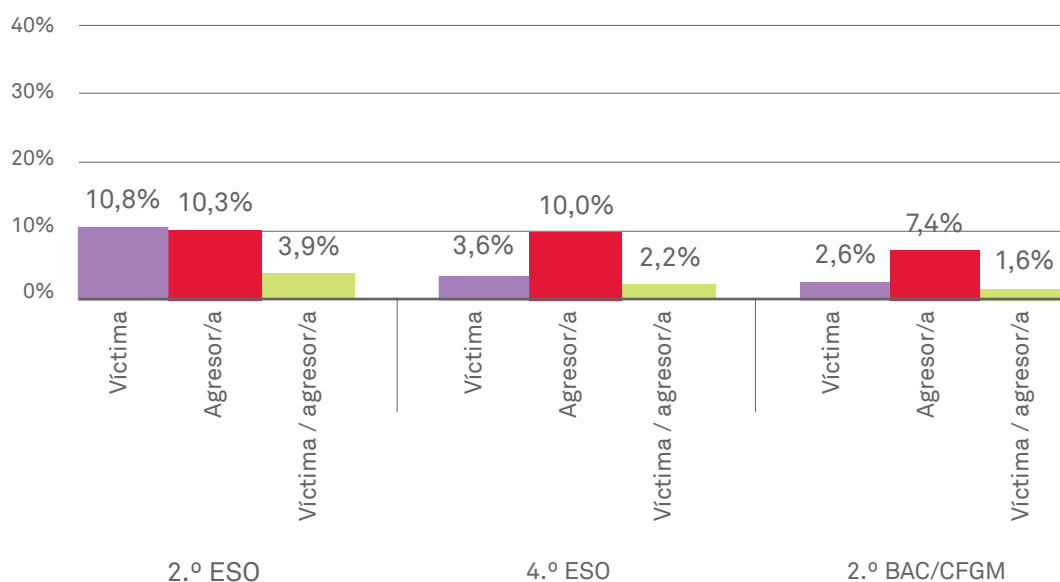
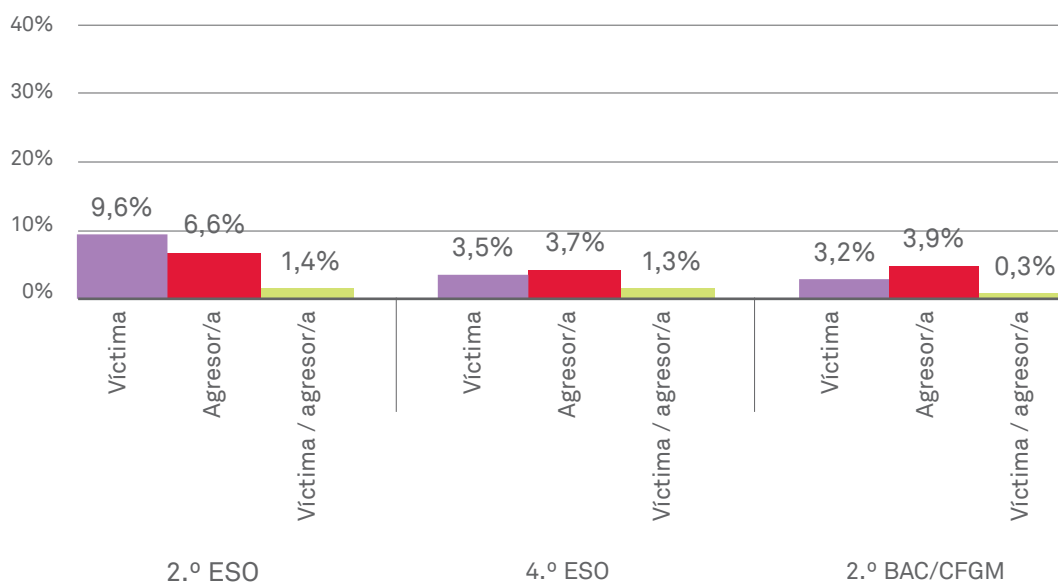


Figura 4. Porcentaje de chicas implicadas en acoso escolar según el sexo y el curso. Informe FRESC 2012.

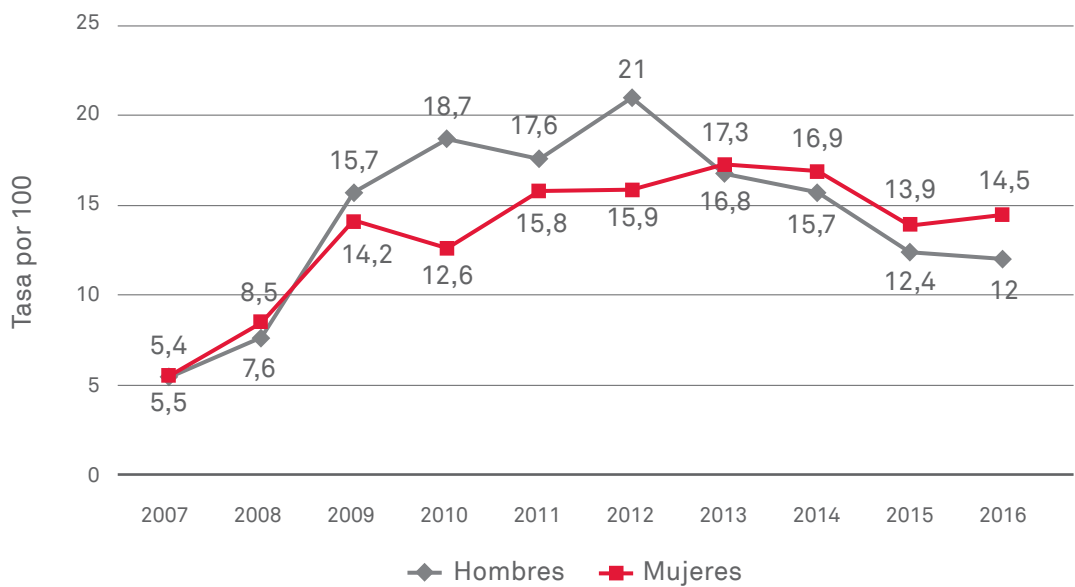


Personas adultas

Desempleo

El desempleo se relaciona con una mala salud mental. De acuerdo con la Encuesta de población activa, en enero del 2016 había en Barcelona 105.400 personas en paro, el 57,3 % de las cuales eran mujeres. La tasa de paro de Barcelona era del 13 %, superior entre las mujeres. A principios de la crisis, la tasa de paro era mucho más baja y similar entre los dos sexos; poco después aumentó significativamente en ambos sexos, y del 2010 al 2012 fue superior entre los hombres, para volver posteriormente a ser más alta entre las mujeres (véase la figura 5).

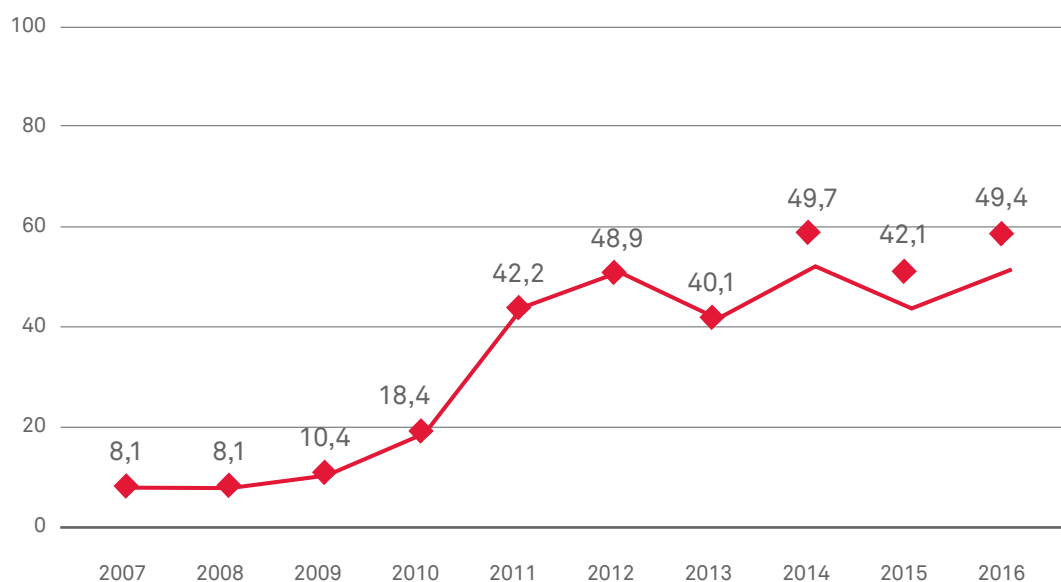
Figura 5. Evolución de la tasa de paro en Barcelona (2007-2016). Encuesta de población activa.



Nota: las tasas corresponden al primer trimestre del año.

La situación de paro de larga duración se asocia especialmente con un mal estado de salud mental. Como se aprecia en la figura 6, en enero del 2016 el 49,4 % de las personas en paro hacía dos años o más que buscaban trabajo. La proporción correspondiente al 2007 era solo del 8,1 %. Por otra parte, de acuerdo con datos del paro registrado, solo el 48,6 % de las personas en paro de la ciudad reciben prestaciones, dato que es 2,1 puntos porcentuales inferior al de hace un año.

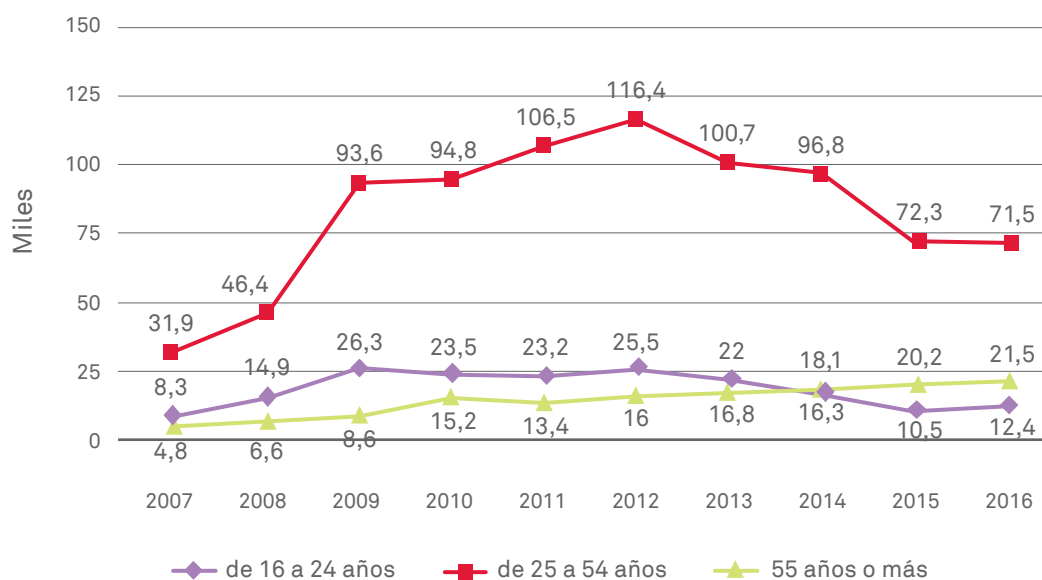
Figura 6. Evolución de la proporción de personas en paro que hace dos años o más que buscan trabajo. Encuesta de población activa.



Nota: los datos corresponden al primer trimestre del año.

Aunque en enero del 2016 la tasa de paro entre los jóvenes de 16 a 24 años era muy alta (31,1 %) en comparación con las personas de 25 a 54 años (11,7 %) y las mayores de 54 años (14,9 %), el número de personas jóvenes en paro es de 12.400, prácticamente la mitad del número de personas en paro de 55 años o más (21.500) y muy por debajo del número de personas en paro de entre 25 y 54 años (71.500).

Figura 7. Evolución del número de personas en paro según el grupo de edad. Encuesta de población activa.



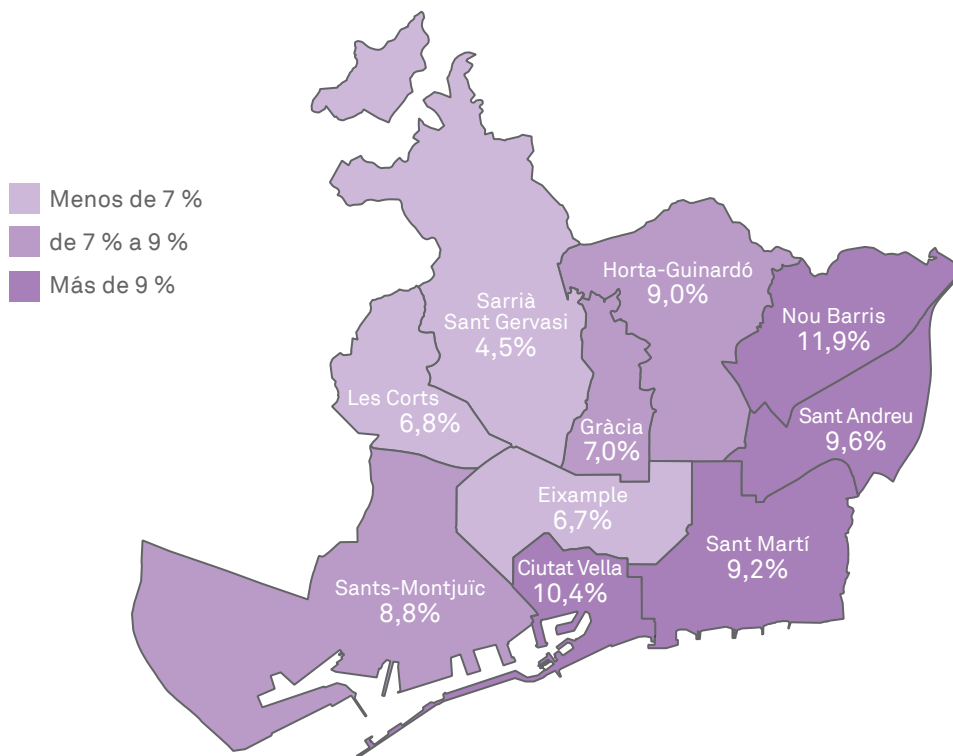
Nota: los datos corresponden al primer trimestre del año.

A finales de enero del 2015 el 8,4 % de la población barcelonesa en edad de trabajar (de 16 a 64 años) estaba registrada como desempleada en las oficinas del Servicio Público de Empleo de Cataluña (SOC, por sus siglas en catalán). No obstante, hay que tener en cuenta que no todas las personas que se encuentran sin trabajo se registran en el SOC. Además, muchos colectivos no aparecen como “en paro”, por ejemplo, las personas que se encuentran realizando acciones de inserción laboral, entre otras. Así, aunque estas cifras registradas infravaloran la realidad, nos permiten tener cierta idea sobre la situación de desempleo y su distribución desigual entre la población de la ciudad, datos no disponibles en la Encuesta de población activa.

El porcentaje de personas extranjeras en paro sobre el total era de un 17,9 %, y se mantenía la tendencia a la baja de este colectivo (con un significativo 11,5 % de reducción interanual), a causa de la falta de perspectivas, que ha llevado a una parte de las personas recién llegadas a volver a sus países de origen.

El porcentaje de personas en paro también varía según el distrito de residencia (véase la figura 8). Los distritos con una ratio de personas en paro por debajo de la media de Barcelona (8,4 %) eran los más acomodados: Sarrià-Sant Gervasi, L'Eixample, Les Corts y Gràcia, con valores que oscilaban entre el 4,5 % del primero y el 7 % del último. Por el contrario, los distritos de Sants-Montjuïc, Horta-Guinardó, Sant Martí, Sant Andreu, Ciutat Vella y Nou Barris superaban la media de la ciudad, con porcentajes de personas en paro con respecto a la población potencialmente activa que se sitúan entre el 8,8 % de Sants-Montjuïc y el 11,9 % de Nou Barris, indicador este último que equivale a 2,6 veces el de Sarrià-Sant Gervasi.

Figura 8. Porcentaje de paro registrado sobre la población de 16 a 64 años según el distrito. Barcelona, enero del 2015.



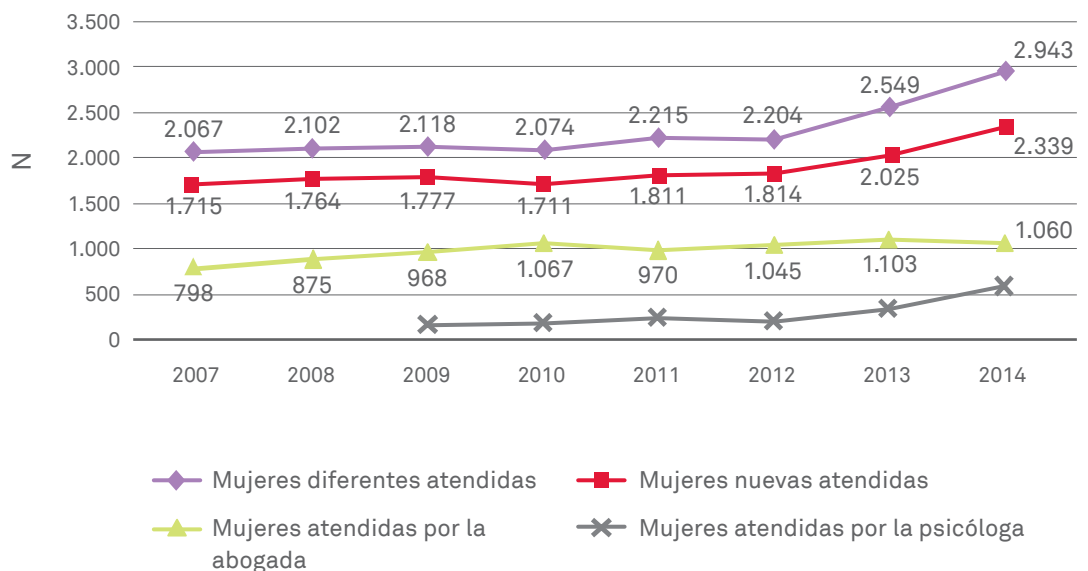
Fuente: elaboración del Departamento de Estudios de Empleo, Empresa y Turismo del Ayuntamiento de Barcelona según datos del Departamento de Estadística del Ayuntamiento de Barcelona.

Violencia machista

La violencia machista supone una violencia estructural que se manifiesta tanto en el ámbito público como en el privado, por parte de conocidos y, en menor medida, de desconocidos de las mujeres víctimas. Los datos de mujeres que denuncian y buscan ayuda son solo la punta del iceberg, pero es un buen indicador de la situación de violencia que sufre una parte significativa de la población.

En Barcelona, los puntos de información y atención a las mujeres (PIAM) son un servicio de proximidad y de implicación territorial. Hay diez PIAM, uno para cada distrito de la ciudad, y ofrecen información y orientación, además de acompañamiento psicológico y asesoramiento jurídico a las mujeres víctimas de violencia machista. Según datos del informe del 2014 correspondiente a los servicios municipales de atención por violencia machista dependientes de la Dirección del Programa de Mujer, durante el 2014 se continuó con la tendencia de los años anteriores en cuanto al aumento progresivo del número de mujeres atendidas en los PIAM desde el 2012 (véase la figura 9).

Figura 9. Evolución del número de mujeres atendidas en los PIAM en Barcelona.



Fuente: Informe del 2014 correspondiente a los servicios municipales de atención por violencia machista dependientes de la Dirección del Programa de Mujer.

Con respecto a los distritos que tuvieron una mayor demanda en el 2014, destacan Gràcia en primer lugar (12,9 %), seguido de Sant Martí (12 %), Nou Barris (11,9 %) y Sant Andreu (10,9 %).

El 2 de enero de 2014 se creó el Servicio de Atención, Recuperación y Acogida (SARA) que integró la atención proporcionada hasta el 31 de diciembre de 2013 por dos servicios diferentes del dispositivo municipal de atención específica en situaciones de violencia machista: el Equipo de Atención a las Mujeres (EAD) y el Servicio de Atención a Niñas y Niños (SAN). El SARA es la puerta de entrada a los recursos públicos y privados de acogida de urgencia y de larga estancia para mujeres que viven situaciones de violencia machista y para sus hijos e hijas. En el 2014 se atendió a 1.500 unidades familiares, de las cuales 547 (61,5 %) accedieron directamente. El resto, 343 unidades familiares (38,5 %), fueron derivadas de otros servicios como los Servicios Sociales Municipales, los Mossos d'Esquadra, Justicia, la red sanitaria u otras entidades, etcétera. Si se comparan los datos anuales del 2014 con los del 2013, se observa un incremento del 11,28 % de los niños y niñas o adolescentes que fueron atendidos directamente con respecto al año 2013 (195 niños o adolescentes), así como un incremento del 5,8 % de las unidades familiares atendidas. Cabe destacar, además, que durante el año 2014 se atendió por primera vez en el dispositivo ambulatorio de atención específica en situaciones de violencia machista a nueve adolescentes que hicieron demanda directa de atención y que habían accedido directamente al SARA sin el acompañamiento de personas adultas.

El perfil socioeconómico de las mujeres atendidas muestra que la violencia machista afecta a todos los grupos sociales. El 57,8 % de las mujeres tenían un nivel de estudios de bachillerato, ciclo formativo o estudios universitarios, y el 10,4 % habían completado la educación básica secundaria obligatoria. El 71,9 % de las mujeres atendidas en el 2014 eran de nacionalidad española (58,2 % en el 2013). Entre el resto de nacionalidades, el 54,9 % provenían de América Latina, el 17,9 % de otros países europeos, el 16,5 % del Magreb y el 8,2 % de países asiáticos.

Según el Registro de Mortalidad Judicial de Barcelona de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB), en el 2014 se produjeron ocho homicidios de mujeres de la ciudad, tres de los cuales fueron por agresión de la pareja. La mortalidad por violencia machista está probablemente infradeclarada en este registro.

Personas mayores

Soledad

Las formas de convivencia han experimentado grandes cambios en las últimas décadas. Desde los años noventa se ha producido un incremento del número de personas que viven solas en Barcelona. En el 2013 vivían solas en Barcelona 88.007 personas mayores, el 25,4 % del total de la población de 65 años o más. Debe mencionarse que los porcentajes de personas que viven solas aumentan a medida que las personas envejecen (véase la tabla 1). Este indicador presenta una diferencia importante entre hombres y mujeres, ya que el índice de soledad es de más del doble entre las mujeres que entre los hombres mayores. Así, en el 2015 había casi 90.000 personas de 65 años o más que vivían solas, el 77 % de las cuales eran mujeres. En el caso de la salud mental, estas cifras son especialmente relevantes si se tiene en cuenta que la soledad en mujeres mayores se relaciona con frecuencia con estados depresivos.

84

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Tabla 1. Personas mayores que viven solas por grupo de edad en el 2015.

	Hombres		Mujeres	
65-69 años	4.960	12,8	10.428	21,4
70-74 años	4.228	12,9	11.109	26,4
75-79 años	3.425	13,4	11.917	32,6
80-84 años	3.616	15,9	15.215	40,4
85-89 años	2.623	20,1	12.355	45,6
90-94 años	1.288	27,0	5.852	44,1
95 años o más	273	28,6	1.434	35,5

Fuente: lectura del Padrón Municipal de Habitantes el día 30/6/2015. Departamento de Estadística. Ayuntamiento de Barcelona.

Situación económica

La salud mental de las personas mayores también está relacionada, como en el resto de grupos de edad, con la vulnerabilidad económica. Para acercarse a esta realidad de las personas mayores en la ciudad de Barcelona, el Plan municipal para las personas mayores 2013-2016 de Barcelona utiliza como indicador el nivel de ingresos de las personas de 60 años o más. En particular, valora el porcentaje de este colectivo con ingresos inferiores al indicador público de renta de efectos múltiples (IPREM).

Desde el 2006 hasta el 2012 el porcentaje de personas de 60 años o más con ingresos inferiores al IPREM se ha ido reduciendo de manera sostenida. En el 2006 esta cifra era del 30,1 % y en el 2012 se redujo hasta el 22,8 %. Aun así, este hecho implica que en el 2012 en la ciudad casi 100.000 personas de 60 años o más disponían de menos de 532,51 euros al mes. La distribución territorial de este colectivo se observa desigual (véase la tabla 2). Ciutat Vella y Nou Barris son los distritos con un porcentaje más alto de personas en esta situación (más del 30 %), mientras que en el otro extremo se ubican Les Corts (15,3 %) y Sarrià-Sant Gervasi (10,5 %).

