



El Derecho a la Salud Mental



Asociación Pro Derechos
Humanos de Andalucía
www.apdha.org



Federación de Asociaciones
para la Defensa de la
Sanidad Pública

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL	4
ALGUNOS DATOS	5
LA SITUACIÓN ACTUAL	6
La atención sanitaria en Salud Mental	6
La falta de profesionales	7
El consumo de psicofármacos	8
El índice de suicidios	9
La salud mental infanto juvenil	9
El Estigma	10
Salud mental en colectivos vulnerables	10
Salud mental y personas sin hogar	12
Salud mental en prisión	13
Salud mental en Residencias de personas mayores	15
NUESTRA POSICIÓN	16
NUESTRAS PROPUESTAS	18
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS	20

EL DERECHO A LA SALUD MENTAL

Es conocida nuestra firme apuesta por el derecho a una sanidad 100% pública y de calidad, un derecho universal permanentemente amenazado por conciertos y privatizaciones, y que seguiremos denunciando.

La mayor parte de los partidos políticos que concurrieron a las elecciones del 23 J priorizaban en sus programas electorales la necesidad de abordar la situación de la Salud Mental y mejorar la Atención Primaria, las grandes marginadas del sistema sanitario. Efectivamente, si hay un sector frágil dentro del derecho a la salud, ese es la salud mental. Aunque ha adquirido últimamente cierta notoriedad en los medios de comunicación y que incluso la precariedad de su situación ha llegado al Parlamento, la realidad es demoledora.



ALGUNOS DATOS

Datos que planteamos tras una búsqueda ampliamente documentada y científica, y cuyas fuentes¹ se adjuntan:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cuatro personas tendrá problemas de salud mental a lo largo de su vida.
- En España 1/10 adultos y 1/100 niños tienen un problema de salud mental.
- Las mujeres tienen casi el doble de problemas de salud mental que los hombres.
- 3/10 personas de 65 y más (sin contar las institucionalizadas) tienen deterioro cognitivo.
- 1/10 personas toma benzodiacepinas y 1/20 adultos, antidepresivos.
- 1/20 personas consultó un servicio de salud mental en el último año.
- 1/100 personas no pudo acceder a la atención médica de salud mental por motivos económicos.
- Entre el 40% y el 60% de los motivos de consulta en Atención Primaria estaban relacionados con patologías mentales. Tras la pandemia este porcentaje aumentó más de un 20%. Más de 2,1 millones de personas sufren algún cuadro depresivo y el 5% tiene diagnosticada ansiedad.
- En lo que va de año, hasta julio, se han tramitado casi 338.000 bajas de trabajadores por motivos de salud mental.
- El 82,9% de las personas con problemas graves de salud mental se encuentran en desempleo. De hecho, es el colectivo más afectado por el desempleo dentro del ámbito de la discapacidad.
- Lamentablemente, los datos evolutivos disponibles no muestran apenas cambios.

¹ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019
INE. Informe empleo personas con discapacidad. Año 2020.

LA SITUACIÓN ACTUAL

La atención sanitaria en Salud Mental

Los retrasos para conseguir cita en salud mental en Andalucía son injustificables: casi 20.000 andaluces y andaluzas (concretamente 18.622) esperan para una consulta. Los datos indican una demora media de 43,61 días desde que el Médico de Atención Primaria hace la derivación hasta la fecha de la cita en la Unidad de Salud Mental, con una gran variación en función del área geográfica, habiendo zonas con una demora de hasta 96 días.

La media de tiempo entre consultas de seguimiento es de 4 a 6 meses, extendiéndose de 6 a 9 meses según la zona.

También queremos destacar el alto porcentaje de altas en primera consulta, no sabemos si esto se debe a que no hay necesidad de tratamiento o a que no hay posibilidad material de hacerlo, priorizando así los procesos más graves, sin que ello signifique que los casos más leves no necesiten atención.

Hay un aumento de conciertos con hospitales privados para ingreso de agudos, reduciendo la atención a puro asistencialismo de corte biologicista, sin posibilidad de abordajes psicoterapéuticos reglados, tanto individuales como grupales y/o familiares

En las personas con problemas de salud mental grave (TMG) se están viendo acentuadas las desigualdades sociales, tanto por las dificultades de acceso a los recursos sociales básicos, como a los propios recursos específicos: tecnología, mayor espera en la resolución de trámites de necesidad básica, discapacidad y dependencia, listas de espera de años para los recursos de derecho (FAISEM), sin apoyos ni recursos comunitarios o sociales que garanticen su derecho a una vida digna.