85

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Tabla 2. Nivel de ingresos de la población de 60 años o más. Barcelona, 2006-2012.

Distritos	2006			2012		
	Población de 60 años o más	Ingresos < IPREM	%	Población de 60 años o más	Ingresos < IPREM	%
1. Ciutat Vella	23.376	9.883	42,3	19.508	6.407	32,8
2. Eixample	73.858	17.744	24,0	73.799	12.881	17,5
3. Sants-Montjuïc	44.977	15.784	35,1	45.699	12.176	26,6
4. Les Corts	22.143	4.792	21,6	25.116	3.838	15,3
5. Sarrià-Sant Gervasi	37.164	5.654	15,2	39.196	4.127	10,5
6. Gràcia	32.629	8.974	27,5	32.913	6.468	19,7
7. Horta-Guinardó	47.084	16.121	34,2	49.173	12.945	26,3
8. Nou Barris	47.132	18.319	38,9	47.722	14.824	31,1
9. Sant Andreu	35.303	10.341	29,3	38.796	9.137	23,6
10. Sant Martí	55.093	18.599	33,8	58.798	15.333	26,1
Barcelona	418.759	126.211	30,1	430.720	98.136	22,8

Fuente: elaboración del Departamento de Investigación y Conocimiento, Área de Calidad de Vida, Igualdad y Deportes, Ayuntamiento de Barcelona, a partir de la base de datos de gestión de la Tarjeta Rosa.

IPREM: indicador público de renta de efectos múltiples. Padrón Municipal de Habitantes de Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona.

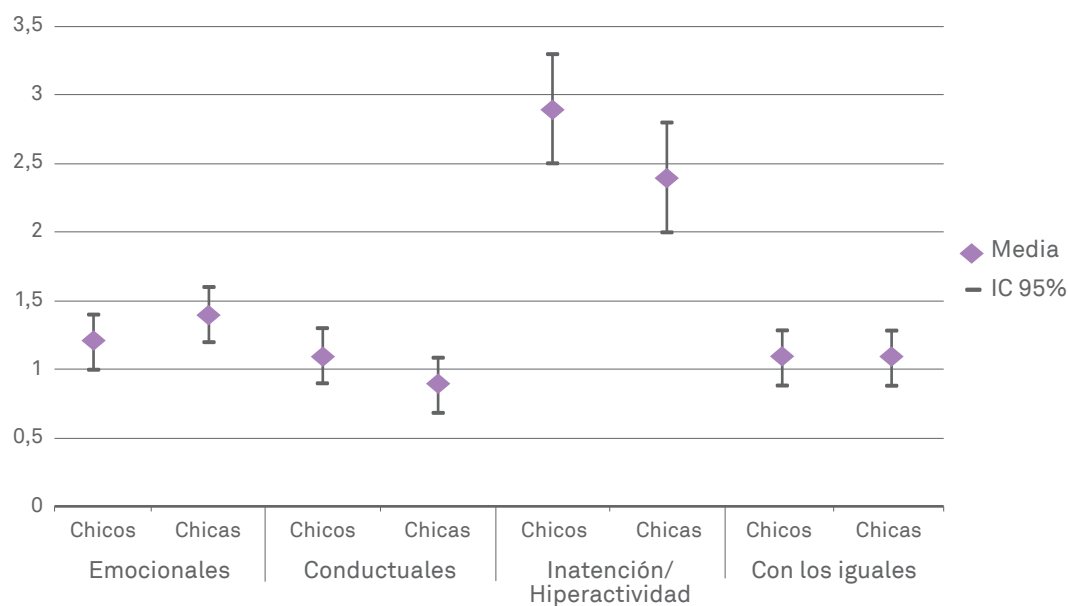
A la hora de analizar la situación económica de las personas mayores hay que considerar el impacto que tienen las transferencias sociales. Según datos de la Encuesta de condiciones de vida, del Instituto Nacional de Estadística (INE), 2010, antes de las transferencias sociales, la prevalencia de riesgo de pobreza de las personas mayores es del 80,4 %. Si bien este indicador se reduce después de todas las transferencias, incluidas las pensiones, queda un 19,4 % de las personas mayores en situación de pobreza. La presencia de mujeres en este grupo de pobreza es mayor a causa de la estrecha relación entre las transferencias económicas y los antecedentes en el mercado laboral formal.

2. ESTADO DE SALUD MENTAL EN BARCELONA

Infancia y adolescencia

Existen varios cuestionarios para conocer la salud mental entre la población infantil, incluyendo el cuestionario de capacidades y dificultades titulado Strengths and Difficulties Questionnaire-10 (SDQ). Esta herramienta se basa en las puntuaciones de cuatro tipos de problemas: problemas con los iguales y de socialización, problemas emocionales, problemas de conducta y problemas de inatención e hiperactividad. Así, un valor superior en las puntuaciones equivale a más problemas de salud mental. En la edición de la Encuesta de salud de Barcelona (ESB) del 2011 se utiliza este cuestionario con la población infantil de Barcelona de 4 a 14 años. Los problemas que muestran una puntuación más alta son la falta de atención, que es mayor en niños que en niñas, con una media de 2,9 y 2,4, respectivamente (véase la figura 10). El resto de problemas son bastante similares entre ambos sexos.

Figura 10. Problemas de salud mental según el sexo. Población de 4 a 14 años. Puntuación media e IC 95 %. ESB 2011.



La salud de la población adolescente escolarizada en Barcelona se valora desde hace 25 años con el informe FRESC. En este informe también se utiliza la encuesta SQD, pero se obtienen puntuaciones globales y no por tipo de problema. Según datos del último informe, en el 2012 la prevalencia de padecimiento psicológico probable (SDQ anormal, con una puntuación de entre 20 y 40) se sitúa entre el 5 % y el 7 % en la población adolescente. Estos porcentajes disminuyen con la edad en el caso de los chicos (véase la figura 11), mientras que en el caso de las chicas este descenso solo se da de 2.º a 4.º de ESO, con un incremento posterior en 2.º de bachillerato y en los Ciclos formativos de grado medio (véase la figura 12). Los porcentajes de alumnos con padecimiento psicológico posible (SDQ límite con una puntuación de entre 16 y 19) según el curso escolar son superiores entre las chicas que entre los chicos, con cifras en torno al 15-16 % y al 10-13 %, respectivamente.

Figura 11. Prevalencia de padecimiento psicológico entre chicos adolescentes según el curso. Informe FRESC 2012.

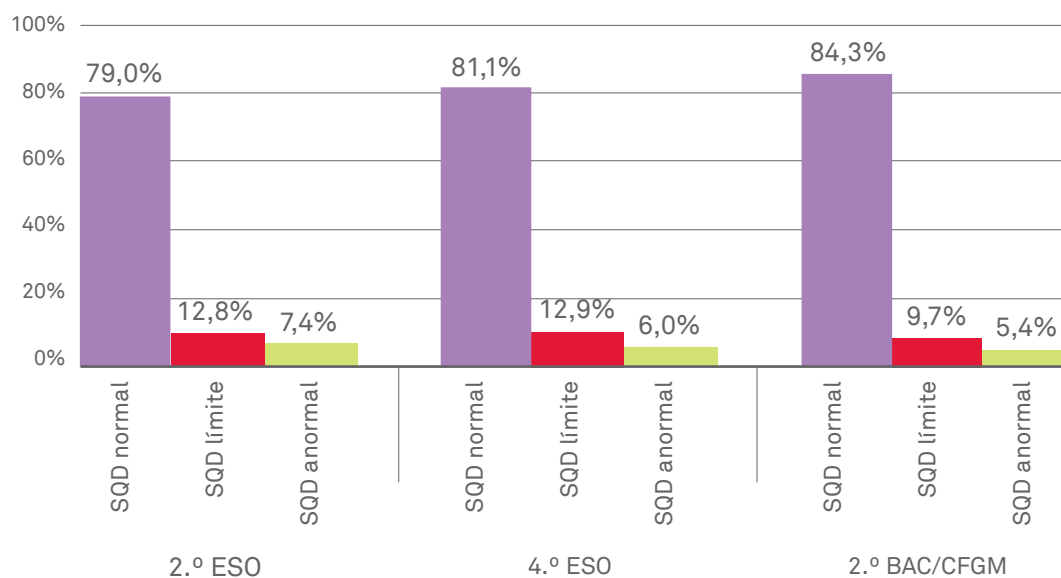
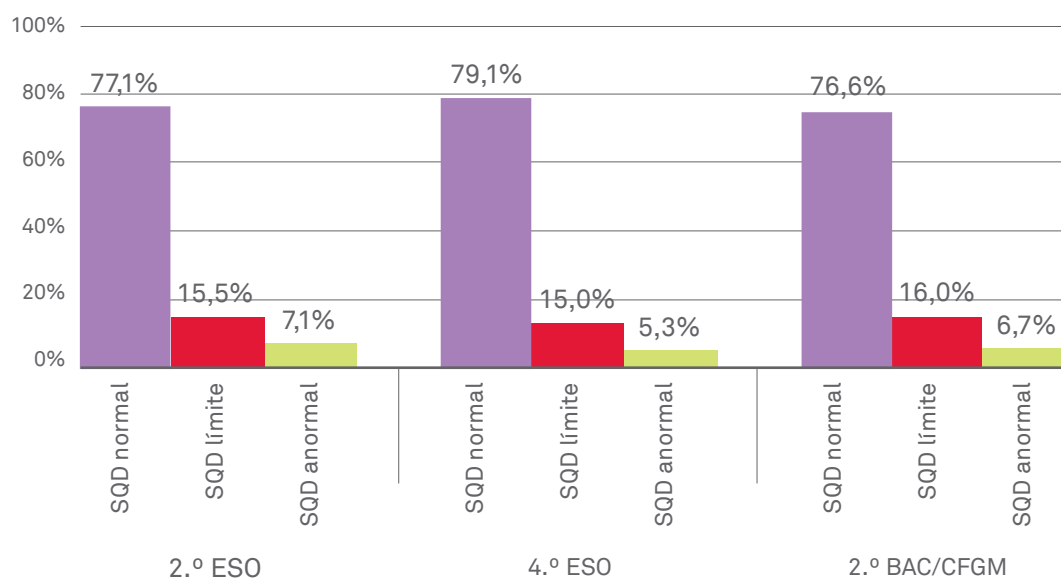


Figura 12. Prevalencia de padecimiento psicológico entre chicas adolescentes según el curso. Informe FRESC 2012.



Las chicas adolescentes presentan prevalencias superiores de problemas de estado de ánimo que los chicos de la misma edad (véanse las figuras 13 y 14). Tanto en chicos como en chicas, esta proporción aumenta con la edad excepto en el caso del sentimiento de aburrimiento, que es ligeramente superior entre el alumnado más joven. Cabe destacar que el 38,7 % de las chicas de 2.º de bachillerato y de los CFGM declaran sentirse nerviosas o en tensión, el 34 % declaran sentirse cansadas y el 30,9 % declaran tener problemas de sueño. En chicos del mismo curso, estos porcentajes son del 24,1 %, el 28 % y el 27,8 %, respectivamente.

Figura 13. Prevalencia de problemas de estado de ánimo (a menudo o siempre) según el curso entre chicos (%). Informe FRESC 2012.

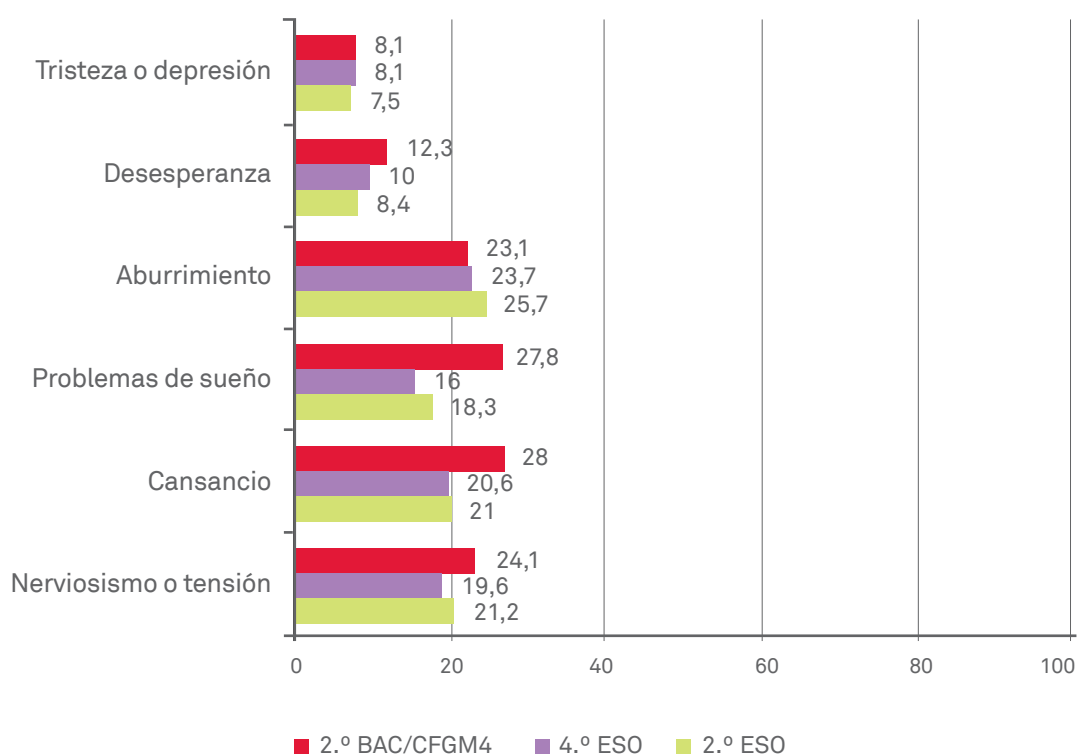
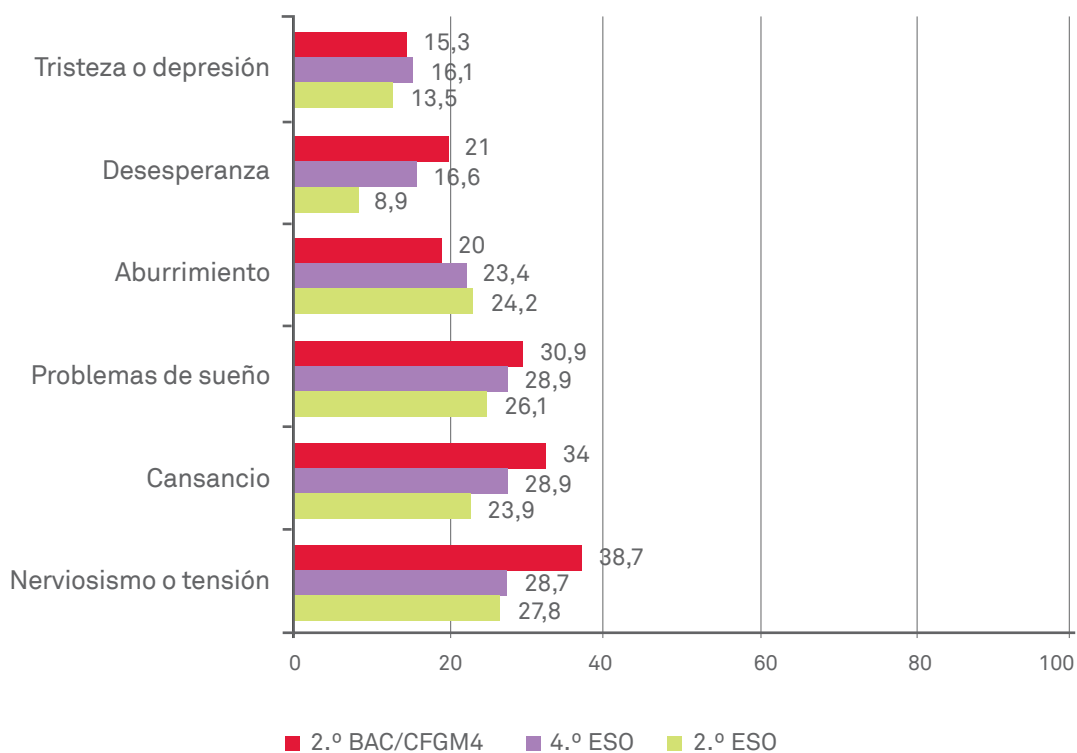


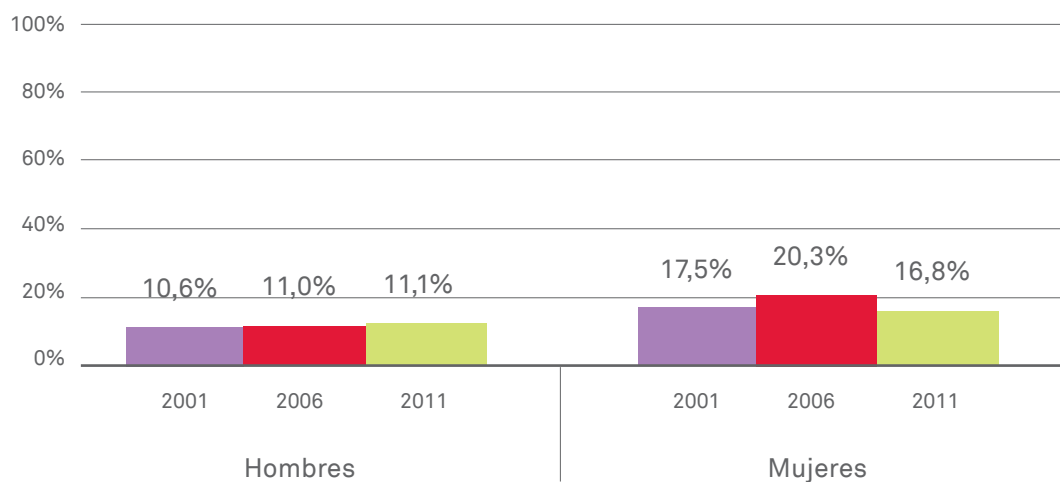
Figura 14. Prevalencia de problemas de estado de ánimo (a menudo o siempre) según el curso entre chicas (%). Informe FRESC 2012.



Personas adultas y mayores

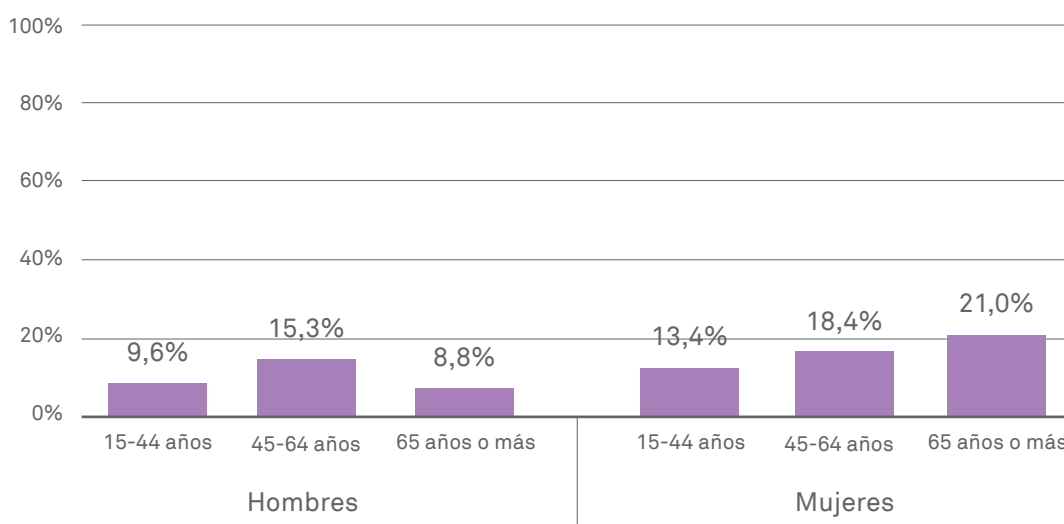
El Cuestionario de salud general GHQ-12 valora la salud mental de la población adulta, más concretamente, el padecimiento psicológico. Se trata de un instrumento muy utilizado para valorar el estado psicológico de la población general. La ESB utiliza el GHQ-12 para conocer la salud mental de la población adulta de Barcelona y su evolución. En la última edición de la ESB, en el 2011, el 16,8 % de las mujeres y el 11,1 % de los hombres de 15 años o más de Barcelona presentaban riesgo de padecimiento psicológico. En los últimos años, los hombres presentan siempre valores inferiores a los de las mujeres, con una tendencia bastante estable para los dos sexos (véase la figura 15).

Figura 15. Evolución del riesgo de padecimiento psicológico según el sexo. Población de 15 años o más. ESB 2001, 2006 y 2011. Porcentajes estandarizados por edad.



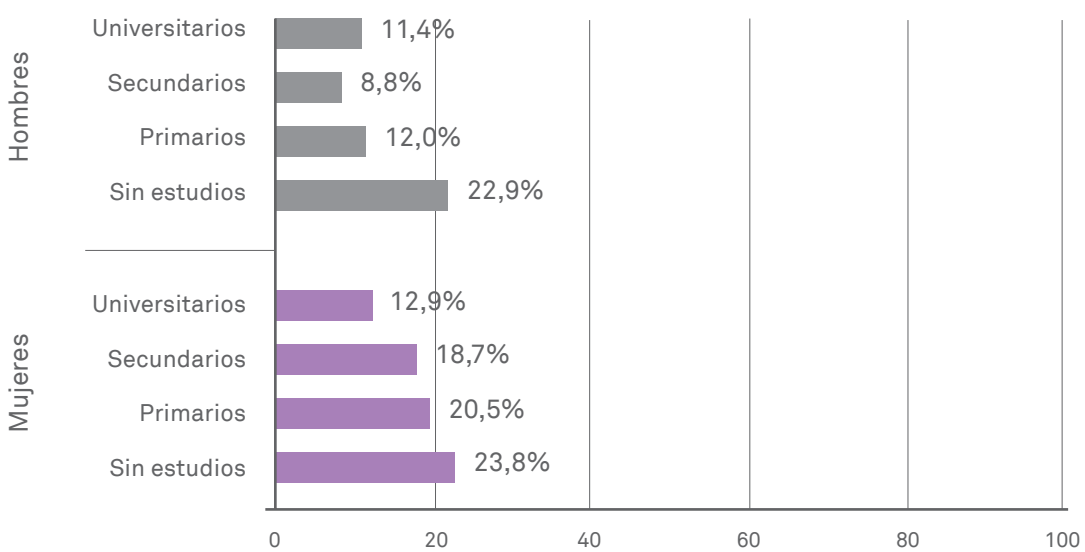
Entre las mujeres, el incremento de edad se acompaña de un incremento de la prevalencia de padecimiento psicológico; en cambio, entre los hombres no se observa un gradiente en función de la edad. Así, se observa que la prevalencia más alta de padecimiento psicológico corresponde al grupo de mujeres de 65 años o más, con un 21 % (véase la figura 16).

Figura 16. Riesgo de padecimiento psicológico según el grupo de edad y el sexo Población de 15 años o más. ESB 2011.



Se observa un gradiente por nivel de estudios en ambos sexos, de manera que las personas con un menor nivel de estudios presentan más riesgo de padecimiento psicológico, hasta el 23,8 % de las mujeres y el 22,9 % de los hombres sin estudios (véase la figura 17).

Figura 17. Riesgo de padecimiento psicológico según el nivel de estudios y el sexo. Población de 15 años o más. ESB 2011 Porcentajes estandarizados por edad.