La falta de profesionales

La falta de profesionales (psiquiatría, psicología clínica, enfermería especialista en salud mental, etc...) es alarmante. Si ya es complicado ver a tiempo un especialista sanitario en Andalucía, más difícil es que te pueda ver un psicólogo o psicóloga de la sanidad pública. La ratio de profesionales de la psicología en la sanidad pública en España era, de acuerdo a los últimos cifras oficiales², de 6 por cada 100.000 habitantes, tres veces menor que la media europea, de 18, según un informe del Defensor del Pueblo de España. En Andalucía la media es aún más baja, en concreto 4,7 psicólogos/as clínicos por cada 100.000 habitantes, 396 en total, con datos de 2022.

Por otro lado, solo un 30% de los y las profesionales de la psicología clínica que ejercen en España (unos 9.000) trabajan en la sanidad pública, por lo que se deduce que la salud mental está en buena parte privatizada. En 2018 en España había más de 32.000 colegiaturas profesionales de psicología, pero solo había 2.300 trabajando en la sanidad pública. La privatización incrementa la desigualdad social y perjudica a las personas y a las familias con menos recursos económicos, la atención psicológica sólo la reciben los grupos sociales que pueden pagarse una consulta privada.

En cuanto al número de psiquiatras en el sistema público andaluz de salud tampoco se alcanza la media de España, ni mucho menos la europea. Con un total de 592 profesionales en la materia, la tasa andaluza es de 7,05 por 100.000 habitantes en 2022. En España, según datos de 2019, la media es de

En Andalucía, hay casi 20,000 personas (18,622) en espera de una cita de salud mental, con una demora de 2 a 4 meses. La media de tiempo entre consultas de seguimiento es de 4 a 9 meses según la zona. Además, hay un aumento de conciertos con hospitales privados para ingreso de agudos, sin posibilidad de abordajes psicoterapéuticos reglados. Las desigualdades sociales se acentúan en personas con problemas de salud mental grave.

² <https://www.eldiario.es/andalucia/20-000-andaluces-esperan-consulta-salud-mental-demora-media-meses>

11,84. En Europa, según la media calculada con los países que presentan datos vía Eurostat, el dato es de 19,12. Por debajo de España solamente están Malta, Montenegro, Bulgaria o Turquía, según traslada la Federación de Salud Mental de Andalucía (antigua FEAFES).

También nos parece importante reivindicar otras categorías de trabajadores y trabajadoras que son indispensables para una correcta atención en salud mental: trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, profesionales técnicos de integración social, educadores y educadoras sociales, monitores y monitoras...

Es cierto, y así lo recogemos aquí, que se ha percibido últimamente un aumento de profesionales, aunque sigue siendo totalmente insuficiente. Un proceso bastante improvisado y a golpe de alarma social.

El aumento de los trastornos mentales³

En 2020, los casos de depresión grave y ansiedad se incrementaron un 28 y un 26 %, respectivamente. Las mujeres se vieron más afectadas que los hombres, y la juventud más que los grupos de mayor edad. Así concluyen las evidencias científicas en un nuevo estudio, publicado en la revista The Lancet y llevado a cabo por un equipo internacional de especialistas en salud mental. Y eso sin hacer referencia a los trastornos mentales graves, que son los que requieren una mayor atención sanitaria.

El consumo de psicofármacos

Con el aumento de cuadros por la pandemia, resultó aun más difícil conseguir cita, por lo que directamente se aumentó la dispensación de psicofármacos por parte de los profesionales de Atención Primaria, muchas veces sin una valoración adecuada del malestar emocional, precisamente por el déficit de especialistas. Son de nuevo los médicos y médicas de atención primaria los que tienen que atender este nuevo frente. Es bien sabido que España es el país que más

³ <https://www.agenciasinc.es/Noticias/La-pandemia-aumento-los-trastornos-depresivos-y-la-ansiedad-en-todo-el-mundo>

benzodicepinas consume del mundo, también entre los y las jóvenes. Según datos de la SEPD, la Sociedad Española de Patología Dual, más de 2,5 millones de personas consumen psicofármacos a diario en nuestro país. En 2021, la venta de antidepresivos y ansiolíticos creció un 6 y un 4% respectivamente.