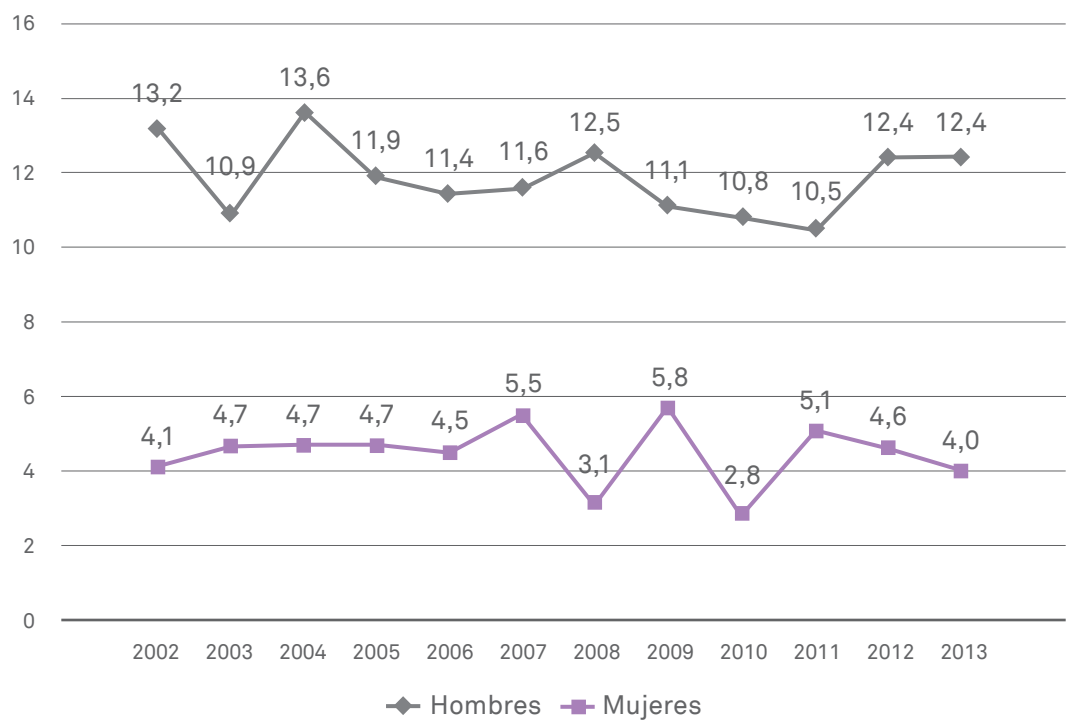


Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Con respecto a la prevalencia de trastornos mentales frecuentes, los datos de la última edición de la ESB muestran que un 12,9 % de las mujeres y un 5,9 % de los hombres sufren depresión o ansiedad. La depresión se considera una de las patologías crónicas relacionadas con un mayor riesgo de suicidio. La prevención del suicidio es una de las líneas del Plan de acción europeo sobre salud mental y del Plan de salud de Cataluña 2016-2020. Los datos del Registro de Mortalidad permiten obtener las tasas de mortalidad por suicidio. En Barcelona, estas tasas muestran una tendencia estable en los últimos años, siempre muy superiores en hombres que en mujeres (véase la figura 18).

Figura 18. Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio según el sexo. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 personas. Barcelona, 2002-2013.

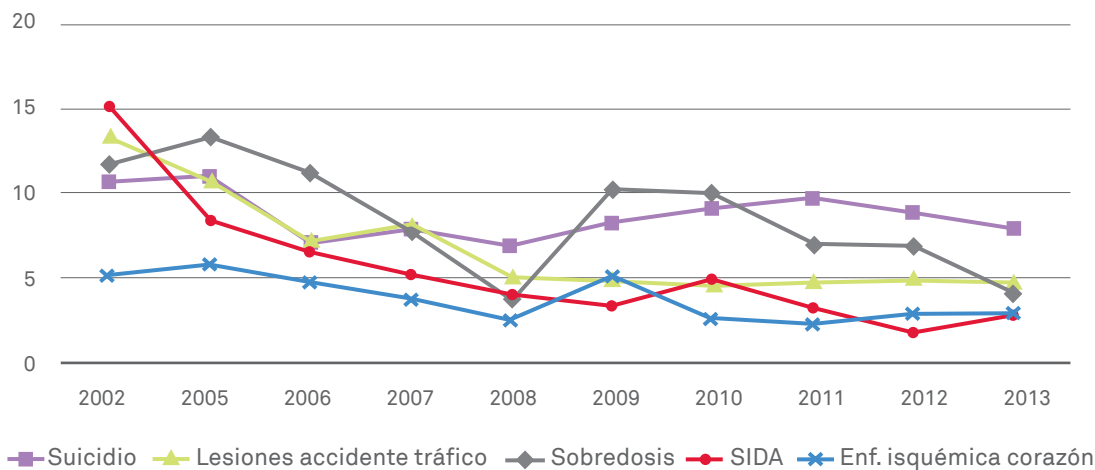


Entre los hombres de 15 a 44 años, en el 2013 el suicidio constituía la primera causa de mortalidad, aunque la tendencia en los últimos años ha sido estable, hecho que se explica por la reducción de la mortalidad por lesiones de tráfico y por sobredosis en este grupo de edad. Entre las mujeres de 15 a 44 años destaca la baja mortalidad en este grupo de edad, hecho que provoca que las series observadas sean más inestables, y el suicidio es la primera causa de muerte en el 2013.

Figura 19. Evolución anual de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres de 15 a 44 años. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 personas. Barcelona, 2002-2013.

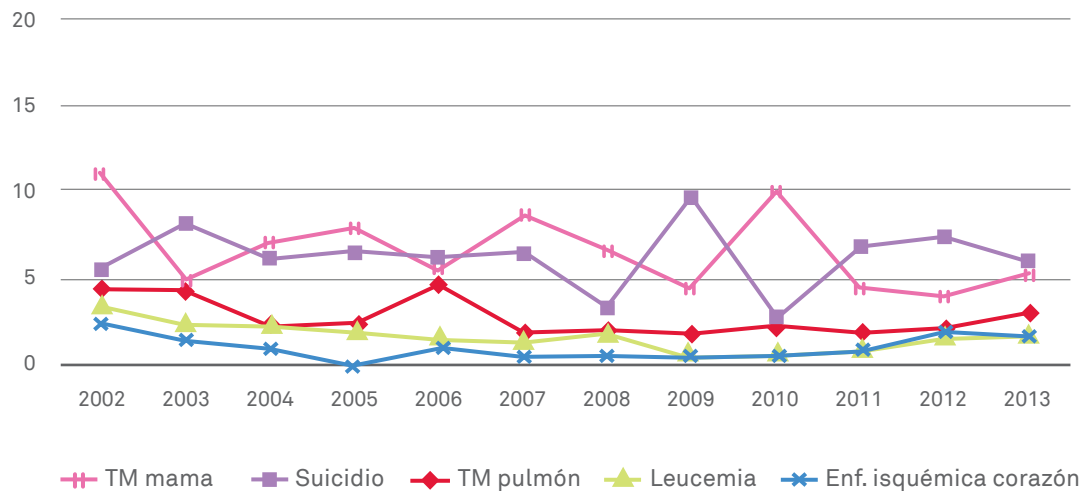
Hombres de 15 a 44 años

Tasa estandarizada por edad x 100.000 hab.



Mujeres de 15 a 44 años

Tasa estandarizada por edad x 100.000 hab.

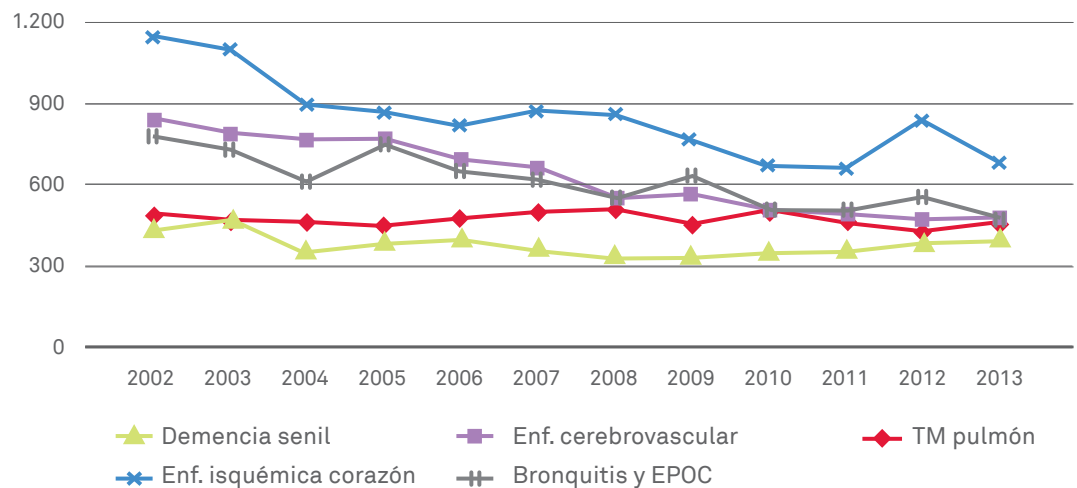


Por último, cabe destacar las demencias con relación a la salud mental de las personas mayores. Aunque principalmente afecta a las personas de edad más avanzada, es importante señalar que la demencia no es una parte normal del envejecimiento. Actualmente, la demencia senil y la enfermedad de Alzheimer son las principales causas de muerte entre las mujeres de 75 años o más (véase la figura 20). En este grupo de mujeres mayores, la mortalidad por demencia senil se ha mantenido estable, mientras que la mortalidad por enfermedad de Alzheimer muestra un ascenso continuo durante la última década.

Figura 20. Evolución de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres de 65 años o más. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 personas. Barcelona, 2002-2013.

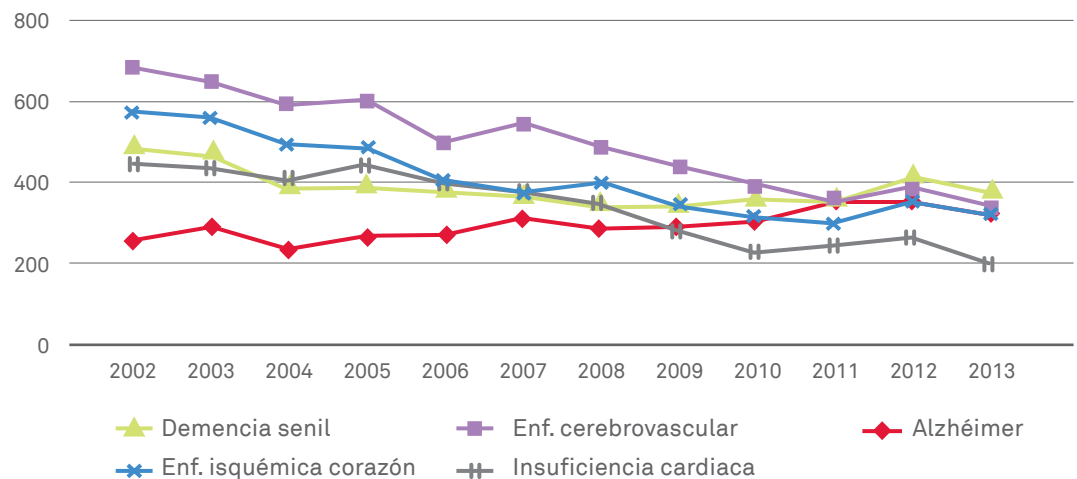
Hombres de 75 años o más

Tasa estandarizada por edad x 100.000 hab.



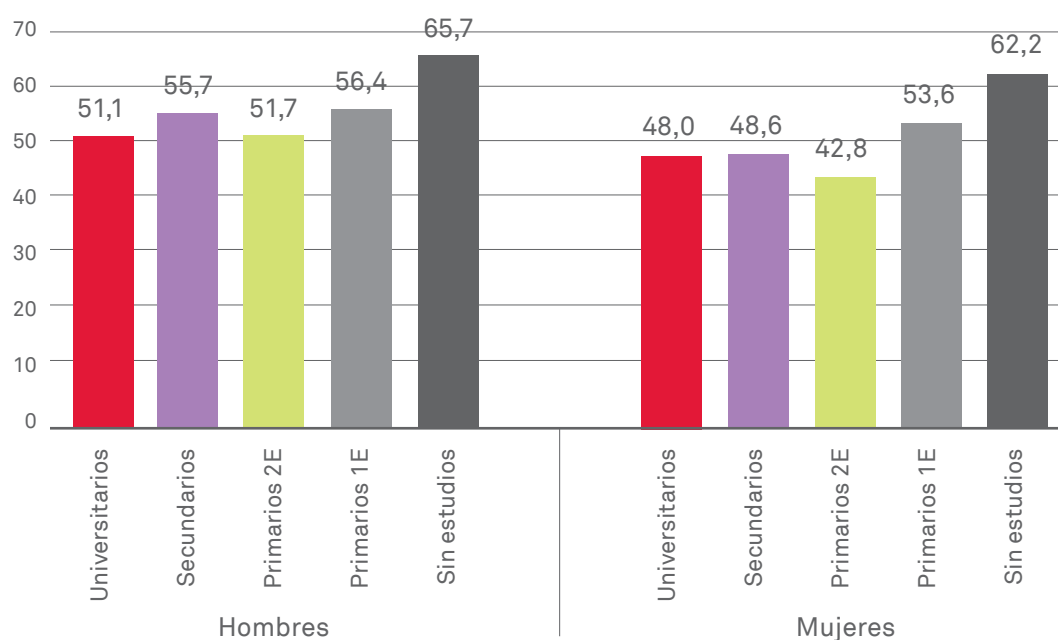
Mujeres de 75 años o más

Tasa estandarizada por edad x 100.000 hab.



La demencia es una de las causas principales de discapacidad en la vejez. Los síntomas psicológicos y de comportamiento asociados a la demencia afectan profundamente a la calidad de vida de las personas que la sufren y a la de quienes las cuidan. En este sentido, la carga no se distribuye de manera homogénea entre nuestra población, ya que se puede observar cómo la mortalidad por demencia es diferente según el nivel socioeconómico. Así, tanto en hombres como en mujeres se observa un gradiente por el que las tasas más altas de mortalidad por cualquier tipo de demencia afectan a las personas con un menor nivel educativo (véase la figura 21).

Figura 21. Mortalidad por demencia según el sexo y los estudios. Tasas de mortalidad estandarizadas por edad por 100.000 personas. Barcelona, 2013.

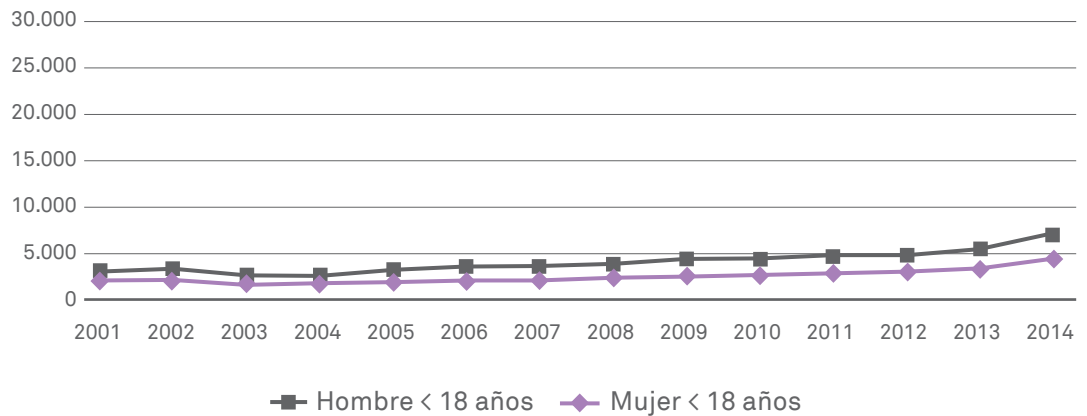


3. ASISTENCIA SANITARIA A LA SALUD MENTAL EN BARCELONA

Infancia y adolescencia

La atención en salud mental a los menores se aborda en la atención primaria de salud desde los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ). Según datos del conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD_SM), en el 2014 se atendió a 10.517 menores. Estas cifras se corresponden con el incremento acumulado de la población atendida en los centros de salud mental entre los años 2001 y 2014, con un 112 % de aumento en la población infantil y juvenil (véase la figura 22). De las personas atendidas en los centros de salud mental infantil y juvenil en el 2014, el 61,5 % eran de sexo masculino.

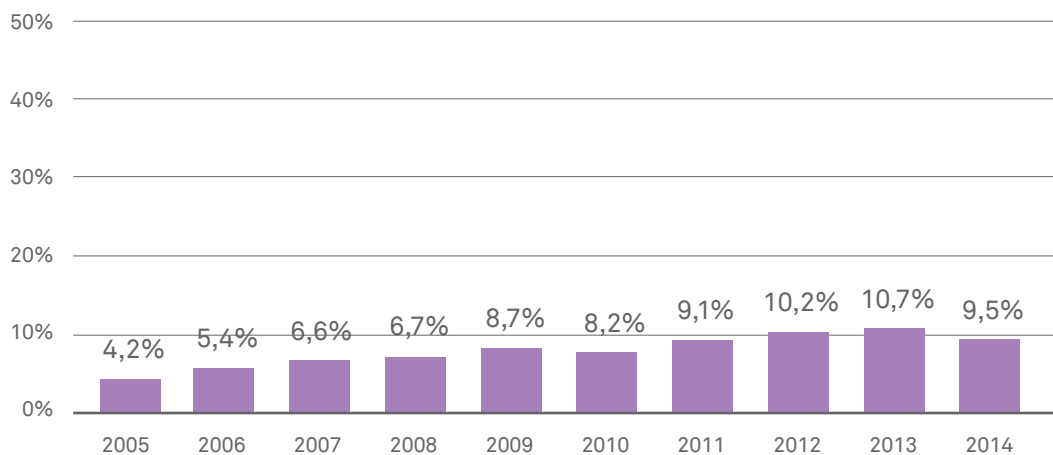
Figura 22. Población de 18 años o menos atendida en los centros de salud mental por sexo. Barcelona, 2001-2014.



Fuente: conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD_SM). CatSalut.

Los trastornos graves atendidos en la población infantil y juvenil también se han duplicado en los últimos años, y han pasado del 4,2 % en el 2005 al 9,5 % en el 2014, con 1.099 casos (véase la figura 23).

Figura 23. Porcentaje de personas de 18 años o menos atendidas en los centros de salud mental con trastorno mental grave (TMG). Barcelona, 2001-2014.



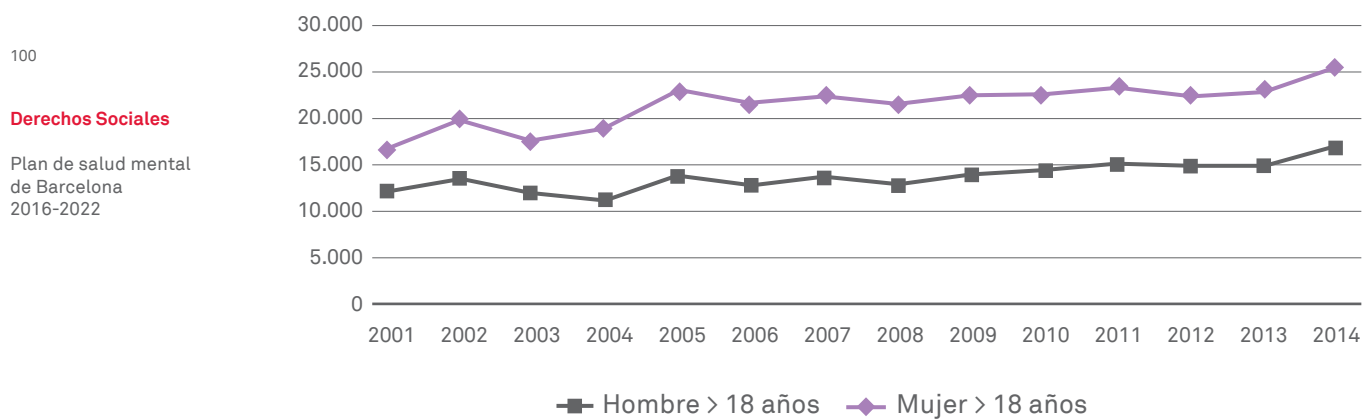
Fuente: conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD_SM). CatSalut.

Entre los problemas de salud mental en la población infantil, destaca el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, que representa el 16,1 % de los casos; seguido de otras psicosis de la infancia, con el 3,6 %; el trastorno mixto del desarrollo, con el 2,7 %; los trastornos alimentarios, con el 1,7 %, y los trastornos autísticos, con el 1,1 %. La media de visitas a los CSMIJ en el 2014 fue de 8,7 visitas anuales por paciente, una cifra ligeramente superior a la del resto de la región sanitaria de Barcelona (7,3 visitas paciente/año).

Personas adultas y mayores

Según los datos del CMBD_SM, el porcentaje de población mayor de 18 años atendida en los centros de salud mental de adultos (CSMA) también ha experimentado un aumento en el periodo comprendido entre los años 2001 y 2014, en este caso del 49,6 % (véase la figura 24). En el 2014 se atendió en los CSMA a 42.704 personas. En comparación con la población infantil, de la que mayoritariamente se atiende a chicos, en los CSMA el 60,6 % de las personas atendidas en el 2014 eran mujeres.

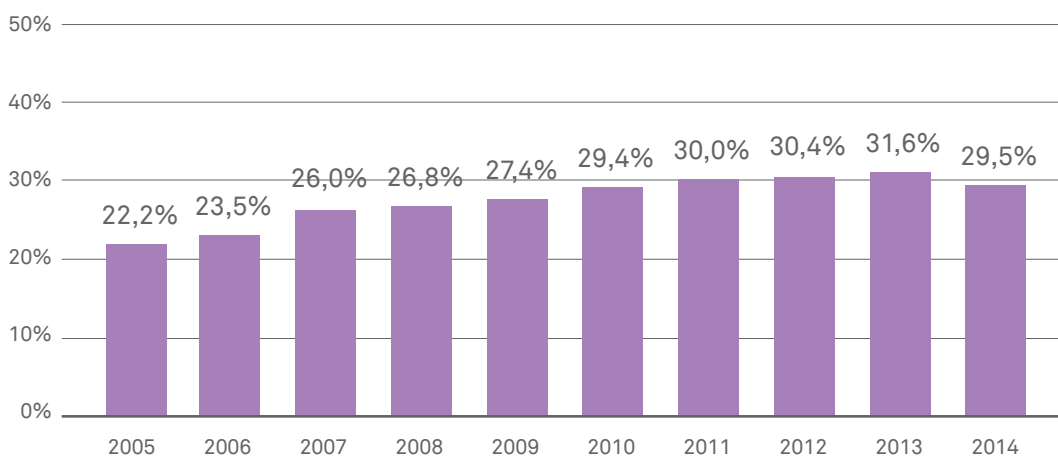
Figura 24. Población mayor de 18 años atendida en los centros de salud mental por sexo. Barcelona, 2001-2014.



Fuente: conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD_SM). CatSalut.

En los últimos años, al incremento de personas atendidas se añade un incremento de los trastornos mentales graves. Del 22,2 % de personas adultas con trastornos severos atendidas en el 2005 se llega al 29,5 % en el 2014 (véase la figura 24). Entre las patologías severas destaca el trastorno esquizofrénico, con el 12,7 %, y la depresión mayor, con el 6,6 %. También destaca como patología emergente el trastorno alimentario, con 295 personas atendidas en los CSMA en el 2014 (0,7 %), el 92,2 % de las cuales eran mujeres y el 7,8 %, hombres (véase la figura 25).

Figura 25. Porcentaje de personas mayores de 18 años atendidas en los centros de salud mental con trastorno mental grave (TMG). Barcelona 2001-2014.



Fuente: conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD_SM). CatSalut.

La media de visitas a los CSMA en el 2014 fue de 8,1 visitas anuales por paciente, ligeramente superior al resto de la región sanitaria de Barcelona (7,7 visitas paciente/año). Además de la asistencia en la atención primaria, también se generan altas en las unidades de hospitalización de salud mental: 5.188 altas en el 2014 (4.488 eran de agudos y 700 eran de subagudos), ante las 4.469 altas globales generadas en el 2013.

En conjunto, los recursos implicados en salud mental son 14 centros mentales de adultos, 9 centros mentales infantiles y juveniles, 7 hospitales o servicios de urgencias en salud mental, 4 hospitales de día y una unidad móvil con equipo multidisciplinar de apoyo especializado en salud mental.