El índice de suicidios

Los datos del estudio "Evolución del suicidio en España en este milenio (2000-2021)", realizado por la Universidad Complutense de Madrid (UCM) son alarmantes. Se afirma que los suicidios no han dejado de crecer en España desde 2018, una tendencia que se ha agudizado especialmente con la pandemia. Desde entonces han aumentado un 6,4%, marcando máximos en 2021, el último año del que se tienen datos: 4.003 suicidios.

La salud mental infanto juvenil⁴

A los males que aquejan a la atención de las personas adultas, como la escasez de recursos personales y materiales o la excesiva utilización de la farmacología en detrimento de otras formas de tratamiento psicológico tanto o más efectivas, la atención infanto-juvenil debe sumar la carencia de personal especializado y el sistemático olvido de la prevención y la intervención temprana. Nos preocupa muchísimo el elevado número de niños y niñas en tratamiento y posiblemente, un exceso de etiquetas diagnósticas en una población tan evolutiva, tan cambiante.

Sería urgente habilitar espacios específicos para una atención diferenciada en las Unidades de Salud Mental y también en las Unidades de Hospitalización, para los ingresos de pacientes de este tramo de edad. La Consejería de Salud ha llevado a cabo obras de adaptación en algunos centros, pero faltan muchos por reformar.

⁴ Libro Blanco de la Salud Mental Infanto Juvenil. Consejo General de la Psicología de España (2021).

El Estigma

Existe otra variable que nos preocupa mucho: las personas con trastorno mental siguen sufriendo problemas de exclusión de la sociedad y una gran vulnerabilidad. En la base de la vulneración de los derechos humanos de este colectivo está el estigma que sufren.

Existe una relación compleja e indivisible entre estigma, mejora de la atención socio-sanitaria y derechos humanos, por lo que resulta necesario trabajar de forma conjunta estas perspectivas. Serían necesarias campañas de sensibilización y concienciación social para erradicar los prejuicios y estereotipos que llevan al estigma de las personas con enfermedades mentales.

Quizás el hecho de que personas públicas hablen de sus síntomas y de la petición de ayuda profesional ha contribuido a normalizar entre la población la vivencia de malestares emocionales, pero creemos que no ha tenido ningún efecto sobre el estigma de las personas gravemente afectadas. Incluso no sabríamos decir en qué medida estas personas famosas que hablan de pedir ayuda profesional desde una posición de privilegio vital, ha favorecido la sensación de impotencia que tiene gran parte de la población al no poder acceder con sus recursos disponibles.

El estigma que sufren las personas con trastornos mentales genera exclusión y vulnerabilidad. Es necesario trabajar en conjunto la atención socio-sanitaria, los derechos humanos y la erradicación de prejuicios y estereotipos a través de campañas de sensibilización y concienciación social. Aunque las personas públicas que hablan de pedir ayuda profesional han normalizado la vivencia de malestares emocionales, no han logrado reducir el estigma de las personas gravemente afectadas.

Salud mental en colectivos vulnerables

Tenemos el convencimiento de que hay situaciones que no se resuelven exclusivamente con la psicoterapia ni la medicación:

Hay situaciones que no se pueden resolver solo con psicoterapia o medicación, como problemas en el trabajo, dificultades financieras, falta de acceso a vivienda digna, y la propagación del sufrimiento de generación en generación. Las mujeres son particularmente vulnerables a problemas de salud mental debido a roles de género tradicionales y violencias machistas. Algunas áreas geográficas, como la zona de la Janda y la Sierra en la provincia de Cádiz, carecen de acceso a servicios de apoyo social y sanitario, lo que dificulta el acceso a la atención y tratamiento adecuados para las personas que viven allí.

• Es muy difícil que no sintamos malestar si nuestro trabajo es precario, si no tenemos estabilidad o si las condiciones laborales nos impiden la conciliación familiar y personal. Si nos encontramos inmersos en un sistema productivo que prima la individualidad y la productividad.

• Es muy difícil que no sintamos malestar si nos cuesta mucho llegar a fin de mes o no podemos proyectar un futuro por la incertidumbre e inestabilidad del puesto de trabajo, si no podemos garantizar una vida digna a nuestros hijos e hijas, si no podemos acceder a una vivienda o ésta no reúne los requisitos más básicos.