Trastornos de salud mental relacionados con el trabajo

Desde la atención primaria se notifican trastornos de salud mental relacionados con el trabajo a la Unidad de Salud Laboral (USL) de Barcelona. En el 2014 se notificaron 317 casos, sin prácticamente cambios en relación con el año anterior, con una incidencia de 27,4 casos por 100.000 hombres empleados y de 61 casos por 100.000 mujeres empleadas.

Se trata de trastornos mayoritariamente de tipo ansioso y depresivo, y la mayoría de ellos afectan a las mujeres (69,7 %). La edad media en el 2014 fue de 42,5 años, sin diferencias entre sexos. El 17,7 % de las personas con estos problemas de salud eran nacidas fuera del Estado español, sobre todo en países sudamericanos (9,6 %).

El sector de profesionales de apoyo y el de personal de servicios y comercio son los dos que presentan estos problemas con más frecuencia en ambos sexos (el 23,2 % de los hombres y el 26,9 % de las mujeres, en el primer caso; el 22,1 % de los hombres y el 25,1 % de las mujeres, en el segundo). Con respecto a la actividad de la empresa, la más frecuente en los hombres suele ser la restauración (restaurantes y establecimientos de comidas), y en las mujeres suele ser la actividad de limpieza. Con respecto a la situación laboral, la mayoría suelen tener contratos indefinidos (el 86,7 % en el 2014). El 81,8 % de los casos notificados estaba de baja en el momento de la notificación, mientras que solo el 38,1 % había sido visitado por la mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

El factor de riesgo más frecuentemente implicado es la falta de apoyo de los superiores (el 40,1 % de los casos estudiados), seguido de la falta de autonomía (28,4 %) y las altas exigencias psicológicas, como el elevado volumen de trabajo y la presión de tiempo (16,7 %).

4. FUENTES DE DATOS

Determinantes sociales de la salud mental		
Sección	Fuente	Año
Las condiciones sociodemográficas	Padrón Municipal de Habitantes	2014
Niños y niñas y sus familias	Barómetro de la infancia y las familias de Barcelona	2014
El acoso escolar	Informe FRESC. ASPB	2012
Situación de paro en Barcelona	Evolución del paro registrado en Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona	2016
Violencia machista	Informe correspondiente a los servicios municipales de atención por violencia machista dependientes de la Dirección del Programa de Mujer. Ayuntamiento de Barcelona	2014
Soledad de las personas mayores	Padrón Municipal de Habitantes	2014
Situación económica de las personas mayores	Plan municipal para las personas mayores 2013-2016 de Barcelona. Ayuntamiento de Barcelona	2012
Estado de salud mental en Barcelona		
Sección	Fuente	Año
Infancia y adolescencia	Encuesta de salud de Barcelona. ASPB	2011
	Informe FRESC.ASPB	2012
Personas adultas y mayores	Encuesta de salud de Barcelona. ASPB	2011
	Registro de Mortalidad	2014
Asistencia sanitaria a la salud mental		
Sección	Fuente	Año
Infancia y adolescencia	Conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD_SM). CatSalut	2014
Personas adultas y mayores	Conjunto mínimo básico de datos de salud mental (CMBD_SM). CatSalut	2014

Anexo 2:
Desafíos,
hechos y propuestas



ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	108
2. ACENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN	109
3. DESAFÍOS, ANÁLISIS Y PROPUESTAS	112
1. Garantizar a los niños y niñas espacios de vida y protección que les ofrezcan la estabilidad, el afecto y la confianza que necesitan para crecer, así como trabajar para fortalecer sus capacidades de afrontamiento	113
2. Generalizar los aprendizajes emocionales y sociales necesarios en la adolescencia y acercar nuevos servicios de escucha, orientación y apoyo para este colectivo	117
3. Ofrecer una atención más precoz, más intensiva y de gran calidad a aquellos niños y niñas y jóvenes que tienen dificultades relacionadas con la salud mental	122
4. Promover aquellas formas de vivir y de relacionarnos que generan capacidades de fortaleza y bienestar	126
5. Poner en valor y articular todos los recursos para dar apoyo a las personas en una situación de más vulnerabilidad mental, social y personal	129
6. Favorecer la autonomía de las personas con trastornos mentales, reconociendo sus capacidades y facilitándoles el apoyo	133
7. Mejorar el apoyo y el reconocimiento a las personas que cuidan a familiares con problemas o trastornos mentales	138
8. Proteger los derechos y garantizar un trato respetuoso y atento de las personas con problemas de salud mental en todos los contextos	140
4. RELACIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS	142

107

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

1. PRESENTACIÓN

El documento que presentamos recoge un primer análisis sobre los objetivos que se plantea el Ayuntamiento de Barcelona con la elaboración del Plan de salud mental:

- La promoción de la resiliencia, la salud mental y el bienestar emocional de las personas a lo largo de todo su ciclo vital.
- El apoyo a las personas con problemas de salud mental y a sus familias.
- La participación activa de las personas con problemas de salud mental en todas las dimensiones (social, laboral y cívica).

La finalidad de este documento es convertirse en una de las bases para el trabajo en este proceso.

Ha sido elaborado a partir de las reflexiones de los miembros del Grupo Promotor de la Mesa de Salud Mental de Barcelona, que han sido entrevistados entre los meses de enero y marzo del 2016.

El documento se estructura a partir de la formulación de ocho desafíos de ciudad, en torno a los que hemos identificado un gran nivel de acuerdo.

Para cada uno de estos desafíos se recogen los elementos principales de análisis que los justifican, así como una primera relación de propuestas aportadas por las personas entrevistadas.

Previamente se apuntan algunas reflexiones de las personas que forman parte del Grupo Promotor sobre el proyecto, que hemos considerado relevante destacar y sobre las que detectamos también un nivel de acuerdo muy significativo.

Finalmente, solo nos queda agradecer la implicación y colaboración en este proyecto colectivo a todas las personas que han sido entrevistadas.

2. ACENTOS PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN

El proceso de elaboración del Plan significa para la mayoría de las personas entrevistadas una oportunidad para concretar respuestas y plantear nuevos horizontes con los siguientes objetivos:

- Dar más impulso a las actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental.
- Centrar los esfuerzos en la atención a la infancia y la adolescencia, desde la constatación de que las bases de una buena salud mental a lo largo de toda la vida se establecen durante la infancia.
- Mejorar la integralidad de la respuesta que se ofrece a las personas que sufren un trastorno mental grave.

Hay consenso al afirmar que los problemas de salud mental han existido siempre, pero que el contexto de crisis de los últimos años (que comporta precariedad e incertidumbre laboral y problemas económicos y de vivienda) ha acentuado el padecimiento emocional de buena parte de la ciudadanía y ha incrementado el riesgo de desarrollar trastornos mentales.

El crecimiento del número de personas que experimentan dificultades de diferente nivel y complejidad con la salud mental coincide con un momento en que la capacidad de respuesta es especialmente limitada.

La creciente presión sobre los servicios de salud mental y también sobre otros servicios (sociales, socioeducativos y educativos, entre otros) ha condicionado fuertemente la capacidad de acompañar, dar apoyo y contener el malestar emocional y las dificultades que sufren algunas personas en Barcelona.

Más impulso a la promoción de la salud mental

A medio y largo plazo la promoción y la prevención de la salud mental reducirían la gravedad de los problemas y de las enfermedades, así como la necesidad de servicios y apoyo más intensivos y más costosos. Y, sobre todo, reducirían el impacto de estos problemas en la trayectoria vital y el bienestar de las personas. Sin embargo, los recursos y las capacidades disponibles se han asignado tradicionalmente a la atención y el tratamiento de los problemas y las enfermedades.

Por otra parte, a diferencia de las intervenciones de tipo asistencial, la responsabilidad y la iniciativa en las actuaciones de promoción y prevención de la salud mental (como los grupos de apoyo emocional a personas en paro, las intervenciones socioeducativas con adolescentes, los servicios de soporte a la crianza, etcétera) se diluyen entre una pluralidad de servicios, organizaciones y sistemas.

La falta de reconocimiento en las carteras de servicios de las prestaciones de carácter preventivo y comunitario, que son clave para acompañar y fortalecer las capacidades de afrontamiento de las personas que se encuentran en una situación de más vulnerabilidad, acaba configurando un mapa de actuaciones muy inestable, desigual y, en algunos ámbitos, muy deficitario.

Niños y niñas, adolescentes y adultos jóvenes como colectivos prioritarios

También hay unanimidad al afirmar la urgencia y la necesidad de centrar los esfuerzos en la atención a los niños y niñas y adolescentes que experimentan padecimientos de salud mental de diferente grado de complejidad y gravedad.

Las personas entrevistadas coinciden en constatar el crecimiento del número de situaciones y la gravedad de estas y los déficits existentes en la accesibilidad, la intensidad y la continuidad de la atención a estos colectivos.

Apoyo personalizado para la plena inclusión de las personas con procesos de trastornos graves de salud mental

Un tercer elemento en que coinciden todas las personas es la constatación del impacto de la crisis en el aumento de las dificultades para la inclusión social de las personas con problemas y trastornos graves de salud mental.

En este contexto, se subraya la necesidad de facilitar el apoyo personalizado que estas personas requieren en las diferentes esferas (vida, empleo, vivienda, etcétera) a través de un proceso de trabajo y colaboración de profesionales de diferentes ámbitos y servicios.

El proceso de elaboración del Plan: una oportunidad para establecer las bases necesarias para avanzar

Finalmente, el proceso de elaboración del plan se concibe también como una oportunidad para establecer y consolidar las bases necesarias para avanzar.

El proceso de elaboración del Plan y la constitución de la Mesa de Salud Mental se configuran como una gran oportunidad para facilitar la visibilidad de estos temas en la agenda pública, construir una misma visión sobre la salud mental entre diferentes sectores y servicios y establecer marcos de diálogo, de intercambio y de trabajo.

En este sentido, se subraya que el Plan requiere recursos adicionales pero también un esfuerzo para configurar un lenguaje común y aclarar los roles y los mandatos institucionales, así como fortalecer la coordinación, el trabajo desde la horizontalidad y los conocimientos y las competencias de los equipos profesionales de un amplio abanico de organizaciones.

Así, los conceptos más mencionados a la hora de caracterizar las capacidades necesarias para transformar la situación actual son los siguientes:

- Liderazgo cooperativo
- Una misma visión integradora sobre la promoción de la salud mental entre diferentes sectores y servicios, un lenguaje común
- Trabajo desde la proximidad, con las familias, la comunidad y el territorio

- Marcos estables de trabajo, relación e intercambio entre profesionales (como el proyecto “Interxarxes”) y con las entidades y servicios del territorio (como las mesas de salud mental de los distritos)
- Solidez y calidad de las intervenciones (evidencia científica y clínica y conocimiento contrastado)
- Evaluación
- Formación y cuidado de los equipos profesionales

Finalmente, la mayor parte de las personas entrevistadas señala que no se puede olvidar la necesidad de tener en cuenta los factores sociales, económicos, ecológicos y culturales que tienen un impacto clave en la salud mental (pobreza, empleo, acceso y condiciones de la vivienda y educación, entre otros) aunque coinciden en destacar que su abordaje excede las coordenadas de este Plan.

111

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

3. DESAFÍOS

1. Garantizar a los niños y niñas espacios de vida y protección que les ofrezcan la estabilidad, el afecto y la confianza que necesitan para crecer, así como trabajar para fortalecer sus capacidades de afrontamiento
2. Generalizar los aprendizajes emocionales y sociales necesarios en la adolescencia y acercar nuevos servicios de escucha, orientación y apoyo para este colectivo
3. Ofrecer una atención más precoz, más intensiva y de gran calidad a aquellos niños y niñas y jóvenes que tienen dificultades con la salud mental
4. Promover aquellas formas de vivir y de relacionarnos que generan capacidades de fortaleza y bienestar
5. Poner en valor y articular todos los recursos para dar apoyo a las personas en una situación de más vulnerabilidad mental, social y personal
6. Favorecer la autonomía de las personas con procesos de trastornos mentales, reconociendo sus capacidades y facilitándoles el apoyo personalizado que requieren para su plena inclusión social
7. Mejorar el apoyo y el reconocimiento a las personas que cuidan de familiares con problemas de salud mental
8. Proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental y garantizarles un trato respetuoso y atento en todos los contextos

112

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022



El Plan de salud mental tiene que centrar las prioridades en la atención a la infancia y la adolescencia. Es la mejor inversión para un futuro saludable y feliz.

El colectivo de niños y niñas y adolescentes tiene que ser una prioridad absoluta.



1.º DESAFÍO:

Garantizar a los niños y niñas espacios de vida y protección que les ofrezcan la estabilidad, el afecto y la confianza que necesitan para crecer, así como trabajar para fortalecer sus capacidades de afrontamiento.

1. Los problemas de salud mental constituyen, actualmente, el principal reto de salud de los niños y niñas, tanto por su alcance como por la importancia de su impacto: el rendimiento escolar y el desarrollo profesional, la calidad de las relaciones interpersonales y familiares, la pobreza económica o la esperanza de vida están fuertemente relacionados con la salud mental.
 - 1.1. Los menores con problemas de salud mental tienen más probabilidades de convertirse en adolescentes y adultos con problemas y trastorno mental.
 - 1.2. En sentido contrario, una buena salud mental facilita el proceso de aprendizaje, las relaciones con la familia, el profesorado o los iguales, así como la capacidad de afrontamiento de las dificultades, incluyendo la transición a la adolescencia y a la vida adulta o la capacidad de alcanzar los propios objetivos.
 - 1.3. Se señala la necesidad de centrar los esfuerzos en dos momentos: la pequeña infancia (0-6) y la adolescencia.
2. La vida familiar y, en especial, la relación con la madre, es el primer entorno y el más determinante para promover la salud mental de un niño o niña y prevenir problemas. La calidad del vínculo y las capacidades de parentalidad positiva son fundamentales en el desarrollo de los niños y niñas.
 - 2.1. Aunque el concepto de familia ha cambiado a lo largo del tiempo, con formas variadas, su centralidad en la experiencia de apoyo y el impacto en el bienestar de las personas son los mismos.
 - 2.2. Se señala la necesidad de centrar los esfuerzos en los padres y madres de niños y niñas de 0 a 6 años (pequeña infancia). Las relaciones, los modelos de comportamiento, las respuestas emocionales y las habilidades sociales de los niños y niñas quedan muy condicionados por este momento.
3. Las intervenciones desde el momento del embarazo y del nacimiento se consideran prioritarias.
 - 3.1. En este ámbito, se señala especialmente la falta de un despliegue coherente de recursos y servicios de soporte en el territorio, de espacios de orientación y de apoyo, no fiscalizadores ni diagnosticadores, sino de acogida y acompañamiento.

- 3.2. El despliegue de servicios de soporte y atención en el domicilio se considera una medida necesaria para garantizar el acceso a familias que optan por la crianza en casa y que difícilmente acuden a otros servicios de atención.
 4. El contexto de crisis de los últimos años y las transformaciones sociales y laborales han acentuado las dificultades de muchas familias para poder ofrecer el entorno de estabilidad, seguridad, confianza y equilibrio emocional que los niños y niñas necesitan para crecer.
 - 4.1. Las carencias económicas han provocado un aumento de las tensiones familiares y la aparición de estrés y problemas emocionales. Se destaca el crecimiento del número de familias con ingresos que no permiten hacer frente a las necesidades básicas, con una gran dependencia de las ayudas públicas o la red más próxima, unas condiciones de vivienda inadecuadas y dificultades para afrontar el pago de los suministros básicos.
 - 4.2. Los menores de familias en situación de grave precariedad social son un colectivo emergente que requiere una atención singular.
 5. El apoyo y la orientación a las familias, especialmente aquellas que tienen que afrontar circunstancias difíciles, son las medidas más importantes para garantizar unas buenas condiciones de partida a todos los niños y niñas.
 6. La experiencia de hechos traumáticos (abuso, negligencia, violencia familiar u homofobia, entre otros) o un estrés continuado tiene efectos a lo largo de la vida y tiene un impacto en el aprendizaje, el comportamiento y la salud mental y física. Proteger a los niños y niñas de estas situaciones en todos los ámbitos y entornos (familiar, escolar, etcétera) debe considerarse un objetivo prioritario.
 7. Es importante ofrecer proactivamente programas de apoyo diferenciado a aquellos grupos de niños y niñas identificados como especialmente vulnerables a desarrollar problemas de salud mental.



Las familias tienen que ser objetivo de apoyo si se quiere garantizar que todos los niños y niñas tengan la oportunidad de crecer fuertes y resilientes.

Se tienen que dar instrumentos a los padres y madres para que sean capaces de generar vínculos de calidad con los hijos e hijas.



PROPUESTAS:

1. Garantizar a los niños y niñas espacios de vida y protección que les ofrezcan la estabilidad, el afecto y la confianza que necesitan para crecer, así como trabajar para fortalecer sus capacidades de afrontamiento.

Apoyo a padres y madres para que puedan ofrecer a sus hijos e hijas la estabilidad, el afecto y la confianza que necesitan para crecer

- 1.1. Empezar programas y servicios de apoyo y orientación a padres y madres, especialmente de aquellas familias que tienen que afrontar dificultades especiales o que son más vulnerables.
 - Potenciar los servicios educativos para la primera infancia y otros recursos de apoyo y acompañamiento a la crianza.
 - Mejorar la prevención, la atención precoz y el tratamiento de madres vulnerables desde el embarazo hasta la primera infancia.
 - Crear servicios de soporte y atención en el domicilio para acercar los apoyos a las familias que optan por la crianza en casa (por motivos culturales o económicos).
- 1.2. Impulsar los programas de desarrollo de habilidades parentales (mejora de las capacidades de comunicación, de gestión de conflictos, etcétera) para ayudar a las familias a afrontar y superar los problemas y las dificultades (rupturas, situaciones de paro o enfermedad, etcétera) y garantizar un entorno saludable para sus hijos e hijas.

Generalizar los aprendizajes sociales y emocionales

- 1.3. Facilitar orientaciones a las comunidades educativas para garantizar que los entornos cotidianos de los niños y niñas, especialmente el entorno escolar, se configuren como entornos de cuidado, respeto, participación, responsabilidad y equidad.
 - Formar y orientar al profesorado.
 - Apoyar iniciativas para promover el valor de la diversidad desde la escuela.
 - Apoyar iniciativas para la lucha contra el estigma del trastorno mental.
- 1.4. Incrementar la oferta de los servicios de carácter socioeducativo que desempeñan un rol clave para fortalecer la resiliencia de los niños y niñas.
 - Ampliar el número de centros abiertos de infancia de la ciudad, garantizando más equilibrio en su distribución territorial.
- 1.5. Promover programas de apoyo dirigidos a aquellos grupos y colectivos de niños y niñas con un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, para prevenirlos o reducirlos. Identificar los programas existentes, darlos a conocer y crear programas nuevos para dar respuesta a las necesidades actuales.

De manera singular, cabe destacar los siguientes grupos:

- Menores en el sistema de protección (Dirección General de Atención a la Infancia y la Adolescencia, DGAIA).
- Menores que han experimentado negligencia o abuso o que están en riesgo de padecerlos.
- Menores cuyos padres o madres tienen problemas de trastorno mental (diagnosticados o no), adicción o dependencia.
- Menores de familias migrantes o refugiadas.
- Niños y niñas que han experimentado pérdidas o traumas importantes.
- Niños y niñas implicados en discusiones sobre su custodia.
- Niños y niñas con discapacidades y hermanos o hermanas de niños y niñas con discapacidades o enfermedad crónica.

Formación para los equipos profesionales

- 1.6.** Facilitar formación y asesoramiento experto a todos los profesionales vinculados con la atención a la infancia: atención primaria de salud, escuelas, servicios socioeducativos, etcétera.
- 1.7.** Facilitar prioritariamente programas de apoyo y formación continuada a los siguientes profesionales:
 - Aquellos que están en contacto con colectivos que presentan un mayor riesgo.
 - Todos los equipos profesionales implicados en la atención antes y después del nacimiento.

2.º DESAFÍO:

Generalizar los aprendizajes emocionales y sociales necesarios en la adolescencia y acercar nuevos servicios de escucha, orientación y apoyo para este colectivo.

1. La pubertad y la adolescencia son momentos vitales de gran vulnerabilidad. El proceso de definición y aceptación de la propia identidad, las elecciones sobre el futuro educativo o profesional y el descubrimiento de la identidad sexual, entre otros, son temas que preocupan y a menudo angustian a los y las adolescentes. Es una época de riesgo de fracaso personal y de frustración.
2. Los cambios hormonales, físicos, emocionales y sociales que se producen en la pubertad son estresores muy importantes para los chicos y chicas. Tienen un impacto significativo en la autoestima, los roles y las expectativas sociales.
3. La pubertad se produce en edades cada vez más tempranas. Se reduce el periodo de la infancia y se adoptan modelos de comportamiento adulto a partir de los 10 años o incluso antes. Esta pubertad adelantada es en sí misma un factor de riesgo para el desarrollo de problemas emocionales y de salud.
4. Las percepciones sobre el grado de aceptación, respeto e inclusión en los entornos de relación cotidiana son en este momento vital un factor muy importante de riesgo o de protección de la salud mental. Las dinámicas de exclusión son grandes generadoras de aislamiento y de problemas mentales que hay que combatir.
 - 4.1. La calidad de las relaciones, especialmente entre iguales pero también con la familia, el profesorado y otros referentes adultos, es fundamental para el desarrollo de los y las jóvenes.
5. Es especialmente importante que los institutos y las entidades de ocio o de deporte que constituyen el espacio cotidiano de los y las adolescentes generen y favorezcan formas de hacer y de relacionarse que promuevan una cultura de cuidado, respeto, participación, responsabilidad y equidad.
 - 5.1. Actualmente, las crecientes oportunidades de interacción y el anonimato que facilita la tecnología suponen un riesgo más elevado de sufrir cualquier forma de acoso.
 - 5.2. El rol de modelado del profesorado y de otros profesionales (cómo se relacionan entre ellos y con el alumnado, cómo abordan los conflictos, cómo tratan o atienden a los alumnos y alumnas que presentan problemas) es clave y tiene una clara influencia en todo el entorno (relaciones cálidas, de igual a igual, sin agresividad ni coacciones).

6. Las asociaciones juveniles y los espacios de ocio educativo tienen también un rol muy importante en cuanto que se constituyen como espacios libres y seguros para que los y las adolescentes puedan establecer relaciones, hablar de sus dificultades, reforzar el sentido de pertenencia y ejercer sus capacidades de responsabilidad y autonomía.
 - 6.1. Este último punto es importante para los y las adolescentes y para los y las jóvenes especialmente vulnerables a sufrir dinámicas de discriminación, como el colectivo LGTBI, los y las jóvenes inmigrantes o hijos e hijas de familias migrantes.
7. El fracaso escolar es también un factor de riesgo que genera emociones de frustración y angustia en el alumnado, a la vez que crea tensión en la vida familiar y en las relaciones con el profesorado.
8. A pesar de las dificultades, los y las adolescentes difícilmente piden ayuda o acuden a los servicios de atención generalista. Facilitar servicios de escucha y orientación (servicios confidenciales, accesibles y que no estigmaticen) se considera un aspecto prioritario para que los y las adolescentes puedan expresar sus dificultades y encontrar orientaciones para afrontar las cuestiones que les preocupan.
9. Las capacidades de resiliencia frente a situaciones de conflicto, violencia o estrés pueden fortalecerse y trabajarse.
 - 9.1. Los institutos han invertido un esfuerzo importante en los últimos años por incorporar al currículum la educación emocional y dotar a los y las adolescentes de las capacidades y las habilidades sociales necesarias para abordar situaciones de conflicto, mejorar la capacidad de resolver problemas e identificar y gestionar las emociones (como la rabia, la tristeza o la ansiedad).
 - 9.2. Es importante generalizar estos aprendizajes y también ofrecer, proactivamente, programas de apoyo diferenciado a aquellos colectivos que se identifican como especialmente vulnerables.
10. Algunas conductas características de los estilos de vida de los y las adolescentes, como la falta de actividad física, el abuso de aparatos electrónicos y, especialmente, la falta de horas de sueño, afectan de forma importante a su salud emocional y se manifiestan con dificultades de concentración, cambios de humor, hiperactividad, nerviosismo y comportamientos agresivos.
11. El consumo de cannabis ha experimentado un aumento notable en los últimos años, así como un proceso de banalización. La edad en que los y las jóvenes inician su consumo es cada vez más precoz. En consecuencia, los problemas que ocasiona son de mayor gravedad.
 - 11.1. La asociación entre consumo de cannabis y otras patologías psiquiátricas es especialmente frecuente, incluyendo los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y, aún más grave, los trastornos psicóticos.