• En cuanto a la salud mental en contextos deprimidos, sabemos que los llamados «trastornos mentales» se diagnostican más en personas en riesgo psicosocial o colectivos vulnerables (Fernández y Sánchez, 2002). En consecuencia, el malestar, el sufrimiento estará más presente en unos barrios que en otros.

• Es cierto que la seguridad económica no excluye el sufrimiento, la cuestión es que la precariedad, lo favorece. Sabemos también que el sufrimiento se propaga de generación en generación, lo que nos hace dudar de que haya soluciones a corto plazo.

• Sería importante una atención específica a las mujeres con problemas de salud mental por diversas razones:

- Las mujeres se ven afectadas en mayor medida, debido en gran parte a cuestiones como los roles masculinos y femeninos tradicionales
- Mayor prevalencia de trastornos de salud mental en mujeres que han sufrido violencias machistas
- Necesidad de apoyos específicos a mujeres con problemas de salud mental y maternidad.

Finalmente, queremos destacar el abandono que sufren algunas áreas geográficas que cuentan con poblaciones o barriadas diseminadas, alejadas de los dispositivos sanitarios y otros recursos de apoyo social. En la provincia de Cádiz, se dan los casos de la zona de la Janda y de la Sierra.

Esto hace que muchas personas usuarias no puedan acudir regularmente a los programas de día o a la Unidad de Rehabilitación, ambos del SAS. O bien a un Centro de Día de FAISEM o a los Centros Sociales de las asociaciones, en su caso. Por ello haría falta habilitar fórmulas para poder cubrir los desplazamientos de las personas usuarias que viven en lugares más aislados.

Salud mental y personas sin hogar

Muchas personas sin hogar sufren un doble estigma: el de la pobreza y el de la salud mental. Se calcula que hasta un 73% de personas que viven en la calle tienen algún diagnóstico de trastorno mental. O bien un trastorno mental grave, causa principal de la situación de sinhogarismo y que no habría sido adecuadamente tratado previamente desde los servicios sanitarios. O bien un trastorno mental de corte depresivo, ansioso o de consumo de tóxicos, derivado de las situaciones propias de vivir en la calle.

“Las personas no viven en la calle porque quieren, sino que muchas tienen historias de vida muy traumáticas que les han abocado a esta situación. Una vez en la calle, están expuestas a situaciones de violencia, de marginalidad, de prejuicios... por tanto, el trauma está muy presente. Esto hace que a menudo desarrollen problemas de salud mental y que muchas intenten huir de su situación a través de tóxicos, como el alcohol u otros”.

Yolanda Osorio, psiquiatra y coordinadora del Equipo de Salud Mental para Personas Sin Hogar del Parque Sanitario Sant Joan de Déu.

Muchas personas sin hogar sufren un doble estigma: el de la pobreza y el de la salud mental. La falta de acceso a tratamiento, inseguridad, y carencia de recursos hace que estas personas sean vulnerables y necesiten apoyo social. Muchos intentan escapar de su situación a través del consumo de tóxicos. Es importante evitar su exclusión y proporcionarles recursos, como plazas residenciales en Casas Hogar y Pisos asistidos. Actualmente, hay una lista de espera de cerca de 50 personas en la provincia de Cádiz.

En definitiva, los trastornos de salud mental, tanto de origen como sobrevenidos, se agravan en la calle debido a la sensación de inseguridad, la falta de acceso a tratamiento psiquiátrico y psicológico, la ausencia de apoyo social y la carencia de recursos económicos y de convivencia. Esto hace que estas personas sean extremadamente vulnerables, además la mayoría de ellas carecen de una red social o familiar de apoyo. Es necesario evitar su exclusión.

A modo de ejemplo, faltan plazas residenciales en Casas Hogar y Pisos asistidos gestionados por la Fundación FAISEM para personas usuarias que no cuentan con vivienda, con familia, ni medios económicos. Cerca de 50 personas están en lista de espera en la provincia de Cádiz.

Salud mental en prisión

Existe entre los ingresos en prisión un elevado porcentaje de trastornos mentales previos, en torno al 17 % de los ingresos. Incluso un 3 % tiene antecedentes previos de ingresos en centros psiquiátricos, situación que suele ser ignorada en el proceso judicial.