12. La prevención de las relaciones sexuales no seguras y, especialmente, el embarazo adolescente se consideran otros aspectos prioritarios.
13. En la adolescencia se configuran las actitudes sobre el trastorno mental que se sostendrán en la edad adulta. Es por eso por lo que se considera importante incidir en la lucha contra el estigma y la discriminación en este periodo vital. Y, sobre todo, reforzar el valor de la diferencia.



Lo que se haga desde las escuelas y los institutos es clave.

Son los únicos servicios públicos que tienen el potencial de llegar a todos los niños y niñas, adolescentes y jóvenes.



119

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

PROPUESTAS:

2. Generalizar los aprendizajes emocionales y sociales necesarios en la adolescencia y acercar nuevos servicios de escucha, orientación y apoyo para este colectivo.

Servicios de escucha y orientación para los y las adolescentes

- 2.1. Identificar y promover nuevos servicios de escucha, acompañamiento y orientación para los y las adolescentes, innovando los formatos: las personas adecuadas, los lugares y los tiempos oportunos, incorporando referentes en los espacios naturales de relación de los y las adolescentes.

Intensificar las acciones preventivas contra determinadas conductas de riesgo y promover estilos de vida saludable

- 2.2. Intensificar las acciones preventivas con relación al consumo de cannabis, especialmente para retrasar la edad de iniciación y evitar su banalización.
- 2.3. Intensificar las acciones preventivas para evitar el embarazo adolescente.
- 2.4. Incrementar las acciones de sensibilización e información (campañas de comunicación) sobre la relación entre determinados aspectos del estilo de vida y la salud emocional.

Especialmente, se destaca la necesidad de comunicar los beneficios para la salud mental y el bienestar emocional de los siguientes aspectos:

- La actividad física
- La dieta saludable
- La calidad del descanso (horas y calidad del sueño)
- El uso racional de la tecnología

Apoyo, orientación y mediación familiar

2.5. Crear nuevos programas de apoyo y orientación dirigidos a padres y madres de adolescentes y fomentar la mediación familiar.

Apoyo a los servicios socioeducativos de la ciudad para generalizar los aprendizajes sociales y emocionales

2.6. Generalizar los aprendizajes sociales y emocionales necesarios para mejorar la salud mental de adolescentes y jóvenes desde el instituto y otros entornos socioeducativos (= 1.º desafío).

- Incrementar los programas de educación emocional y de habilidades sociales.
- Impulsar la implantación de programas y herramientas para la prevención y el abordaje de situaciones de violencia, conflictos y exclusión de los centros educativos.
- Incorporar técnicas de relajación y gestión del estrés en los contenidos de la actividad física.

2.7. Facilitar orientaciones a las comunidades educativas para garantizar que los entornos cotidianos de los y las adolescentes, especialmente el entorno escolar, se configuren como un entorno de cuidado, respeto, participación, responsabilidad y equidad.

- Formar y orientar al profesorado.
- Apoyar iniciativas para promover el valor de la diversidad desde el instituto.
- Apoyar iniciativas para la lucha contra el estigma del trastorno mental.

2.8. Incrementar la oferta de los servicios de carácter socioeducativo que tienen un rol clave para fortalecer la resiliencia de los y las adolescentes y de los y las jóvenes, especialmente aquellos en una situación de más vulnerabilidad (= 1.º desafío).

- Dar apoyo al asociacionismo juvenil, especialmente aquellas asociaciones que pueden facilitar capacidades de afrontamiento contra la discriminación y el estigma asociados a la orientación sexual (como el colectivo LGTBI).
- Promocionar la participación en el tejido asociativo desde el ámbito educativo.

2.9. Promover programas de apoyo dirigidos a determinados grupos y colectivos de adolescentes con un riesgo elevado de sufrir problemas de salud mental con el fin de prevenirlos o reducirlos (= 1.º desafío).

Cabe destacar los siguientes:

- Menores que han experimentado negligencia o abuso o que están en riesgo de padecerlos.

- Menores cuyos padres o madres tienen problemas de trastorno mental (diagnosticados o no), adicción o dependencia.
- Adolescentes que viven situaciones de fracaso escolar, desvinculados o con una relación precaria con el sistema de enseñanza.
- Menores hijos e hijas de familias emigrantes o refugiadas.

Más formación a los profesionales

2.10. Facilitar formación y asesoramiento experto a todos los equipos profesionales vinculados con la atención a la adolescencia: institutos, servicios socioeducativos, etcétera (= 1.º desafío).

- Facilitar programas de apoyo y formación continuada a los profesionales que están en contacto con adolescentes con el fin de que puedan facilitarles el desarrollo emocional y social.

Incidir en la lucha contra el estigma y facilitar información sobre los trastornos mentales

2.11. Facilitar información sobre la salud mental (entender cómo se puede mejorar y preservar).

2.12. Facilitar información sobre los trastornos más comunes (conocer los principales síntomas y las características de los trastornos mentales) y ofrecer orientación para pedir apoyo.

3.º DESAFÍO:

Ofrecer una atención más precoz, más intensiva y de gran calidad a aquellos niños y niñas y jóvenes que tienen dificultades con la salud mental.

1. La atención a los niños y niñas y a los y las adolescentes que experimentan dificultades con la salud mental de diferente grado de complejidad y gravedad tiene actualmente déficits importantes en la accesibilidad, intensidad y continuidad.
 - 1.1. Hay consenso en la necesidad y la urgencia de incrementar los recursos disponibles de forma coherente con el incremento de las necesidades.
 - 1.2. También hay consenso en la necesidad de revisar la continuidad en la atención, el apoyo, el tratamiento y el cuidado de los problemas y los trastornos mentales de niños y niñas y adolescentes.
2. La mayoría de los problemas y los trastornos mentales se inician o se manifiestan durante la infancia (el 75 % de los trastornos mentales de las personas adultas se inician antes de los 25 años y un 50 % entre los 12 y los 25).
3. La detección y la atención temprana de los niños y niñas y de los y las jóvenes con un problema emergente de salud mental o de trastorno mental, en la fase inicial o en cualquier episodio posterior, es fundamental para minimizar la gravedad y la duración de la situación y reducir su impacto. Actualmente, constituye la limitación principal del sistema.
4. Los primeros signos se expresan en la escuela, con problemas o cambios de comportamiento, dificultades de atención, cambios importantes en el rendimiento escolar o aislamiento, entre otros. Identificar y actuar ante estos primeros signos es clave para prevenir episodios futuros y reducir los costes asociados.
 - 4.1. Los y las docentes tienen un papel clave y, con los conocimientos adecuados, pueden identificar los signos que pueden indicar o comportar problemas posteriores en el desarrollo, para así facilitar el acceso a aquellos servicios y apoyos más adecuados.
5. Cabe destacar especialmente la necesidad de detectar y abordar de forma temprana factores del desarrollo neurológico y psicológico que generan disfunciones cognitivas y conductuales que interfieren de forma importante en los procesos madurativos y tienen un impacto relevante en el ámbito personal, familiar y social.
 - 5.1. Se constata una falta de recursos educativos para atender estas necesidades (centros y aulas con tratamiento especial y recursos terapéuticos profesionalizados).
 - 5.2. Desde la comunidad educativa escolar preocupa especialmente el incremento de las conductas disruptivas (actitudes conflictivas y de agresividad tanto verbal como física) que pueden tener diferentes causas y grados de gravedad pero que generan muchos conflictos en el entorno escolar y familiar.

6. La rapidez en el acceso a los recursos de apoyo y la intensidad de la atención en los momentos de crisis son aspectos fundamentales para minimizar la gravedad y la duración de la situación y poder reducir su impacto. Actualmente, suponen una de las principales limitaciones de las respuestas del servicio.
7. La situación de saturación de los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) se considera uno de los principales problemas que deben abordarse, tanto por las dificultades de acceso (listas de espera para la exploración y el diagnóstico) como por la poca intensidad de los tratamientos (frecuencia de las visitas).
8. Hay acuerdo en señalar la urgencia de dotar la ciudad de nuevos recursos residenciales y de respiro para niños y niñas y adolescentes y para sus padres y madres.
9. La continuidad del apoyo y la atención queda interrumpida o es muy frágil en un momento de especial riesgo del ciclo vital: es necesario abordar y flexibilizar las transiciones entre los servicios de salud de niños y niñas a la edad adulta.
 - 9.1. Los niños y niñas y los y las jóvenes son muy vulnerables en momentos de cambio (como en la transición de la escuela primaria al instituto, de la escuela a otros entornos, etcétera). Estas transiciones todavía son más delicadas con niños y niñas y jóvenes que sufren problemas de salud mental (como servicios de atención de jóvenes a adultos, entre servicios residenciales y en la comunidad, etcétera).
 - 9.2. Los y las profesionales entrevistados coinciden en la necesidad de abordar y flexibilizar estas fronteras para minimizar el malestar, garantizar la continuidad de la atención y prevenir efectos negativos en el estado de la persona.
 - 9.3. Se deben poder prever itinerarios que faciliten la continuidad de la atención y evitar la ruptura de la relación asistencial por razones de edad.
10. El suicidio es una de las principales causas de muerte de adolescentes y jóvenes. Cada suicidio es una expresión de las deficiencias del sistema: deficiencias de prevención, de detección y de tratamiento.
 - 10.1. La mortalidad por suicidio es un grave problema de salud pública y se ha incrementado en los últimos años a escala mundial. Los trastornos mentales son uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los países occidentales.
 - 10.2. Las políticas de prevención del suicidio son efectivas y tienen un impacto positivo en la reducción de la mortalidad. Entre ellas, hay que destacar una mejora de la accesibilidad a los servicios de salud de las personas en riesgo y un seguimiento detallado durante el periodo crítico posterior a la tentativa.

“ Necesitamos un acceso más rápido
a unos servicios de gran calidad. ”

PROPUESTAS:

3. Ofrecer atención más precoz, más intensiva y de gran calidad a aquellos niños y niñas y jóvenes que tienen dificultades con la salud mental.

Una detección precoz efectiva en la franja infantil de los 0 a los 5 años

- 3.1. Incrementar los recursos de los CSMIJ e introducir cambios en su funcionamiento para reducir las listas de espera actuales en la exploración, el diagnóstico y el tratamiento.
- 3.2. Mejorar la articulación entre los centros de detección infantil y atención precoz (CDIAP) y los CSMIJ en la prevención, detección y atención precoz en la primera infancia.
- 3.3. Facilitar a los equipos profesionales de los servicios dirigidos a la infancia, especialmente a aquellos que trabajan con colectivos con mayor riesgo, la capacitación y el conocimiento en estos temas (por ejemplo, aprender a observar e interpretar los comportamientos de los niños y niñas).
- 3.4. Garantizar la implementación de las unidades funcionales para la atención precoz de los trastornos mentales graves en la primera infancia (como los procesos de atención precoz del espectro autista que se contemplan en el Plan de atención integral a las personas con TEA).

Acercar servicios y recursos de salud mental a la escuela y otros servicios de atención a la infancia

- 3.5. Impulsar el desarrollo de la relación entre los CSMIJ y las escuelas y otros servicios de apoyo –equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica (EAP)–.
- 3.6. Facilitar a los equipos profesionales de los servicios dirigidos a la infancia el acceso a apoyo profesional especializado (consultas).

Integralidad de la atención

- 3.7. Facilitar el trabajo interdisciplinario en diferentes ámbitos. Reforzar y mejorar los circuitos de trabajo y la coordinación entre los servicios psicopedagógicos, sociales, de salud y de salud mental.
 - Extender experiencias positivas existentes en algunos distritos (como el proyecto “Interxarxes”) en otros territorios.
- 3.8. Facilitar el acceso a la terapia psicológica.
- 3.9. Incorporar la figura del gestor o gestora del caso para agilizar las soluciones, coordinarlas a las necesidades de cada caso y hacer un seguit.
- 3.10. Facilitar la prescripción social preferente para niños y niñas y jóvenes.
 - Elaborar un catálogo de actividades que se puedan incluir en la prescripción social (especificando los datos de contacto, los objetivos o aprendizajes, las indicaciones, etcétera).

- Formar a los y las profesionales sobre el uso de estos recursos.
- 3.11.** Incrementar los recursos de apoyo, acompañamiento y trabajo con las familias: facilitarles herramientas que les permitan entender y afrontar las dificultades asociadas a los procesos de sus hijos e hijas y darles apoyo emocional.
- 3.12.** Reforzar los programas de apoyo escolar y las escuelas de segunda oportunidad con acompañamiento para garantizar la continuidad del progreso académico a los niños y niñas o jóvenes que han sufrido un problema grave de salud mental.

Nuevos servicios de atención

- 3.13.** Generar dispositivos para la atención y el acompañamiento flexible a las situaciones de crisis y urgencia de las personas adolescentes y adultas jóvenes.
- 3.14.** Generar programas de atención especializada a domicilio.
- 3.15.** Impulsar un servicio de teleasistencia para dar apoyo a las consultas de las familias.

Continuidad de atención

- 3.16.** Mejorar el proceso de transición entre los dispositivos de salud mental de menores y adultos: facilitar el acompañamiento y el seguimiento más detallado de estos procesos.
- Entrevistas conjuntas entre el equipo profesional de niños y niñas y el de adultos y el o la paciente.
 - Pertenencia de ambos grupos de profesionales.
 - Seguimiento con un referente del o de la paciente.

Prevención del suicidio

- 3.17.** Intensificar la implementación de las políticas de prevención y detección precoz del riesgo de suicidio.
- Seguimiento de la implantación del Código de Riesgo de Suicidio.
 - Aumento de la implantación territorial de la Ruta asistencial de los trastornos depresivos.
- 3.18.** Mejorar la información disponible (registro sanitario de casos, evaluación de los resultados, etcétera).

4.º DESAFÍO:

Promover aquellas formas de vivir y de relacionarnos que generan capacidades de fortaleza y bienestar.

1. El contexto de crisis de los últimos años, que ha comportado precariedad e incertidumbre laboral y problemas económicos y de vivienda, ha acentuado el padecimiento emocional de buena parte de la ciudadanía y ha incrementado el riesgo de desarrollar trastornos mentales.
2. Cada vez se conocen mejor los factores de vulnerabilidad relacionados con la salud mental, así como los factores de protección. Este conocimiento puede fundamentar las intervenciones y las prioridades.
3. En el ámbito comunitario, por ejemplo, se destaca el rol de las redes sociales de apoyo, la promoción y la práctica de la actividad física, las actividades de voluntariado y todas aquellas acciones que facilitan sentirse útil o que refuerzan el sentido de pertenencia.
4. De manera individual, la promoción de la salud mental debe centrarse en fortalecer la resiliencia mediante el desarrollo de capacidades personales que faciliten hacer frente a situaciones de crisis, estrés, ansiedad, etcétera.
5. La sociabilidad, el ejercicio y la práctica de las propias capacidades de ayuda y apoyo entre iguales son fundamentales para aumentar la fortaleza de las personas.
 - 5.1. Las cuestiones relacionales, las interacciones sociales y la capacidad de establecer relaciones sociales positivas, han sido señaladas por parte de todas las personas entrevistadas como un aspecto fundamental para proteger y fortalecer la salud mental en todas las edades.
 - 5.2. Se destaca la necesidad de potenciar, aprovechar y, si es necesario, dinamizar los espacios naturales de relación para favorecer las relaciones de escucha, ayuda y apoyo entre las personas, crear “ecosistemas” de relación y de acogida que faciliten la comunicación y ayuden a contener los malestares emocionales de la vida cotidiana.
 - 5.3. Se enfatiza la necesidad de prevenir el aislamiento o la soledad de las personas mayores, pero también de otros colectivos y grupos de todas las edades.
6. La práctica de la actividad física y del deporte tiene grandes beneficios psicológicos que deben darse a conocer: mejora la autoestima y el estado de ánimo. La actividad física y el deporte suponen también una oportunidad privilegiada para establecer vínculos y disfrutar de las relaciones sociales.
7. No obstante, los estudios demuestran que las personas que más necesitarían el beneficio de los efectos físicos, psicológicos y sociales de la práctica

de la actividad física son, precisamente, aquellas que tienen que superar más obstáculos y encuentran más dificultades para poder realizarla: personas de grupos y colectivos diversos que se encuentran en una situación de exclusión o de alta vulnerabilidad social o en una situación vital especialmente difícil (por ejemplo, personas en paro) o que cuidan de un familiar afectado por una demencia o una enfermedad que condiciona considerablemente su autonomía.

8. Los grupos de apoyo han demostrado su eficacia en el acompañamiento y el apoyo emocional de personas que tienen que afrontar dificultades: el cuidado de un familiar enfermo o dependiente, el paro de larga duración, la crianza sin una red de apoyo familiar, la integración en una nueva cultura, etcétera.

“ Como ciudad, hay que promover aquellas formas de vivir y de relacionarnos que generan capacidades personales de fortaleza: facilitar la sociabilidad, las relaciones personales, la práctica de la actividad física...” ”

127

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

PROPUESTAS:

4. Promover aquellas formas de vivir y de relacionarnos que generan capacidades de fortaleza y bienestar.
 - 4.1. Elaborar y dar a conocer orientaciones y criterios dirigidos a los gestores y gestoras y profesionales de los servicios de proximidad (centros cívicos, bibliotecas, centros sociales de personas mayores, polideportivos, centros de ocio, asociaciones, etcétera), con el fin de que puedan contribuir a mejorar la salud y el bienestar emocional de las personas usuarias de los servicios.

En este sentido, se deben facilitar los siguientes aspectos:

- La creación de vínculos y relaciones sociales para favorecer climas positivos de grupo.
- La comprensión, el valor y el respeto a la diversidad (y también, especialmente, a las personas que sufren o experimentan dificultades con la salud mental).
- Oportunidades para sentirse útiles (tareas de voluntariado puntual o estable, etcétera).
- Oportunidades de aprendizaje y de poner en práctica las propias capacidades.
- La creación del sentido de pertenencia y vinculación a una comunidad.

- 4.2. Potenciar, aprovechar y, si es necesario, dinamizar los espacios naturales de relación para favorecer la sociabilidad y las relaciones de escucha y de apoyo entre iguales.
- 4.3. Promover la actividad física y el deporte.
- 4.4. Incrementar las acciones de sensibilización e información sobre la relación entre determinados aspectos del estilo de vida y la salud emocional, especialmente los siguientes:
 - La actividad física
 - Una dieta saludable
 - La calidad del descanso (horas y calidad de sueño)
 - Los horarios y los ritmos de la vida cotidiana

5.º DESAFÍO:

Poner en valor y articular todos los recursos para dar apoyo a las personas con más vulnerabilidad mental, social y personal.

1. Algunos colectivos y grupos son especialmente vulnerables a sufrir problemas de salud mental (depresión, ansiedad, estrés).
2. Las personas inmigrantes, las personas mayores y las personas que sufren situaciones de pobreza y precariedad son algunos de estos colectivos que podrían beneficiarse especialmente de actuaciones dirigidas a mejorar sus capacidades de afrontamiento y su bienestar emocional.
3. En la edad adulta los factores principales de riesgo son las condiciones sociales. Las personas en paro o con bajas laborales de larga duración, en situación de gran precariedad residencial y con una falta de recursos para afrontar la vida cotidiana experimentan mucho estrés y ansiedad.
4. El contexto de crisis de los últimos años, que ha comportado precariedad e incertidumbre laboral, problemas económicos y de vivienda, ha acentuado el padecimiento emocional de buena parte de la ciudadanía.
5. Las personas inmigradas y refugiadas afrontan también retos singulares que se traducen en importantes malestares emocionales (depresión, ansiedad, trastornos psicológicos, etcétera).
 - 5.1. El hecho migratorio requiere un proceso de aceptación de las diversas pérdidas, ya sean forzadas o voluntarias, de referentes familiares, socio-culturales y económicos, así como un proceso de aceptación de la nueva cultura de ac.
 - 5.2. Hay que tener en especial consideración a las personas inmigrantes recién llegadas en vías de integración, a segundas generaciones nacidas aquí y a personas sin red de acogida inicial, así como a personas enfermas, a personas mayores y a las personas refugiadas.
 - 5.3. Una gran parte de las personas inmigradas encuentran muchas dificultades para utilizar los servicios de atención por diversas razones (culturales o por desconocimiento del idioma, entre otras), y a menudo no pueden recibir el tratamiento especializado que requieren.
6. La vejez es un periodo en que se viven muchas pérdidas que se tienen que elaborar (pérdida de estatus, de capacidades físicas o mentales, de familiares y amigos y la inevitabilidad de la muerte).
 - 6.1. A menudo la mala salud mental de las personas mayores (y especialmente la depresión) se concibe erróneamente como una parte inevitable o natural del envejecimiento.

- 6.2. El progresivo índice de sobreenvjecimiento somete a esta población a situaciones de vulnerabilidad ante las dinámicas de exclusión social.
- 6.3. Se constata el incremento del número de personas mayores que viven solas en situaciones sociales de precariedad, con dificultades para establecer relaciones sociales y con carencias para gestionar la vida diaria. El aislamiento y la soledad es un tema importante que debe abordarse.
7. Los servicios públicos de atención primaria de salud ofrecen, en general, un alcance muy limitado de intervenciones terapéuticas a las personas que experimentan dificultades con la salud mental.
8. La medicación es el primer tratamiento (y, a menudo, el único) que se ofrece a muchas personas.
 - 8.1. Las dificultades de acceso a la terapia psicológica, que es necesaria para incidir en los estilos de vida o los comportamientos, se considera la principal limitación de las respuestas del sistema público.
 - 8.2. En todo caso, sin embargo, el abanico de servicios, tratamientos y apoyos disponibles y su naturaleza, intensidad y accesibilidad varían significativamente en función del territorio.
9. La falta de un mayor conocimiento y una mejor articulación de recursos sociales (grupos de ayuda, actividades de los centros cívicos, etcétera) es una de las causas de la escasa indicación de estos recursos, que pueden ser un “tratamiento” complementario o alternativo para mejorar la vida de personas con un problema de salud mental y desmedicalizar los malestares de la vida cotidiana.
 - 9.1. Todas las personas entrevistadas y, especialmente, los equipos profesionales vinculados a la atención primaria de salud, apuntan la necesidad de un mayor uso de la “prescripción social” para facilitar la vinculación de las personas que experimentan dificultades con la salud mental con actividades sociales, culturales y deportivas en la comunidad.
 - 9.2. Se destacan los grandes beneficios para la salud en general y, especialmente, la oportunidad de desarrollar redes sociales.
 - 9.3. El impacto de los trastornos y los problemas mentales (baja autoestima y poca motivación) constituye también una dificultad añadida para conseguir la participación y la vinculación de estas personas a los servicios y recursos comunitarios (sociales, deportivos, culturales y de ocio) que les podrían ser especialmente beneficiosos.
10. Los servicios sociales básicos desempeñan una función muy importante en la atención de personas en una situación de fragilidad social y personal.
 - 10.1. Se valora muy positivamente el rol de los profesionales de la psicología en los equipos de los centros de servicios sociales municipales.

- 10.2. Los grupos de apoyo emocional (para personas cuidadoras, para personas afectadas por la crisis económica o con falta de red de relaciones) se valora como otra intervención muy importante. No obstante, se señala que la presión asistencial ha debilitado este tipo de respuestas.
11. Los problemas de salud mental afectan de forma diferente a hombres y mujeres y en diferentes momentos de la vida. La perspectiva de género se debe tener en cuenta en el momento de planificar las intervenciones preventivas.
- 11.1. Por ejemplo, las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de sufrir ansiedad y depresión, y los hombres, de desarrollar esquizofrenia en la juventud.
- 11.2. Los factores de riesgo de las mujeres a menudo están interrelacionados: responsabilidades de cuidado, tasas más elevadas de pobreza, mayor riesgo de sufrir violencia y abuso, etcétera.
- 11.3. Los factores que amenazan el sentido de éxito (como la pérdida del trabajo) tienen más impacto en los hombres. A los hombres les cuesta también más reconocer que tienen un problema y buscar ayudas.