La realidad es que las prisiones cada día están más pobladas de internos con graves problemas de salud mental, en un medio donde la compleja organización de la vida diaria, presidida por el control y la disciplina, por las restricciones reglamentarias y la

Un porcentaje elevado de ingresos en prisión (17 %) tiene trastornos mentales previos, y algunos incluso tienen antecedentes de ingresos en centros psiquiátricos. Las prisiones están cada vez más pobladas de internos con problemas de salud mental, y la compleja organización de la vida diaria dificulta la construcción de espacios terapéuticos para su tratamiento. Las prisiones se han convertido en los sustitutos de los antiguos manicomios, lo que impide una respuesta de salud adecuada para estas personas enfermas. La necesidad de un convenio de colaboración entre Instituciones Penitenciarias y el SAS sigue siendo necesaria, ya que la atención sanitaria a las personas con problemas de salud mental en las prisiones es muy escasa y depende de la voluntariedad. La falta de continuidad en el tratamiento y el acceso a plazas residenciales aumenta la probabilidad de reincidencia. En el ámbito judicial y penitenciario, hace falta formación en materia de protección de derechos humanos y alternativas para el cumplimiento de la pena privativa de libertad para personas con trastornos mentales.

convivencia forzada, por los horarios rígidos y la monotonía, por el aislamiento emocional y la frustración, hacen muy difícil la construcción de espacios terapéuticos para el tratamiento del trastorno mental. Nos gustaría también recordar que el riesgo de suicidio en prisión es ocho veces más elevado que en la calle.

Las prisiones se han ido convirtiendo en los antiguos manicomios⁵ de la sociedad actual, lo que subvierte la naturaleza y la finalidad de las mismas, por un lado, y por otro impide una respuesta de salud para estas personas enfermas. Las personas que están en prisión forman parte de la sociedad. El éxito en su rehabilitación garantizará la reducción del riesgo de reincidencia, y su reinserción.

En la Península, existen solo dos pequeñas cárceles psiquiátricas: una en Sevilla y otra en Valencia. Estos dos centros tienen una capacidad de 50 internos, pero forman parte de un sistema imperfecto, porque están abarrotados y porque no tienen apenas personal sanitario. Hace casi una década, Instituciones Penitenciarias ya alertaba de que estos lugares se estaban convirtiendo en los sustitutos de los antiguos manicomios, prohibidos en la reforma psiquiátrica iniciada en los ochenta.

Por nuestra parte, recordamos la necesidad de que se firme un convenio de colaboración entre Instituciones Penitenciarias y el SAS, tras 20 años desde su primera firma, y sin efecto real en estas dos décadas. Ello sigue ocasionando:

- Una muy escasa atención sanitaria a las personas con problemas de salud mental que cumplen condena en las prisiones. Y es que, al no existir un protocolo de obligado cumplimiento, esta atención depende de la implicación y la voluntariedad.
- Que las personas usuarias finalicen su periodo de reclusión sin una solución de continuidad para su tratamiento por parte del SAS, ni se garantice el acceso a plazas residenciales en los casos necesarios, con lo que la probabilidad de reincidencia alcanza aproximadamente al 50% de las personas usuarias que salen en libertad.

⁵ https://www.elconfidencial.com/espana/2021-06-21/manicomio-salud-mental-carcel-siete-aguas-valencia_3121168/

- Necesidad de reforma de la resolución del SAS de traslados e ingresos hospitalarios de pacientes de salud mental, bajo el prisma de la protección de los derechos humanos

Creemos que en el ámbito judicial y penitenciario también hace falta formación a la fiscalía, judicatura, cuerpos de seguridad y turnos de oficio, en materia de protección de derechos humanos e intervenciones en situación de urgencia. También a la hora de aplicar el procedimiento necesario que evite que una persona con trastorno mental sea internada en un Centro Penitenciario, posibilitando otras alternativas para el cumplimiento de su pena privativa de libertad.

Salud mental en Residencias de personas mayores

La situación de las personas mayores en Residencias estuvo durante la pandemia de triste actualidad, nos parece una situación sobre la que aún no se ha profundizado lo suficiente, y que es necesario continuar denunciando. Una parcela importante sería la de las personas mayores afectadas por procesos de demencia y que no son atendidas correctamente, ni con los medios ni con las terapias adecuadas. Denunciamos el abandono, el hacinamiento y la vulneración de derechos de una población extremadamente frágil.

NUESTRA POSICIÓN

Pensamos que la atención a la salud mental debe ser una prioridad para toda la sociedad y garantizar la igualdad de acceso a los servicios y recursos para todas aquellas personas que los necesiten.

Es nuestra firme intención apoyar el aumento de profesionales para conseguir una situación que permita que las personas afectadas puedan tener una atención digna, en tiempo, forma y **calidad**.

Se hace necesario planificar las necesidades de personal de Psicología Clínica, Psiquiatría y Enfermería de Salud Mental, incrementando los recursos hasta alcanzar la media de los países europeos y también aumentar la oferta de formación en psicología PIR. La última oferta de plazas fue de 247, mientras que se estima que para solventar el déficit existente no deberían de bajar de 1.000. Desgraciadamente las plazas de Psicología son las que menos han crecido en estas convocatorias.

Se debe incorporar el acceso a psicología clínica en la Atención Primaria y establecer unos recursos diversificados de orientación comunitaria, integrados en la red, y que permitan el desarrollo de equipos multidisciplinares para una atención integrada e integral.

También la lucha contra el estigma, que aún perdura en la sociedad sobre las personas que necesitan tratamiento.

Sin embargo, nuestra posición quiere ir un poco más lejos, tratando de matizar algunos de los condicionantes sociales que han llevado a éste estado de MALESTAR que parece afectarnos a todos y a todas, de alguna manera.

Una sociedad que habla de salud mental pero que, en realidad, está hablando de un conjunto de conceptos entremezclados: desesperanza, cansancio, falta de expectativas, estrés...malestar.

Queremos resaltar la importancia de las condiciones materiales y estructurales como eje explicativo del sufrimiento humano. Ya la OMS (1948) utilizó el concepto salud mental para subrayar la importancia de los determinantes sociales en el sufrimiento humano (equidad social, paz, alimentación, ingresos, condiciones vitales, etc.)

Pensamos que ese malestar que nos acompaña casi permanentemente no responde necesariamente a un **trastorno** mental. Pensamos que hay una patologización excesiva del sufrimiento humano, un sufrimiento humano que la mayor parte de las veces responde a circunstancias contextuales del individuo, más que al propio individuo.

- El estrés laboral, que hace que las condiciones en las que trabajamos provoquen en nosotros y en nosotras una sensación de ansiedad.
- La precariedad en el empleo, que hace que tengamos serias dificultades económicas (con uno o varios trabajos) para llegar a fin de mes, y dificultades físicas y mentales para llegar al final del día
- El acceso a una vivienda digna, que nos impide un proceso de socialización comunitario normalizado, e incluso la vida en un entorno amigable, en barrios donde los vínculos sociales favorezcan la vida.
- Las condiciones de vida en familias vulnerabilizadas, que no reciben los acompañamientos psicosociales propios de un estado de bienestar, y en los que se confunden continuamente dificultades psicosociales con trastornos mentales, llegando a potenciarse mutuamente.
- La respuesta ante estas condiciones de vida ha recaído tradicionalmente sobre el individuo, nos da la sensación de que es el individuo el que ^{está} mal^o, no la sociedad. En consecuencia, hay que medicarlo.
- Vemos una patologización de las dificultades humanas normales, como la tristeza, la melancolía, el miedo o el duelo (Hayes et al., 2014) Es normal que nos sintamos tristes, asustados, inquietos o enfadados ante estas situaciones, siempre que no se perpetúen excesivamente en el tiempo, o que nos interfieran significativamente en nuestra vida. No nos parece necesario medicarlas siempre. Denunciamos también el tremendo negocio que hay, no solo detrás de la industria farmacéutica, sino también de la psicoterapia, los libros de autoayuda y las llamadas terapias alternativas.

La atención a la salud mental debe ser una prioridad para garantizar la igualdad de acceso a los servicios y recursos necesarios. Hace falta aumentar los recursos de forma urgente. También es importante incorporar el acceso a psicología clínica en los centros de Atención Primaria y establecer recursos diversificados de orientación comunitaria. Además, es necesario luchar contra el estigma que aún existe en la sociedad sobre las personas que necesitan tratamiento. Se destaca la importancia de las condiciones materiales y estructurales como eje explicativo del sufrimiento humano. El malestar que nos afecta no responde siempre a un trastorno mental, sino que puede deberse a circunstancias contextuales del individuo. Denunciamos la patologización excesiva del sufrimiento humano y el negocio detrás de la industria farmacéutica y otras terapias.

NUESTRAS PROPUESTAS

¿Y si la solución no fuera (sólo) aumentar la dotación de profesionales sanitarios?. Que también...