131

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022



La atención primaria necesita apoyos para desmedicalizar los malestares de la vida cotidiana.

Muchos problemas, como la soledad, la falta de integración de las personas inmigrantes, el aislamiento o la dependencia, se solucionan con el entorno.

Y actualmente cuesta o no se puede solucionar por falta de conocimiento o articulación de los recursos sociales para poder prescribir.



PROPUESTAS:

5. Poner en valor y articular todos los recursos para dar apoyo a las personas en situaciones de más fragilidad mental, social y personal.

Vinculación a recursos comunitarios de apoyo

- 5.1. Innovar en las estrategias para acercar y vincular a las personas con dificultades y problemas de salud mental a los servicios y recursos comunitarios que les serían especialmente beneficiosos:
 - La práctica de actividad física y el deporte
 - Grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua
 - Espacios relacionales y de socialización (clubes de lectura, actividades formativas, etcétera)
 - Actividades de educación emocional (tolerancia a la frustración, gestión del estrés, aprender a relajarse, etcétera)
 - Acciones de voluntariado
- 5.2. Facilitar la prescripción social en la atención primaria de salud, la articulación de actividades y servicios comunitarios como recurso y respuesta complementaria y, en algunos casos, alternativa a la medicación.
 - Elaborar un catálogo de actividades que se puedan incluir en la prescripción social (especificando los datos de contacto, los objetivos o aprendizajes, las indicaciones, etcétera).
 - Formar a los y las profesionales sobre el uso de estos recursos.

Programas específicos para colectivos más vulnerables

- 5.3. Impulsar y promover intervenciones específicas para dar apoyo emocional a personas en paro de larga duración, con bajas laborales de larga duración o con una gran precariedad residencial (grupos de apoyo).
- 5.4. Impulsar y promover intervenciones específicas para facilitar apoyo emocional a personas inmigradas, y especialmente:
 - A personas inmigrantes recién llegadas en vías de integración
 - A segundas generaciones nacidas aquí
 - A personas sin red de acogida inicial, a personas enfermas y a personas mayores
- 5.5. Promover aquellos servicios y apoyos emocionales a las personas mayores (grupos de apoyo) que facilitan la aceptación necesaria ante las pérdidas y dificultades propias de la edad para potenciar sus capacidades (funcionales, sociales y emocionales) y sostener los posibles malestares.
- 5.6. Facilitar orientaciones a los equipos profesionales de la atención primaria de salud para desmedicalizar el proceso de envejecimiento.
- 5.7. Fortalecer las medidas para evitar el aislamiento y la soledad, en especial de colectivos de riesgo, como las personas mayores que viven solas.
- 5.8. Incorporar la perspectiva de género en el diseño de actuaciones preventivas y de detección.

6.º DESAFÍO:

Favorecer la autonomía de las personas con trastornos mentales, reconociendo sus capacidades y facilitando el apoyo personalizado que requieren para su plena inclusión social.

1. Tener un trabajo, niveles mínimos de ingresos, un lugar estable donde vivir y una red de relaciones sociales son condiciones fundamentales para la recuperación, la integración y la inclusión social de las personas con problemas y trastornos mentales.
 - 1.1. La vida independiente es el objetivo y el propósito de la mayoría de las personas con problemas de salud mental.
 - 1.2. El impacto del propio trastorno y la estigmatización del colectivo suponen importantes obstáculos para el acceso y el mantenimiento de un puesto de trabajo, la vivienda o la red de relaciones sociales.
 - 1.3. La crisis ha aumentado las dificultades para la integración y la inclusión social de las personas con problemas y trastornos sociales.
2. El acceso y el mantenimiento de un puesto de trabajo es un aspecto clave para la mejora y la recuperación de las personas con problemas de salud mental. La rigidez del sistema de prestaciones, la estigmatización del colectivo o las dificultades de adaptación de los puestos de trabajo a las capacidades de la persona con un trastorno mental grave son los principales obstáculos.
 - 2.1. Las personas con problemas graves de salud mental presentan unos altos niveles de desempleo. La mayoría de los países de la UE informan de unas tasas de empleo que oscilan entre el 20 % y el 30 % para este grupo. Esta situación supone un grave obstáculo para la plena integración y conlleva dependencia económica, pobreza y marginación.
 - 2.2. La rigidez del sistema de prestaciones (la falta de flexibilidad suficiente para adaptarse a los episodios que son intrínsecos al trastorno mental o que tiene desincentivos económicos para que la gente se reincorpore al trabajo) se considera una de las principales dificultades.
 - 2.3. La estigmatización del colectivo o la tendencia a la sobreprotección por parte de las familias son, más allá del impacto del propio trastorno, algunos de los obstáculos invisibles para la participación laboral efectiva.
3. Estas dificultades tienen un impacto devastador en las trayectorias vitales de los y las jóvenes, ya que la incidencia de los problemas de salud mental es más significativa en el periodo de formación o el inicio del empleo.
 - 3.1. Los programas de trabajo con apoyo (una estrategia de inserción laboral en la empresa ordinaria que facilita la mediación y la prestación de apoyo a la persona y la empresa con el fin de garantizar la satisfacción de todas

las partes de la relación laboral) han mostrado su eficacia para ayudar a las personas a encontrar un trabajo en el mercado ordinario adecuado a sus intereses y capacidades.

- 3.2. Las empresas que facilitan trabajo en un entorno de apoyo son también alternativas necesarias para una parte de este colectivo.
- 3.3. Las colaboraciones con proyectos sociales (voluntariado) pueden configurarse como una alternativa que facilite la transición para la inserción en el mercado laboral de algunas personas (ya que implica adaptarse a un ritmo y a un horario) y puede contribuir a la visibilidad y normalización del colectivo.
4. Las personas con trastornos graves experimentan muchas dificultades para mantener una vivienda o acceder a ella, como consecuencia de las dificultades para mantener el nivel de ingresos o las dificultades de relación con el entorno familiar.
 - 4.1. Una vivienda estable, segura y adecuada es clave para la salud y el bienestar de todas las personas y condiciona la capacidad de formar parte de la vida social, de conseguir un puesto de trabajo y, también, de acceder a los apoyos y servicios que mejoran la calidad de vida.
 - 4.2. Al mismo tiempo, la falta de una vivienda estable comporta a menudo la falta de contacto con los servicios de salud, aislamiento, pérdida de independencia y, finalmente, la necesidad de incrementar los recursos de apoyo.
 - 4.3. La incapacidad para trabajar conlleva dificultades para mantener los ingresos y, por lo tanto, pagar un alquiler o una hipoteca.
 - 4.4. Los trastornos mentales severos suelen comportar desórdenes personales y episodios de necesidades agudas, cuyo resultado se traduce en pérdida del hogar o abandono del hogar familiar a causa de los conflictos y del comportamiento derivado de los trastornos mentales.
5. Las personas con problemas mentales presentan un grado de deterioro de la salud física superior al del conjunto de la población, como resultado de estilos de vida poco saludables (tabaquismo, alcohol, sedentarismo, dieta inadecuada, etcétera) y una vinculación deficiente con los servicios de salud.
 - 5.1. Por ejemplo, la depresión incide en la falta de actividad física y en la falta de una alimentación adecuada. La obesidad es frecuente y provoca otras complicaciones, como la falta de autoestima, hecho que agrava el estigma.
 - 5.2. Cabe destacar también las limitaciones en el acceso a la atención sanitaria (falta de referentes en la atención primaria de salud, falta de prevención, etcétera).
6. Con relación a la atención sanitaria de la salud mental, hay acuerdo en valorar positivamente el modelo que prioriza la inserción en la comunidad y la combinación de diferentes modalidades de atención.

7. No obstante, el incremento de las necesidades, la demanda asistencial y la reducción de los recursos disponibles de los últimos años ha limitado considerablemente la capacidad y la calidad de las respuestas.
 - 7.1. Este crecimiento de la demanda se ha traducido en más dificultades de acceso a los servicios (listas de espera), menos intensidad de la atención (frecuencia y duración) y una escasa integralidad de los tratamientos.
 - 7.2. Las dificultades de acceso a la terapia psicológica son la principal limitación de las respuestas del sistema público.
 - 7.3. Se constatan ciertas disparidades territoriales en relación con los servicios, tratamientos y apoyos disponibles. Su naturaleza, intensidad y accesibilidad varían en función del territorio y de los prestadores de servicios y dispositivos de atención.
8. Las necesidades asistenciales y de apoyo son numerosas y variables, y requieren un enfoque global que contemple no solo la atención sanitaria sino también sus diversas dimensiones (familiar, social y laboral). La necesidad de integración de las respuestas mediante un proceso de trabajo y colaboración de profesionales de diferentes ámbitos y servicios (relaciones sociales, vivienda, empleo, ocio, educación y salud) es un elemento clave, pero en la actualidad las respuestas están muy fragmentadas.
9. La continuidad de la atención asistencial y los apoyos en determinados momentos y transiciones también se consideran aspectos que hay que mejorar.
 - 9.1. Se requiere una mejor vinculación y coordinación entre los servicios clínicos y el ámbito sociosanitario para garantizar que la persona no se “pierde” en los momentos críticos, es decir, en los siguientes:
 - En las altas hospitalarias
 - En el momento posterior a presentarse en urgencias hospitalarias
 - Durante las derivaciones a servicios generalistas
 - Durante las derivaciones de especialistas públicos a especialistas privados
10. Algunas de las personas con problemas de trastorno mental presentan también problemas graves y exclusiones de diversa naturaleza (consumo de drogas, problemas crónicos de salud, sinhogarismo o paro, entre otros).
11. La ciudad presenta déficits en dar respuesta a las personas que tienen problemas graves y complejos.
 - 11.1. Las personas con necesidades y exclusiones complejas (trastorno mental, abuso de sustancias, sinhogarismo, etcétera) presentan dificultades en el acceso a servicios, especialmente porque no queda claro qué “necesidad primera” tienen y no encajan en los criterios de acceso a los servicios (problemas de conducta, drogadicción, alcoholismo, etcétera).
 - 11.2. Las admisiones recurrentes y transitorias para diferentes servicios son la expresión de estas dificultades.

- 11.3. La población sin techo, que vive en la calle o en albergues y en otros centros de la red de atención específica, es una población afectada en una elevada proporción por trastornos mentales severos y drogodependencias, y a menudo queda desvinculada de cualquier tratamiento psiquiátrico.

“ Sabemos que con la voluntad de cuidar no es suficiente.

Tenemos que aprender a cuidar de la persona en todas las esferas: vida, empleo y vivienda.

Y hacerlo con ‘los otros’ de proximidad: la familia y la comunidad. Y en el territorio.”



PROPUESTAS:

6. Favorecer la autonomía de las personas con trastornos mentales, reconociendo sus capacidades y facilitándoles el apoyo personalizado que requieren para su plena inclusión social.

Apoyo al acceso y al mantenimiento del empleo

- 6.1. Impulsar los programas de trabajo con apoyo. Incrementar los apoyos que facilitan a las personas conseguir y mantener un empleo en el mercado ordinario (trabajo con apoyo).
- 6.2. Explorar nuevas fórmulas para flexibilizar el sistema de prestaciones y la posibilidad de compatibilizar prestaciones y salarios.
- 6.3. Promover la contratación reservada y la incorporación de las cláusulas sociales en la contratación pública, facilitar el empleo y la estabilidad laboral de personas con problemas de salud mental.

Vivienda asequible con las características y los apoyos adecuados a las necesidades y el proyecto de vida

- 6.4. Incrementar las dotaciones de vivienda asequible y alquiler social para personas con trastorno mental y para contingencias especiales (no solo para aquellas personas que disponen de un certificado de discapacidad).
- 6.5. Incrementar los programas de apoyo para el mantenimiento de la vivienda (intervenciones preventivas para evitar que las personas pierdan su vivienda: apoyo económico para el mantenimiento del propio hogar).
- 6.6. Reforzar los servicios de soporte a la vida autónoma en el domicilio.

Apoyo a la práctica de estilos de vida saludable

- 6.7. Mejorar la articulación de la atención primaria de salud con los servicios de salud mental y la formación de los equipos profesionales (urgencias, personal de apoyo a la gestión, etcétera) con el fin de mejorar su capacidad de respuesta a las necesidades de las personas con trastornos mentales.
- 6.8. Incrementar los programas psicoeducativos para mejorar los estilos de vida de las personas con trastornos mentales.
- 6.9. Impulsar programas socioeducativos específicos para facilitar el acceso de las personas con problemas de salud mental a los servicios comunitarios y de ocio (grupos de apoyo, acompañamiento, etcétera).
- 6.10. Promover las formas de trabajo y coordinación entre los diferentes agentes que intervienen en todos los aspectos de la vida de la persona: relaciones sociales, vivienda, empleo, ocio, educación y salud.

Una atención sanitaria más integral, más intensiva y más precoz

- 6.11. Fomentar los procesos de trabajo que favorecen la coordinación y la integralidad de las respuestas:
 - Equipos de atención multidisciplinarios
 - Marcos de trabajo estable e intercambio que faciliten el conocimiento entre profesionales
 - Definición de protocolos para la atención
- 6.12. Mejorar especialmente la coordinación y la integralidad de las respuestas en la atención a las personas diagnosticadas con trastorno por abuso o dependencia de sustancias y trastorno mental grave.
- 6.13. Generalizar la identificación de referentes de la gestión de cada caso.

7.º DESAFÍO:

Mejorar el apoyo y el reconocimiento a las personas que cuidan de familiares con problemas de salud mental.

1. Las personas con problemas de salud mental son atendidas y reciben apoyo, mayoritariamente, del propio núcleo familiar (progenitores, pareja, hermanos y hermanas, etcétera). Este rol no siempre es reconocido como es debido.
2. Las personas cuidadoras son fundamentales para que las personas con problemas de salud mental y trastornos mentales puedan participar en la sociedad: gestionan las crisis, orientan sobre los recursos, actúan como “gestores y gestoras del caso” informales, motivan, dan apoyo y hacen el seguimiento del tratamiento, facilitan ingresos, alertan de determinados síntomas, mantienen los registros de tratamientos y seguimientos previos, etcétera.
3. El alto coste emocional que comporta este rol conlleva que las familias sean también un colectivo muy vulnerable a sufrir problemas de salud mental. Las tensiones por las dificultades de la convivencia, el miedo sobre el futuro, los sentimientos de tristeza, culpa, ira o negación contra una realidad que se hace difícil de afrontar son algunos de los rasgos que caracterizan su situación.
4. El estigma asociado al trastorno mental y la carga de culpabilidad que a menudo aún se asocia al trastorno mental incrementan el aislamiento y el padecimiento de muchas familias.
5. Los déficits en las respuestas y recursos de atención tienen una grave repercusión en las familias que sufren los efectos de la sobrecarga. En algunos casos, acaban generando situaciones de claudicación.
 - 5.1. La falta de una respuesta efectiva y eficiente a los y las adolescentes con problemas de salud mental incide considerablemente en la salud mental de sus padres y madres. La impotencia y el agotamiento que comporta el sentimiento de luchar en soledad contra los problemas de los hijos e hijas, en algunos casos acaba derivando en la renuncia de la tutela ante la Administración.
6. La capacidad económica de las familias se ve también gravemente afectada por los costes asociados y la necesidad de dar apoyo a personas que no son económicamente independientes.
7. La disponibilidad de apoyo psicológico (grupos de apoyo o apoyo individualizado) y psiquiátrico y, en su caso, de respiro es muy importante. Pero también lo es dar a conocer los recursos existentes.

8. Las dificultades de acceso y comunicación con los profesionales de la salud, la falta de información y apoyo profesional sobre el problema que tienen que afrontar y sobre los recursos y los tratamientos disponibles son también carencias identificadas.
9. La falta de reconocimiento por parte de los profesionales del conocimiento que las familias tienen sobre la situación y el estado de la persona a quien cuidan es otro aspecto que las familias consideran que hay que mejorar.

“ *La función de las familias en la detección de los problemas, en el tratamiento y en el acompañamiento a la recuperación tiene que ser reconocida por parte de los servicios profesionales.*

Hay que ofrecer a la familia los apoyos, las orientaciones y los servicios que necesita. ”

139

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

PROPUESTAS:

7. Mejorar el apoyo y el reconocimiento a las personas que cuidan de familiares con problemas mentales.
 - 7.1. Incorporar la atención y el apoyo a los familiares cuidadores como una dimensión esencial de la práctica profesional y los circuitos y protocolos de atención.
 - Mejorar la acogida, la información y la orientación a los familiares.
 - Facilitar la accesibilidad de las familias a los equipos profesionales que atienden problemas o trastornos mentales.
 - Incorporar en el acompañamiento o en la mediación al “paciente experto/a” o al “familiar experto/a”.
 - 7.2. Reforzar los servicios de soporte a las familias y la información (grupos de ayuda mutua, grupos de autoayuda, etcétera).
 - Reforzar los servicios de soporte psicológico dirigidos a las familias.
 - Facilitar servicios de asesoramiento legal a las familias (gestión económica y patrimonial, opciones tutelares, etcétera).
 - 7.3. Crear servicios de respiro para las familias.

8.º DESAFÍO:

Proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental y garantizarles un trato respetuoso y atento en todos los contextos.

1. Las personas denominadas enfermas mentales sufren aún las consecuencias del estigma, la exclusión y la discriminación que comporta un diagnóstico de trastorno mental.
2. Esta actitud negativa, asociada al miedo y a menudo reforzada por los medios de comunicación, tiene implicaciones en todos los ámbitos de la intervención:
 - Dificulta la capacidad de las personas para reconocer que tienen un problema.
 - Retrasa el acceso a los servicios de apoyo que podrían ayudar a estas personas. El miedo de ser etiquetados como enfermos mentales conlleva que una parte de la población que sufre estos problemas posiblemente evite buscar ayuda.
 - Agrava y afecta al tratamiento y la recuperación.
 - Agrava otras formas de discriminación (por edad o por orientación sexual, entre otras).
 - Amplía la distancia social con el grupo estigmatizado, favorece la exclusión social y aumenta los prejuicios y la discriminación.
 - Comporta consecuencias muy negativas en todos los aspectos de la vida de las personas afectadas: trabajo, vivienda, relaciones afectivas, acceso a la salud, etcétera.
3. Determinadas actuaciones en el entorno público o comunitario, ante una situación de emergencia o de internamiento no deseado, pueden incrementar este estigma.
4. El respeto a la autonomía y a la capacidad de las personas con trastornos mentales y, en particular, el derecho a tomar decisiones sobre tratamientos en la medida en que sea posible son puntos que hay que mejorar.
5. En nombre de la protección y del bien de los pacientes, pero también del bien común y de la seguridad pública, se han limitado los derechos de las personas diagnosticadas con un síndrome o un trastorno mental.
6. La vulneración de los derechos en los internamientos y el derecho a tomar decisiones sobre los tratamientos son cuestiones en las que hay que profundizar:
 - Acceso a la atención de los usuarios.
 - Acceso de los acompañantes o familiares.
 - Más participación de las personas afectadas en los ingresos voluntarios y mejor calidad de la atención en los ingresos no voluntarios.



Hay que acabar con la estigmatización del trastorno mental.

Es la principal barrera para pedir ayuda o detectar casos de riesgo de sufrir un trastorno mental o una fragilidad mental.

Sin acabar con el estigma, los problemas de salud mental seguirán escondidos y causarán padecimiento a muchas personas que los sufren en silencio.



PROPUESTAS:

8. Proteger los derechos y garantizar un trato respetuoso y atento de las personas con problemas de salud mental en todos los contextos.

Lucha contra el estigma

- 8.1. Impulsar acciones educativas, de sensibilización y de información sobre el estigma hacia la salud mental.
- 8.2. Impulsar campañas educativas (con materiales y recursos) sobre los problemas más comunes de salud mental (trastornos, dificultades y enfermedades) que permitan entender mejor cómo se puede mantener una buena salud mental, detectar los problemas más comunes e incidir en el estigma.

El respeto a la autonomía y a la capacidad de las personas enfermas y, en particular, el derecho a tomar decisiones sobre servicios, tratamientos y apoyos

- 8.3. Hacer un seguimiento específico para evitar la vulneración de los derechos en los ingresos o internamientos hospitalarios.
- 8.4. Promover el pacto del tratamiento o tratamiento pactado.
- 8.5. Facilitar formación e información sobre los derechos de las personas con trastornos mentales.
- 8.6. Elaborar un catálogo de derechos y darlo a conocer entre el colectivo.
- 8.7. Crear el rol del defensor del paciente y del familiar.

Favorecer el empoderamiento del colectivo, la articulación del sector y su participación activa

- 8.8. Impulsar medidas para favorecer el empoderamiento y la organización del colectivo de personas con problemas de salud mental y sus familiares.
- 8.9. Favorecer la participación activa de las organizaciones de personas con problemas de salud mental o trastornos mentales y sus familias en la definición de los programas y políticas que les afectan.

4. RELACIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS

Alicia Aguilera	Jefa del Departamento de Juventud del Ayuntamiento de Barcelona
Enric Arqués	Presidente del Fòrum Salut Mental y codirector de la Fundación Joia
Regina Bayo	Presidenta de la Sección de Psicología Clínica y de la Salud del Colegio Oficial de Psicólogos de Cataluña y miembro del Eje Salud de Barcelona en Comú y de la Plataforma por la Defensa de la Atención Pública
Anna Bermejo	Educadora social de la Cooperativa AIXEC
Jordi Blanch	Doctor y presidente de la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínic de Barcelona
Pere Bonet	Doctor y director de la División de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu de la Fundación Althaia
Miquel Casas	Doctor y jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona
Maica Comellas	Coordinadora de los equipos de atención a la infancia y la adolescencia (EAIA) del Ayuntamiento de Barcelona
Joan Corbera	Médico de atención primaria en Vallcarca y miembro de Salud Mental de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFiC), Parc Sanitari Pere Virgili
Joan De Diego	Jefe del Área de Orientación y Educación Inclusiva del Consorcio de Educación de Barcelona (CEB)
Miquel Àngel Essomba	Comisionado de Educación y Universidades del Ayuntamiento de Barcelona
Carme Fortea	Miembro del Instituto Municipal de Servicios Sociales (IMSS)
Herminia Gil	Coordinadora de la Red de Inserción Sociolaboral de Barcelona Activa
Maria Hernández	Presidenta del Consejo de la Juventud de Barcelona (CJB) y miembro de la Asociación SinVergüenza
Pilar Hilarión	Directora de proyectos del Instituto Universitario Avedis Donabedian

Lluís Isern	Doctor y miembro de la Fundación Congrés Català de Salut Mental y de la International Pschycoanalytical Association
Miquel Juncosa	Director de Obertament
Lluís Lalucat	Presidente de Barcelona Salut Mental y del Centro de Higiene Mental Les Corts
Isabel Llorens	Responsable de recursos humanos de la Fundación Dau (Salut Mental Catalunya)
Fernando Martínez	Usuario de la Asociación para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedad Mental (AREP)
Victòria Martorell	Psiquiatra del Hospital Sant Pau
Guillermo Mattioli	Vocal de la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicología de Cataluña y presidente del Consejo Profesional
Cristina Molina	Directora del Plan director de salud mental y adicciones del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya
Felisa Pérez	Presidenta de la Federación Catalana de Drogodependencias y directora técnica de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)
Víctor Pérez	Director del Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones del Hospital del Mar de Barcelona
Manel Punsoda	Director de Promoción Educativa del Instituto Municipal de Educación de Barcelona (IMEB)
Marc Ramentol	Doctor y jefe de la Oficina de Análisis y Estrategia del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya
Lluís San	Doctor y jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Déu
Mati Sanuy	Psicóloga de Servicios Sociales del distrito de Ciutat Vella
Àngels Soriano	Familiar de la Asociación para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedad Mental (AREP)
Claudia Vàsquez	Psicóloga y miembro de la Plataforma por la Defensa de la Atención Pública

Eduard Vieta	Doctor y jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona
Francesc Vilà	Director sociosanitario de la Fundación Cassià Just y de Cuina Justa
Roser Vilarrubí	Jefa del Servicio de Promoción y Apoyo del Instituto Municipal de Personas con Discapacidad (IMPD) del Ayuntamiento de Barcelona
Edgar Vinyals	Presidente de la Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en Primera Persona y de la Asociación Sàrau
Àngels Vives	Presidenta de la Fundación Congrés Català de Salut Mental

144

Derechos Sociales

Plan de salud mental de Barcelona 2016-2022

OTROS ÁMBITOS DE ANÁLISIS Y PROPUESTA QUE SE HAN TENIDO EN CUENTA:

- **Plan de salud mental:** la visión de las personas afectadas y de sus familiares (en el marco del proceso de debate del Programa de actuación municipal 2016-2019. 7 de marzo de 2016).
- **La salud mental en la infancia y la adolescencia** (en el marco del proceso de debate del Programa de actuación municipal 2016-2019. 17 de marzo de 2016).
- **Plan de salud mental: la visión de los profesionales** (en el marco del proceso de debate del Programa de actuación municipal 2016-2019. 21 de marzo de 2016).

Anexo 3:

Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud mental

Lucía Artazcoz
Carme Borrell
Maribel Pasarín



ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	149
1. MARCO CONCEPTUAL	150
Una perspectiva del ciclo de vida	151
Etapa prenatal y perinatal	151
Pequeña infancia	151
Infancia tardía y adolescencia	152
Personas adultas	152
Trabajo remunerado	152
Familias	153
Personas mayores	153
Personas en situación de vulnerabilidad	154
La crisis económica	155
Infancia	155
Personas adultas	155
Personas mayores	156
2. PRINCIPIOS DE LAS INTERVENCIONES DE ÁMBITO LOCAL	157
Universalismo proporcional	157
Intervenciones en varios sectores	157
Perspectiva del ciclo de vida	157
Intervenciones desde el inicio de la vida	157
Salud física y mental	157
Evitar centrarse solo en el corto plazo	158
Equidad en salud mental en todas las políticas	158
Conocimiento local para la acción	158
3. ABORDAJE MULTINIVEL	159
4. INTERVENCIONES EFECTIVAS DE ÁMBITO LOCAL	160
Medidas globales	160
Protección social	160
Ayuda económica	160
Incertidumbre sobre la vivienda	160
Promoción de la salud mental y de la atención a los problemas de salud mental	160

Infancia	162
Familias	162
Escuelas	162
Comunidad	162
Personas adultas	163
Trabajo remunerado	163
Familias	163
Comunidad	163
Personas mayores	163
Familias	163
Comunidad	163
5. REFERENCIAS	164

148

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Determinantes sociales de la salud mental a lo largo del ciclo vital. Modificado de OMS (2012).	150
--	-----

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un estado de bienestar en el que 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 (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2013a). Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales, como la capacidad para gestionar los pensamientos, las emociones, los comportamientos y las interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o el apoyo social de la comunidad. La exposición a las adversidades en la pequeña infancia es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales (OMS, 2013b). Muchos trastornos de salud mental comunes están estrechamente asociados a las desigualdades sociales, de manera que cuanto mayores son las desigualdades, mayor es el riesgo. Las personas pobres y en situación de desventaja social sufren desproporcionadamente, pero también lo hacen las de nivel medio, ya que existe un gradiente por el que la salud mental empeora a medida que la clase social es más desventajosa (Allen, Balfour, Bell y Marmot, 2014).

149

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

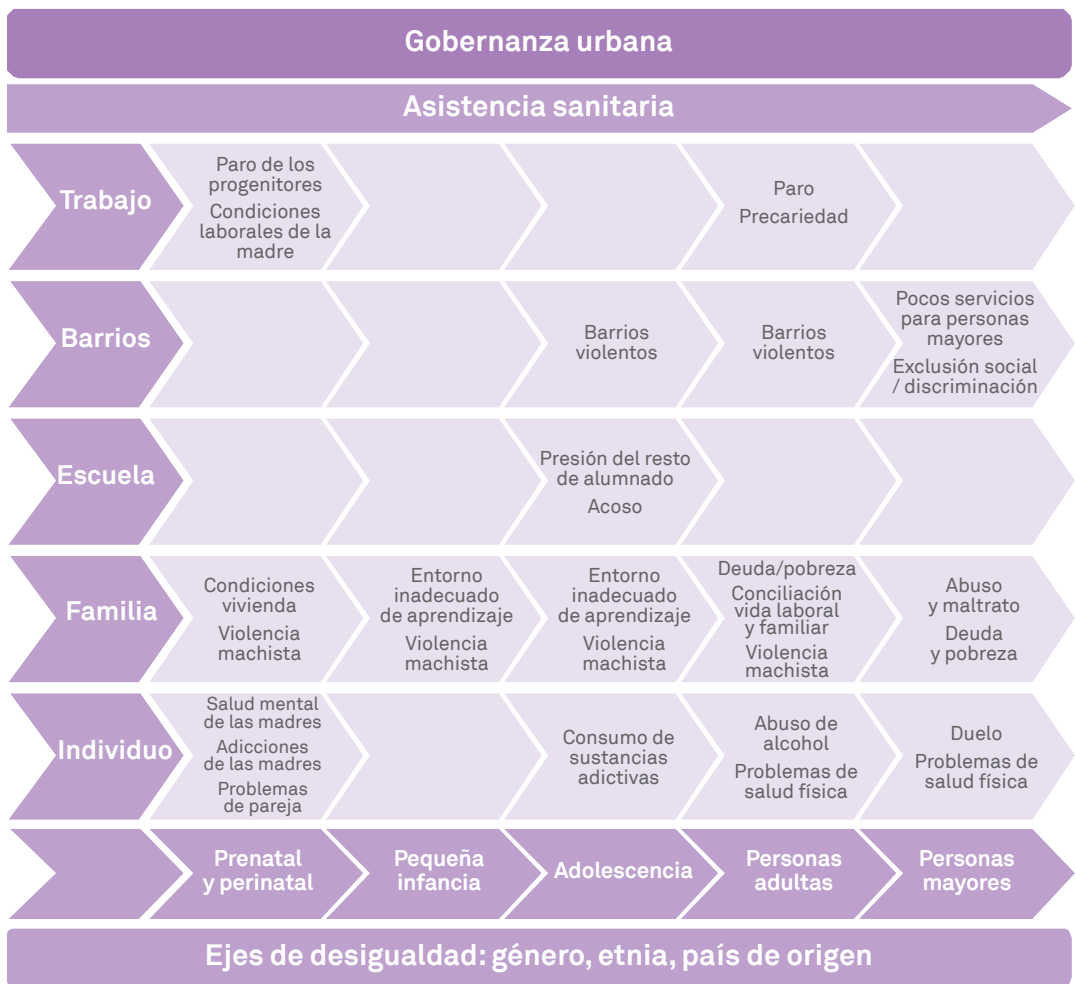
Para mejorar la salud mental de las personas es fundamental actuar sobre las condiciones de la vida cotidiana y de acuerdo con una perspectiva del ciclo de vida, empezando en la etapa prenatal y continuando con la primera infancia, la infancia posterior y la adolescencia, la edad adulta y la vejez (Kieling et al., 2011). La actuación a lo largo de las diversas etapas de la vida proporciona oportunidades para mejorar la salud mental de la población y reducir el riesgo de sufrir trastornos mentales asociados a las desigualdades. Las intervenciones deben ser universales, dirigidas a toda la sociedad, pero de acuerdo con las necesidades existentes. También tienen que formar parte de todos los niveles de gobernanza y en diferentes sectores. Eso significa que se tiene que intervenir en las guarderías, en primaria, en secundaria, en los ciclos formativos, en la universidad, en los puestos de trabajo y con familias para conseguir sociedades más felices (Allen et al., 2014; OMS y Fundación Calouste Gulbenkian, 2014). Se ha señalado que las intervenciones dirigidas a la infancia son las más eficientes (Kieling et al., 2011; OMS y Fundación Calouste Gulbenkian, 2014).

En este informe se presentan 1) el marco de los determinantes sociales de la salud mental basado en el marco propuesto por la OMS; 2) la evidencia sobre el impacto de la crisis en la salud mental, y 3) las actuaciones efectivas sobre los determinantes sociales que pueden prevenir los problemas de salud mental o mejorar la salud mental de la población, siguiendo la orientación de la OMS (Allen et al., 2014; OMS y Fundación Calouste Gulbenkian, 2014).

1. MARCO CONCEPTUAL

En la figura 1 se presenta un marco conceptual de los determinantes de la salud mental a lo largo del ciclo de la vida basado en el marco propuesto por la OMS (2012). El marco integra los determinantes de la salud mental a lo largo del ciclo vital, así como los ámbitos y la naturaleza de las intervenciones.

Figura 1. Determinantes sociales de la salud mental a lo largo del ciclo vital. Modificado de OMS (2012).



Una perspectiva del ciclo de vida

Para promover la salud mental se recomienda adoptar una perspectiva de ciclo de vida que identifica los determinantes de la salud mental en cada etapa de la vida y reconoce su influencia acumulada a lo largo de toda la vida de las personas, de manera que la salud mental no depende únicamente de la situación en un momento determinado sino de la exposición acumulada.

Etapa prenatal y perinatal

Aunque frecuentemente se ignoran, los periodos prenatal y perinatal son cruciales para la salud mental. La salud de las madres, sus condiciones de vida y de trabajo, así como sus hábitos relacionados con la salud, pueden afectar a la salud del feto y a su vida posterior. Por ejemplo, los hijos e hijas de padres y madres con depresión tienen más riesgo de bajo peso y de retraso del crecimiento (Marmot, Allen, Bello, Bloomer y Goldblatt, 2012).

151

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Pequeña infancia

Las condiciones de vida adversas durante la pequeña infancia están asociadas a problemas de salud mental (Currie, Dyson, Eisenstadt y Melhuish, 2013). Hay muchas pruebas que sostienen que la calidad de la crianza y las condiciones de vida de las familias afectan al desarrollo físico y emocional de los niños y niñas (Bell, Donkin y Marmot, 2013). La negligencia física y emocional, el abuso o crecer en un entorno de violencia doméstica pueden dañar el desarrollo de los niños y niñas (Fryers y Brugha, 2013). Está bien documentada la existencia de un gradiente social en las dificultades sociales y emocionales en la infancia desde edades tan tempranas como los tres años, que, por ejemplo, pueden reducirse mediante actividades de promoción de las habilidades de crianza entre los progenitores (Kelly, Sacker, Del Bono, Francesconi y Marmot, 2011).

Los niños y las niñas necesitan vivir en un entorno seguro, protector y acogedor, y por eso el papel que desarrollan los progenitores es clave. Su apoyo se considera indispensable, tanto en la fase prenatal como en el resto de las etapas de la infancia. Los déficits en lectoescritura y en la destreza numérica, o incluso la delincuencia, son, en gran parte, consecuencia de las experiencias de la primera infancia. Los comportamientos parentales hostiles o coercitivos se han relacionado con problemas de autocontrol y de agresividad en los y las menores, mientras que la calidez y la buena comunicación de los padres y madres con los hijos e hijas se ha asociado a la percepción de seguridad y confianza de estos, lo que mejora su desarrollo (Schofield et al., 2012). Las condiciones de vida en la pequeña infancia determinan la salud física, psicológica y social a lo largo de toda la vida.

En Barcelona, en los últimos años, han aumentado las visitas médicas de niños y niñas por problemas relacionados con la salud mental. Así, en la población infantil y juvenil, se ha pasado del 4,2 % de los niños y niñas y jóvenes con trastornos

graves atendidos en los servicios sanitarios en el 2005 al 9,5 % en el 2014. En total, en el 2014, fueron atendidas en los centros de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ) 10.517 personas con problemas de salud mental, 997 de las cuales fueron diagnosticadas con patologías mentales graves. Entre los problemas de salud mental en la población infantil, destaca el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), con el 16,1 % (1.691 personas atendidas), muy por encima de otros trastornos graves (Agencia de Salud Pública de Barcelona, ASPB, 2014). La mayoría de estos casos se diagnostican en la primera infancia. Sin embargo, se ha alertado del posible sobrediagnóstico del TDAH y de los efectos adversos de la medicación, que rebasan los beneficios en la mayoría de los casos (más del 80 % de los casos diagnosticados son ligeros o moderados). Además, hay una falta de estudios sobre la efectividad de los tratamientos y sus posibles efectos adversos a largo plazo. En estos casos se han recomendado intervenciones conservadoras, como las dirigidas a la mejora de las habilidades parentales, y los resultados de su efectividad son prometedores (Thomas, Mitchell y Batstra, 2013).

Infancia tardía y adolescencia

La pobreza de las familias dificulta proporcionar entornos en casa adecuados para el aprendizaje, por ejemplo, a causa de hacinamiento o de condiciones poco saludables. El acceso de los padres y madres a un empleo no solo reduce la pobreza, sino que también mejora las rutinas familiares y asegura que los niños y niñas crezcan entendiendo la función del empleo dentro de la vida adulta. Las escuelas pueden desempeñar un papel clave trabajando directamente con niños y niñas (Dear y McMichael, 2011).

El acoso en la escuela puede tener un gran impacto en la salud física, emocional y social de los y las menores. Las víctimas de acoso tienen más riesgo de sufrir problemas de sueño, enuresis, dolor abdominal, dolor de cabeza y depresión (Gini y Pozzoli, 2009). Los efectos del acoso en la salud emocional pueden persistir mucho tiempo, por ejemplo, con un riesgo superior de baja autoestima y más síntomas depresivos en la edad adulta (Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen y Rimpelä, 2000). Las víctimas de acoso tienen más probabilidad de sentirse socialmente rechazadas o aisladas y de experimentar marginación social y una posición social más desfavorecida (Brown, Birch y Kancherla, 2005).

La depresión en la adolescencia se asocia a experiencias adversas en la primera infancia (Bell, Blanchflower y Rauner, 2010; Wickrama, Conger, Lorenz y Jung, 2008). Además, la adopción de conductas de riesgo propias de la adolescencia –que incluyen el consumo de sustancias adictivas– afecta al desarrollo (Campion, Bhui y Bhugra, 2012; Casey, Jones y Hare, 2008).

Personas adultas

Para entender la salud mental entre las personas adultas es importante tener en cuenta la división sexual del trabajo y, por lo tanto, las condiciones tanto del trabajo remunerado como de las familias.

Trabajo remunerado

El paro, las malas condiciones de trabajo y el trabajo precario se relacionan con mala salud mental (Artazcoz, Benach, Borrell y Cortès, 2004, 2005; Catalano et al., 2011). La pérdida del trabajo remunerado se asocia con mal estado de salud mental, especialmente en las personas en paro de larga duración y en trabajadores y trabajadoras mayores (Nichols, Mitchell y Lindner, 2013; Urbanos-Garrido y López-Valcárcel, 2015). La estabilidad laboral, el control sobre el trabajo y las compensaciones del trabajo son factores promotores de la salud mental (Wahlbeck, Anderson, Basu, McDavid y Stuckler, 2011).

Familia

Las familias son a menudo la base del apoyo social y proporcionan entornos seguros en los que las personas crecen y viven. La pobreza, y particularmente las deudas, puede aumentar el riesgo de mala salud mental en los padres y madres e incrementa los conflictos entre las parejas, cosa que comporta riesgos también para los niños y niñas (Melzer, Fryers, Jenkins, Brugha y McWilliams, 2003).

La sobrecarga de trabajo y las dificultades para compaginar vida laboral y familiar se asocian a malestar psicológico, así como a sedentarismo y un número insuficiente de horas de sueño en las mujeres de nuestro entorno, caracterizado por un modelo de familia tradicional, sobre todo en las de clases sociales más desfavorecidas (Arcas, Novoa y Artazcoz, 2013; Artazcoz, Borrell y Benach, 2001; Artazcoz, Cortès, Puig-Barrachina, Benavides, Escribà-Agüir y Borrell, 2013). Un factor importante para la salud mental de las familias es la violencia machista, relacionada en numerosos estudios con problemas de salud mental tanto de los niños y niñas como de las mujeres (Kumar, Nizamie y Kumar, 2013).

Personas mayores

La salud mental de las personas mayores está influenciada por sus experiencias a lo largo de la vida y también por las experiencias actuales, como la jubilación, el cuidado informal de personas con dependencia o el padecimiento de trastornos crónicos que, al mismo tiempo, dependen en buena parte del contexto social y cultural. Igual que con el resto de grupos de edad, en este existe un gradiente social en la salud mental (McCrone, 2008).

Se ha documentado que los estados depresivos en los hombres se relacionan con trastornos crónicos de salud, mientras que entre las mujeres se relacionan con más frecuencia con factores sociales como la soledad (Allen et al., 2014). Las personas mayores tienen más riesgo de sufrir depresión que las más jóvenes, cosa que se asocia a experiencias propias de esta etapa de la vida, como el luto y la pérdida, la pérdida de estatus, problemas de salud físicos o un pobre apoyo social (McCrone, 2008). Además, en esta etapa de la vida muchas personas, sobre todo mujeres, se convierten en cuidadoras de familiares con problemas de salud crónicos o en situación de dependencia, cosa que puede dañar la salud mental (Carretero, Garcés, Ródenas y Sanjosé, 2009; Pinquart y Sorensen, 2006).

Personas en situación de vulnerabilidad

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables se encuentran (aunque no siempre) miembros de familias que viven en la pobreza; personas con problemas de salud crónicos; niños y niñas expuestos al maltrato o al abandono; los grupos minoritarios; las personas sometidas a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos; las homosexuales, bisexuales y transexuales; personas en prisiones, y las expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias (Herrman, Saxena y Moodie, 2005). Además, las personas con un trastorno mental presentan más riesgo de vulnerabilidad y más probabilidad de experimentar incapacidad y mortalidad prematura, estigma, discriminación, empobrecimiento y exclusión social (OMS, 2012).

La crisis económica

Numerosos estudios confirman los efectos negativos de las crisis sobre la salud mental, particularmente sobre el bienestar psicológico, la ansiedad, la depresión, el insomnio, el abuso de alcohol y los suicidios. El paro, las deudas, el trabajo precario, el aislamiento social o la incertidumbre sobre la vivienda son los principales factores de riesgo (Martin-Carrasco *et al.*, 2016). Estos efectos negativos pueden ser particularmente relevantes entre los colectivos que ya tenían una situación desfavorecida, como las personas con problemas de salud mental, los niños y niñas, las personas mayores, las personas inmigradas o las de posiciones socioeconómicas desfavorecidas (Burgard y Hawkins, 2014; Evans-Lacko, Knapp, McCrone, Thornicroft y Mojtabai, 2013; Vázquez, Vargas y Aller, 2014). Además, las medidas de austeridad y los estados de bienestar poco desarrollados aumentan los efectos negativos de las crisis económicas sobre la salud (Lundberg *et al.*, 2008; Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts y McKee, 2009). Los escasos estudios sobre políticas en relación con las crisis económicas sugieren que es importante desarrollar programas de protección social (como los programas activos de empleo, sistemas de apoyo social o programas de protección contra la incertidumbre en la vivienda) y mejorar el acceso a los servicios de salud mental, sobre todo, en el campo de la atención primaria (Martin-Carrasco *et al.*, 2016).

155

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Durante las crisis aumenta el número de personas con problemas de salud mental que no reciben un tratamiento adecuado, lo que puede relacionarse con los recortes en los servicios sanitarios y con el aumento del estigma asociado a los problemas de salud mental en tiempos de crisis (Martin-Carrasco *et al.*, 2016).

Infancia y adolescencia

Se ha señalado que en España las personas más afectadas por la crisis económica han sido los niños y niñas. Desde el 2008, han aumentado en España el riesgo de pobreza y la desigualdad económica, y más entre los niños y niñas que entre la población general. La proporción de niños y niñas en riesgo de pobreza pasó del 28,2 % al 36,3 % entre los años 2008 y 2012. Dentro de Europa, España tiene una de las proporciones más altas de niños y niñas en riesgo de pobreza. La proporción de menores que viven en hogares en que todos sus miembros están en paro pasó de un 6,5 % en el 2008 a un 13,8 % en el 2012. Las desigualdades entre los ingresos más altos y los más bajos aumentó más de un 20 %. El número de familias vulnerables con niños y niñas que pidieron a organizaciones no gubernamentales (ONG) ayuda para sus necesidades básicas se ha triplicado desde el 2007. Además, hay evidencia de peor salud general y peor salud mental en menores de familias desahuciadas (Rajmil, Artazcoz, García-Gómez, Flores, Hernández-Aguado, 2015).

Personas adultas

Entre las personas adultas, el paro, la reducción de ingresos y las deudas familiares han aumentado la incidencia de casos de trastorno ansioso depresivo y de abuso de alcohol entre las personas en paro y sus familias (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013; Jenkins *et al.*, 2008; Meltzer, Bebbington, Brugha, Farrell y Jenkins, 2013; Wahlbeck y McDaid, 2012). Por otra parte, en el contexto actual, en que el paro es muy alto, aumentan las desigualdades en el estado de salud mental entre las

personas en paro y las empleadas (Urbanos-Garrido y López-Valcárcel, 2015), ya que las empresas pueden seleccionar entre un gran número de personas a quienes están en mejores condiciones, de manera que es más difícil encontrar trabajo para los colectivos que tradicionalmente tienen dificultades de empleabilidad, como por ejemplo las personas con problemas de salud o con discapacidad.

Se ha documentado que, durante la crisis, muchas mujeres han tenido que aumentar el número de horas de trabajo remunerado, y algunas amas de casa han tenido que incorporarse al mercado laboral para aumentar los ingresos de la unidad familiar y hacer frente a sus dificultades económicas. Lógicamente, es algo que hacen en situaciones de vulnerabilidad económica, que, a menudo, las obliga a aceptar duras condiciones de empleo, mientras siguen siendo las responsables del trabajo doméstico y familiar que, en nuestro entorno, tienen que afrontar con pocos servicios o ayudas públicas y con escasa implicación de los hombres, aunque estén en paro (Artazcoz *et al.*, 2014). Por otra parte, con la crisis económica ha aumentado mucho el trabajo a tiempo parcial involuntario, cosa que supone no solo una reducción de los ingresos sino también, particularmente en los países continentales y del sur de Europa, condiciones de trabajo precarias (Horemans y Marx, 2013).

Además, con la crisis económica actual también la compaginación de la vida laboral y familiar se ha asociado con problemas de salud mental en hombres en países con modelos de familia tradicional, a causa de su rol tradicional como proveedores económicos principales del hogar en un contexto de dificultades económicas (Arcas *et al.*, 2013; Artazcoz, Cortès, Puig-Barrachina, Benavides, Escribà-Agüir y Borrell, 2013).

Los desahucios se han convertido en un problema de salud pública (Bennett, Scharoun-Lee y Tucker-Seeley, 2009). Dos estudios realizados en nuestro medio analizan la salud de personas con problemas de acceso a la vivienda atendidas por Cáritas (Novoa *et al.*, 2015) o por la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (Vázquez *et al.*, *Journal of Urban Health*, en prensa) y ponen en evidencia que estas poblaciones tienen una prevalencia de mala salud mental entre 6 y 9 veces más alta que la población general.

Durante las crisis económicas suele disminuir el consumo global de alcohol a causa de las dificultades económicas. No obstante, aumenta entre los colectivos más afectados por la crisis. Los factores de riesgo del consumo abusivo de alcohol durante las crisis son 1) la duración del paro y la gravedad de la situación económica; 2) problemas previos con el alcohol; 3) la calidad de las relaciones sociales y familiares; 4) los colectivos en situación desfavorecida, y 5) ser hombre, ya que los hombres presentan más riesgo de incrementar el consumo de alcohol durante las recesiones (Martín-Carrasco *et al.*, 2016).

Personas mayores

Muchas personas mayores acogen a sus hijos e hijas que han perdido la vivienda donde vivían, con unas pensiones modestas, cosa que puede tener un impacto negativo sobre su estado de salud mental. Además, es probable que aumenten los casos de maltrato económico de las personas mayores (Fealy, Donnelly, Bergin, Treacy y Phelan, 2012).

2. PRINCIPIOS DE LAS INTERVENCIONES DE ÁMBITO LOCAL

En esta sección se presentan los principios de las intervenciones para promover la salud mental y reducir los trastornos y las desigualdades en la salud mental de acuerdo con las propuestas de la OMS (Allen et al., 2014).

Universalismo proporcional

Un principio clave es el universalismo proporcional. Centrarse únicamente en los colectivos más vulnerables o más desfavorecidos no es suficiente para reducir las desigualdades en la salud mental. Sin embargo, las intervenciones deben ser proporcionales al grado de desventaja.

Intervenciones en varios sectores

Los determinantes de la salud mental operan en diferentes niveles que incluyen el individuo, la familia, la comunidad y los determinantes estructurales relacionados con las políticas. Por lo tanto, un abordaje basado en los determinantes de la salud significa intervenir en varios sectores, como la enseñanza, la sanidad, la vivienda o el empleo. Eso requiere de la participación de varias administraciones públicas, entidades, servicios sociales, voluntariado o el sector privado.

Perspectiva del ciclo de vida

La adopción de una perspectiva de ciclo de vida implica el reconocimiento de que en cada etapa de la vida la salud mental viene determinada por factores propios de las diversas etapas de la vida y de que la salud mental es el resultado de las experiencias de toda la vida. Por lo tanto, las intervenciones tienen que ser apropiadas para las diferentes etapas de la vida. Por ejemplo, durante la infancia son pertinentes las intervenciones en las familias y en las escuelas; en la vida adulta, las relacionadas con el empleo o con las familias; finalmente, a medida que la población mayor es cada vez más numerosa, las intervenciones en edades avanzadas son cada vez más necesarias.

Intervenciones desde el inicio de la vida

Como parte de la perspectiva del ciclo de vida, es particularmente importante que todos los niños y niñas tengan el mejor comienzo de vida posible. Estas intervenciones incluyen el apoyo a padres y madres, ayudándolos, por ejemplo, a tener unos ingresos adecuados.

Salud física y mental

Los determinantes sociales de la salud influyen sobre la salud física y mental. La salud física determina la salud mental, por lo que la promoción de la salud mental debe tener en cuenta también la de la salud física.

Evitar centrarse solo en el corto plazo

Un abordaje de promoción de la salud mental centrado en sus determinantes sociales, incluyendo una perspectiva del ciclo de vida, requiere estrategias orientadas al largo plazo y políticas sostenibles.

Equidad en salud mental en todas las políticas

La reducción de las desigualdades en la salud mental implica la acción global de gobierno, así como la de los diversos sectores. Por lo tanto, es importante que las decisiones políticas que se toman en todos los sectores aseguren que sus programas y estrategias no dañan y que potencialmente pueden reducir las desigualdades en la salud mental. Los instrumentos existentes para evaluar el impacto de las políticas en relación con la salud física tendrían que adaptarse para incluir la equidad en la salud mental.

Conocimiento local para la acción

Con el fin de implementar intervenciones para promover, prevenir y mejorar los problemas de salud mental en el ámbito local es necesario desarrollar sistemas de información que incluyan lo siguiente:

- Información sobre la prevalencia y la distribución de los problemas de salud mental de ámbito local.
- Información sobre el número de personas con problemas de salud mental que no tienen acceso a tratamientos adecuados.
- Información sobre los factores sociales, económicos y ambientales relacionados con la salud mental. Esta información se puede obtener mediante la participación comunitaria, preguntando a personas clave de la comunidad. Los procesos participativos locales contribuyen a identificar soluciones y a implementar las intervenciones.
- Conocimiento de los activos y de los recursos locales, incluyendo los factores sociales, económicos y ambientales que pueden contribuir a mejorar la salud mental.
- Conocimiento triangulado sobre activos y recursos locales con conocimiento sobre intervenciones efectivas basadas en la evidencia.
- Evaluación del impacto potencial de las diversas iniciativas locales en la equidad en la salud mental (el impacto que pueden tener en los diversos grupos).
- Sinergias entre las intervenciones: información sobre cómo la salud mental y su distribución está influenciada por intervenciones para mejorar aspectos locales como los servicios de enseñanza, los servicios sanitarios, la vivienda, el urbanismo, el entorno natural, el transporte, las iniciativas para generar oportunidades de ingresos y el desarrollo comunitario.

3. ABORDAJE MULTINIVEL

Las políticas para abordar la salud mental tienen que adoptar un marco multinivel que incluya varios ámbitos que influyen sobre la salud mental y ofrecen oportunidades para la prevención y la promoción de la salud mental.

- Medidas globales.
- Ciclo de vida: periodos prenatal y perinatal, infancia y adolescencia, edad adulta en el ámbito del trabajo remunerado y la familia, y vejez (personas mayores). En todas las etapas es necesaria también una perspectiva de género.
- Familias: conductas y actitudes de los padres y madres, condiciones materiales (ingresos, acceso a los recursos, alimentación, higiene, vivienda o empleo, entre otras), condiciones de empleo y de trabajo, paro, salud física y mental de los padres y madres, embarazo y cuidado maternal, apoyo social, etcétera.
- Comunidad: confianza y seguridad en los barrios, participación comunitaria, delincuencia y violencia, entorno natural y construido, pobreza de los barrios, etcétera.
- Servicios locales: asistencia sanitaria y educación en la primera infancia, escuelas, servicios para adolescentes y jóvenes, servicios sanitarios y sociales, calidad del agua y del medio ambiente, etcétera.
- Factores de ámbito nacional: reducción de la pobreza, de la desigualdad y de la discriminación, derechos humanos, políticas que garanticen el acceso a la sanidad, la educación, el empleo y la vivienda de calidad, etcétera.

4. INTERVENCIONES EFECTIVAS DE ÁMBITO LOCAL

Bienestar social

Hay una estrecha relación entre la pobreza y la salud mental. Por lo tanto, es necesario mejorar los sistemas de protección social para afrontar los efectos de una recesión de larga duración. Además, las medidas tienen que responder a las diversas necesidades del ciclo vital. Es importante ofrecer apoyo social y servicios de asesoramiento para las personas con graves problemas económicos, como las que se han quedado en paro o tienen importantes deudas familiares (Uutela, 2010).

Apoyo económico

Las medidas de apoyo económico pueden ser efectivas contra la precariedad y la exclusión social. Contribuyen a la resiliencia de las familias contra la caída de los ingresos y las deudas, cosa que está relacionada con la salud mental. Tiene que darse especial prioridad a la incertidumbre sobre la vivienda y la educación de los hijos e hijas. Además, se aconsejan medidas activas, como las destinadas a conseguir trabajo o promover la familia, por encima de políticas basadas exclusivamente en los subsidios (Diamond y Lodge, n.d.; Martín-Carrasco *et al.*, 2016).

Medidas contra el paro y la precariedad laboral

Incertidumbre sobre la vivienda

Tienen que ponerse en marcha medidas contra las ejecuciones hipotecarias. En situaciones de emergencia, en el caso de personas que ya han perdido la vivienda, es importante que las administraciones públicas y las ONG colaboren para proporcionar viviendas transitorias y evitar que las personas vivan sin techo. Además, también deben impulsarse programas para evitar que las personas se vean obligadas a dejar sus viviendas y tengan que ir a vivir con familiares o amistades (Phua, 2011).

Reducción de las desigualdades

Promoción de la salud mental y de la atención a los problemas de salud mental

Mejora de la atención a los problemas de salud mental

La mayoría de los países europeos han reestructurado los sistemas de asistencia psiquiátrica, pasando de sistemas institucionalizados dirigidos a personas con trastornos mentales graves hacia la atención médica y psicológica a toda la población (Novella, 2010). Sin embargo, la asistencia sanitaria de los problemas de salud mental tiene graves limitaciones en casi todos los países. Se ha señalado que, en general, los recursos son insuficientes e ineficientes, y que los gobiernos invierten menos de lo necesario. Además, hay desigualdades en

el acceso (Martin-Carrasco *et al.*, 2016). En una revisión reciente, la Asociación Europea de Psiquiatría (AEP) recomienda: 1) continuar con la creación de una red de servicios psiquiátricos comunitarios; 2) aumentar, o al menos no disminuir, la cobertura de los servicios de salud mental; 3) promover la cooperación y la coordinación con los servicios sociales, sobre todo con los que prestan atención a las personas afectadas por la crisis; 4) abordar el estigma asociado a los problemas de salud mental, y 5) establecer una cartera de servicios y de programas basada en la evidencia (Martin-Carrasco *et al.*, 2016).

Mejora de la coordinación entre la atención primaria y la especializada

En el contexto de crisis económica, se recomienda disponer de 1) programas para prevenir las ideas y conductas suicidas; 2) apoyo grupal para las personas en paro o con deudas graves para promover la salud mental y aumentar la inserción laboral; 3) intervenciones breves para personas con consumo abusivo de alcohol, y 4) programas para los problemas de salud mental comunes como la ansiedad y la depresión (Martin-Carrasco *et al.*, 2016).

Impulso de la promoción de la salud mental y la prevención de las enfermedades

Hay una creciente evidencia de la efectividad clínica de la psiquiatría preventiva (prevención de problemas de salud mental y promoción de la salud mental), particularmente en niños y niñas y adolescentes (Jané-Llopis, Barry, Hosman y Patel, 2005; Min, Lee y Lee, 2013). Incluso en la crisis actual, también la prevención secundaria y terciaria pueden ser efectivas. Debería aplicarse tanto en la atención primaria como en los servicios especializados que han sufrido recortes importantes con la crisis (Martin-Carrasco *et al.*, 2016). Además, también hay evidencia de que este abordaje es eficiente (Bawaskar, 2006; Schomerus, Matschinger y Angermeyer, 2006).

Estrategias de comunicación adecuadas

Es importante que la salud mental esté en la agenda política para abordar la crisis. También lo es definir políticas apoyadas por organizaciones internacionales sin conflicto de intereses que pueden existir en el ámbito nacional. Igualmente, es necesaria una colaboración entre representantes de los medios de comunicación y personas expertas en salud mental para elaborar directrices con el objetivo de prevenir suicidios relacionados con noticias aparecidas en los medios de comunicación durante épocas de dificultades económicas (Solberg, Tomasson, Aasland y Tyssen, 2014). Finalmente, se tendrían que impulsar iniciativas con los medios de comunicación para luchar contra el estigma (Bawaskar, 2006; Schomerus *et al.*, 2006).

En la tabla 1 se identifican algunas actuaciones para promover la salud mental en la infancia.

Tabla 1. Ejemplos de intervenciones para promover la salud mental en la infancia.

Infancia

Familias

- Programas de habilidades parentales
- Programas para aliviar las deudas de las familias
- Intervenciones para garantizar una vivienda digna
- Intervenciones para prevenir y tratar los problemas de salud mental de los progenitores
- Intervenciones para tratar las adicciones de los progenitores
- Violencia doméstica

Escuelas

- Intervenciones de educación emocional
- Prevención del acoso escolar
- Acompañamiento escolar a menores con problemas de aprendizaje
- Programas de promoción de hábitos saludables (tabaco, alcohol, drogas, alimentación, actividad física y salud sexual y afectiva)

Comunidad

- Violencia y delincuencia
 - Oportunidades de ocio saludable
-

En la tabla 2 se identifican algunas actuaciones para promover la salud mental en la vida adulta.

Tabla 2. Ejemplos de intervenciones para promover la salud mental en la vida adulta.

Personas adultas

Trabajo remunerado

- Inserción laboral
- Promoción del trabajo decente y prevención de la precariedad

Familias

- Programas de habilidades parentales
- Programas para aliviar las deudas de las familias
- Intervenciones para garantizar una vivienda digna
- Intervenciones para prevenir y tratar los problemas de salud mental de los progenitores
- Intervenciones para tratar las adicciones de los progenitores
- Violencia doméstica
- Compaginación de la vida laboral y familiar

Comunidad

- Oportunidades de ocio saludable
- Oportunidades de voluntariado

163

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022

Finalmente, en la tabla 3 se identifican algunas actuaciones para promover la salud mental en las personas mayores.

Tabla 3. Ejemplos de intervenciones para promover la salud mental en las personas mayores.

Personas mayores

Familias

- Deuda y pobreza
- Prevención del maltrato

Comunidad

- Prevención de la discriminación
- Reducción del aislamiento social

5. REFERENCIAS

- Agencia de Salud Pública de Barcelona (2014). “La salud en Barcelona 2014”. Barcelona: Agencia de Salud Pública de Barcelona. DOI: 10.1007/s13398-014-0173-7.2
- Allen, J., Balfour, R., Bell, R. y Marmot, M. (2014). “Social determinants of mental health”. *International Review of Psychiatry*, 26(4), 392–407. DOI: 10.3109/09540261.2014.928270
- Arcas, M. M., Novoa, A. M. y Artazcoz, L. (2013). “Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers”. *European Journal of Public Health*, 23(5), 883–8. DOI: 10.1093/eurpub/cks095
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. y Cortès, I. (2004). “Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class”. *American Journal of Public Health*, 94, 82–88.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C. y Cortès, I. (2005). “Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 761–767. DOI: 10.1136/jech.2004.028704
- Artazcoz, L., Cortès, I., Puig-Barrachina, V., Benavides, F., Escribà-Agüir, V. y Borrell, C. (2014). “Combining employment and family in Europe: the role of family policies in health”. *European Journal of Public Health*, 24, 649–655.
- Artazcoz, L., Borrell, C., Benach, J. (2001). “Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands”. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55, 639–647.
- Artazcoz, L., Cortès, I., Puig-Barrachina, V., Benavides, FG, Escribà-Agüir, Borrell, C. (2013). “Combining employment and family in Europe: The role of family policies in health”. *European Journal of Public Health*.
- Bawaskar, H. (2006). “The many stigmas of mental illness”. *Lancet*. DOI: 10.1016/S0140-6736(06)68610-8
- Bell, D. N., Blanchflower, D. y Rauner, B. (2010). *Recession and Unemployment in the OECD*. Stirling: Division of Economics, Stirling Management School, University of Stirling.
- Bell, R., Donkin, A. y Marmot, M. (2013). *Tackling Structural and Social Issues to Reduce Inequities in Children’s Outcomes in Low- to Middle-income Countries*. Florència: UNICEF Office of Research.
- Bennett, G. G., Scharoun-Lee, M. y Tucker-Seeley, R. (2009). “Will the public’s health fall victim to the home foreclosure epidemic?” *PLoS Medicine*, 6(6), e1000087. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000087

- Brown, S. L., Birch, D. A. y Kancherla, V. (2005). “Bullying perspectives: experiences, attitudes, and recommendations of 9- to 13-year-olds attending health education centers in the United States”. *Journal of School Health*, 75(10), 384–392. DOI: 10.1111/j.1746-1561.2005.00053.x
- Burgard, S. y Hawkins, J. M. (2014). “Race/Ethnicity, educational attainment, and foregone health care in the United States in the 2007-2009 recession”. *American Journal of Public Health*, 104, e134–40. DOI: 10.2105/AJPH.2013.301512
- Champion, J., Bhui, K. y Bhugra, D. (2012). “European Psychiatric Association (EPA) guidance on prevention of mental disorders”. *European Psychiatry*. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.10.004
- Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F. y Sanjosé, V. (2009). “The informal caregiver’s burden of dependent people: theory and empirical review”. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 74–9. DOI: 10.1016/j.archger.2008.05.004
- Casey, B.J., Jones, R. M. y Hare, T. a. (2008). “The adolescent brain”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111–126. DOI: 10.1196/annals.1440.010
- Catalano, R., Goldman-Mellor, S., Saxton, K., Margerison-Zilko, C., Subbaraman, M., LeWinn, K. y Anderson, E. (2011). “The health effects of economic decline”. *Annual Review of Public Health*, 32, 431–450. DOI: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101146
- Currie, C., Dyson, A., Eisenstadt, N. y Melhuish, E. (2013). *Early years , family and education task group: report European review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Dear, K. y Mcmichael, A. (2011). “The health impacts of cold homes and fuel poverty”. *BMJ*, 1–2. DOI: 10.1136/bmj.d2807
- Diamond, P. y Lodge, G. (n.d.). *European Welfare States after the Crisis. Changing public attitudes*. Londres: IPPR.
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G. y Mojtabai, R. (2013). “The Mental Health Consequences of the Recession: Economic Hardship and Employment of People with Mental Health Problems in 27 European Countries”. *PLoS ONE*, 8. DOI: 10.1371/journal.pone.0069792
- Fealy, G., Donnelly, N., Bergin, A., Treacy, M. y Phelan, A. (2012). *Financial abuse of older people: A review*. Dublín: NCPOP, University College Dublin.
- Fryers, T. y Brugha, T. (2013). “Childhood Determinants of Adult Psychiatric Disorder”. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 1–50. DOI: 10.2174/1745017901309010001

- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2013). “The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010”. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–8. DOI: 10.1093/eurpub/cks035
- Gini, G. y Pozzoli, T. (2009). “Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis”. *Pediatrics*, 123(3), 1059–1065. DOI: 10.1542/peds.2008-1215
- Herrman, H., Saxena, S. y Moodie, R. (2005). *Promoting Mental Health. Concepts. Emerging evidence. Practice*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Horemans, J. y Marx, I. (2013). *In-work poverty in times of crisis: do part-timers fare worse?* Anvers: Herman Deleeck Centre for Social Policy, University of Antwerp.
- Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. y Patel, V. (2005). “Mental health promotion works: a review”. *Promotion & Education*, Suppl 2, 9–25, 61, 67. DOI: 10.1177/10253823050120020103x
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Coid, J., Meltzer, H. (2008). “Debt, income and mental disorder in the general population”. *Psychological Medicine*, 38(10), 1485–93. DOI: 10.1017/S0033291707002516
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. y Rimpelä, A. (2000). “Bullying at school - an indicator of adolescents at risk for mental disorders”. *Journal of Adolescence*, 23, 661–674. DOI: 10.1006/jado.2000.0351
- Kelly, Y., Sacker, a, Del Bono, E., Francesconi, M. y Marmot, M. (2011). “What role for the home learning environment and parenting in reducing the socioeconomic gradient in child development? Findings from the Millennium Cohort Study”. *Archives of Disease in Childhood*, 96, 832–837. DOI: 10.1136/adc.2010.195917
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rahman, A. (2011). “Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action”. *The Lancet*, 378, 1515–25. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Ertem, I., Omigbodun, O., Rahman, A. (2011). “Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action”. *The Lancet*, 378(9801), 1515–25. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60827-1
- Kumar, A., Nizamie, S. H. y Kumar, N. (2013). “Violence against women and mental health”. *Mental Health & Prevention*, 1, 4–10.
- Lundberg, O., Yngwe, M. Å., Stjärne, M. K., Elstad, J. I., Ferrarini, T., Kangas, O., Fritzell, J. (2008). “The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study”. *The Lancet*, 372, 1633–1640. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61686-4

- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. y Goldblatt, P. (2012). “WHO European review of social determinants of health and the health divide”. *The Lancet*, 380, 1011–1029. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61228-8
- Martin-Carrasco, M., Evans-Lacko, S., Dom, G., Christodoulou, N. G., Samochowiec, J., González-Fraile, E., Wasserman, D. (2016). “EPA guidance on mental health and economic crises in Europe”. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(2), 89–124. DOI: 10.1007/s00406-016-0681-x
- McCrone, P. (2008). “Paying the price: the cost of mental health care in England to 2026”. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 184, 386–92.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M. y Jenkins, R. (2013).” The relationship between personal debt and specific common mental disorders”. *European Journal of Public Health*, 23, 108–113. DOI: 10.1093/eurpub/cks021
- Melzer, D., Fryers, T., Jenkins, R., Brugha, T. y McWilliams, B. (2003). “Social position and the common mental disorders with disability - Estimates from the national psychiatric survey of Great Britain”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 238–243. DOI: 10.1007/s00127-003-0628-1
- Min, J. A., Lee, C. U. y Lee, C. (2013). “Mental health promotion and illness prevention: A challenge for psychiatrists”. *Psychiatry Investigation*. DOI: 10.4306/pi.2013.10.4.307
- Nichols, A., Mitchell, J. y Lindner, S. (2013). *Consequences of Long-Term Unemployment* (p. 1–20). Washington: Urban Institute.
- Novella, E. J. (2010). “Mental health care in the aftermath of deinstitutionalization: A retrospective and prospective view”. *Health Care Analysis*, 18, 222–238. DOI: 10.1007/s10728-009-0138-8
- Novoa, A., Ward, J., Malmusi, D., Díaz, F., Darnell, M. y Trilla, C, Borrell, C. (2015). “How substandard dwellings and housing affordability problems are associated with poor health in a vulnerable population during the economic recession of the late 2000s”. *International Journal for Equity in Health*, 14, 1–11.
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). ¿Qué es la salud mental? Disponible a http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *Plan de acción sobre salud mental, 2013-2020*. Ginebra: Organizació Mundial de la Salut.
- Phua, K. (2011). “Can We Learn From History ? Policy Responses and Strategies to Meet Health Care Needs in Times of Severe Economic Crisis”. *The Open Public Health Journal*, 4, 1–5.

- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2006). "Gender Differences in Caregiver Stressors, Social Resources, and Health: An Updated Meta-Analysis". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 61, 33–45.
- Rajmil, L., Artazcoz, L., Garcia-Gomez, P., Flores, M. y Hernandez-Aguado, I. (2015). "Spanish children are most affected by the economic crisis, says the Spanish Society of Public Health (SESPAS)". *Bmj*, 350, h1945. DOI: 10.1136/bmj.h1945
- Schofield, T., Conger, R., Donnellan, M., Jochem, R., Widaman, K. y Conger, K. (2012). "Parent Personality and Positive Parenting as Predictors of Positive Adolescent Personality Development Over Time". *Merrill-Palmer Quarterly*, 58, 255–283. DOI: 10.1353/mpq.2012.0008
- Schomerus, G., Matschinger, H. y Angermeyer, M. C. (2006). "Preferences of the public regarding cutbacks in expenditure for patient care: Are there indications of discrimination against those with mental disorders?" *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 369–377. DOI: 10.1007/s00127-005-0029-8
- Solberg, I. B., Tomasson, K., Aasland, O. y Tyssen, R. (2014). "Cross-national comparison of job satisfaction in doctors during economic recession". *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 64, 595–600. DOI: 10.1093/occmed/kqu114
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. y McKee, M. (2009). "The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis". *The Lancet*, 374, 315–23. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)61124-7
- Thomas, R., Mitchell, G. K. y Batstra, L. (2013). "Attention-deficit/hyperactivity disorder: are we helping or harming?" *Bmj*, 347, f6172–f6172. DOI: 10.1136/bmj.f6172
- Urbanos-Garrido, R. M. y Lopez-Valcarcel, B. G. (2015). "The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain". *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 16(2), 175–84. DOI: 10.1007/s10198-014-0563-y
- Uutela, A. (2010). "Economic crisis and mental health". *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 127–130. DOI: 10.1097/YCO.0b013e328336657d
- Vázquez, M. L., Vargas, I. y Aller, M.-B. (2014). "Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014". *Gaceta Sanitaria*, 28 Suppl 1, 142–6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2014.02.012

- Wahlbeck, K., Anderson, P., Basu, S., McDaid, D. y Stuckler, D. (2011). “Impact of economic crises on mental health”. *World Health*, 34.
- Wahlbeck, K. y McDaid, D. (2012). “Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis”. *World Psychiatry*, 11, 139–145.
- Wickrama, K. a S., Conger, R. D., Lorenz, F. O. y Jung, T. (2008). “Family antecedents and consequences of trajectories of depressive symptoms from adolescence to young adulthood: a life course investigation”. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, 468–483. DOI: 10.1177/002214650804900407
- Organización Mundial de la Salud (2012). Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Background paper by WHO secretariat for the development of a comprehensive mental health action plan. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud y Fundación Calouste Gulbenkian (2014). Social determinants of mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Derechos Sociales

Plan de salud mental
de Barcelona
2016-2022



BCN

**Plan de salut mental
de Barcelona
2016-2022**