“Habría que extraer el malestar de los denominados problemas de salud mental. La salida de esta situación generalizada de desesperanza y pérdida de futuro, construida sobre un presente de precariedad y estado de catástrofe de las estructuras sociales de cuidados, no va a ser liderada por un aumento exponencial de profesionales de la psiquiatría y la psicología en los servicios sanitarios. Esto será un elemento necesario dentro del fortalecimiento de los servicios públicos, pero ésta tarea no puede recaer sobre la atención individualizada, sino que alude de forma directa a intervenciones en el ámbito del trabajo y a una ampliación de los derechos de subsistencia. Lo que nos permitiría pensar en la conquista del futuro”.

MALESTAMOS. Cuando estar mal es un problema colectivo. Padilla y Carmona, 2022

- **Frente a la concepción individualista del individuo enfermo: políticas realmente comunitarias para mejorar la salud mental**
- **Desarrollo integral (bio-psico-social-en-comunidad), sostenible, diverso, equitativo y justo, que involucre el grupo familiar y el contexto comunitario para contribuir a aliviar el sufrimiento**
- **Promoción de la salud mental en diversos ámbitos (escuela, sanidad, entornos laborales, entidades, urbanismo, consumo etc..), fuera de estrategias comerciales.**
- **Seguimiento psicosocial y acompañamiento a grupos de riesgo (mujeres embarazadas de bajo nivel socio-económico, hijos e hijas de migrantes en entornos sociales empobrecidos, familiares de hijos con alteraciones del neurodesarrollo, etc.)**
- **Programas basados en la reducción del daño en el contexto de las adicciones**
- **Agilizar la construcción de Comunidades Terapéuticas.**
- **Programas comunitarios para la reducción del estigma y la discriminación en primeros episodios psicóticos**
- **Implantación de políticas públicas para la promoción de factores de protección y el control de factores de riesgo psicosociales en infancia y adolescencia (conciliación familiar, promoción del deporte, asociacionismo infantil y**

juvenil, adicciones conductuales, control del acceso a pornografía, reducción del absentismo...), a través del enriquecimiento de oportunidades de interacción y desarrollo socio comunitario.

- Políticas laborales para facilitar la conciliación y el acceso a recursos sociales
- Programas sociales dirigidos a la integración y participación comunitaria (sentido de cohesión, evitar la soledad indeseada, polarización social, etc..) ¿Cuántos millones de euros se están destinando a la creación de nuevos fármacos y cuantos a las políticas de prevención?

Las políticas comunitarias integrales son necesarias para abordar los desafíos de la salud mental, incluyendo el desarrollo sostenible y la promoción de la salud en diversos ámbitos. Se necesitan programas y seguimiento para grupos de riesgo, reducción de daños en adicciones, construcción de comunidades terapéuticas y reducción del estigma. Las políticas públicas también deben promover factores de protección y control de factores de riesgo psicosociales en la infancia y adolescencia. Es esencial aumentar los recursos y profesionales en una red de dispositivos de salud mental comunitarios que garanticen atención integral, desde la promoción hasta la reinserción social.

- Queremos recordar aquí que no es el nuestro un planteamiento divergente, el Plan de Acción Integral de Salud Mental 2013-2030 de la OMS reconoce el papel esencial de la salud mental para lograr la salud de todas las personas. Con cuatro objetivos principales:
- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental;
- Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios;
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental, y
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

En definitiva, se requiere del aumento de recursos y de profesionales de los distintos ámbitos, integrados en una red de dispositivos de Salud Mental que tenga una orientación comunitaria, que garanticen una atención integrada e integral y que vaya desde la promoción y la prevención hasta la rehabilitación y la recuperación, teniendo como finalidad la inclusión y reinserción social.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS

- PADILLA, J. Y CARMONA, M. MALESTAMOS. Cuando estar mal es un problema colectivo. Capitán Swing libros. Madrid 2022.
- DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2012. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía.
- Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017 Serie informes monográficos. Salud Mental. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid 2019
- <https://www.eldiario.es/andalucia/20-000-andaluces-esperan-consulta-salud-mental-demora-media-meses>
- <https://www.agenciasinc.es/Noticias/La-pandemia-aumento-los-trastornos-depresivos-y-la-ansiedad-en-todo-el-mundo>
- De la Torre Luque , Alejandro. EVOLUCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA EN ESTE MILENIO (2000-2021) Universidad Complutense de Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM ISCIII)
- La Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública ante la situación de la salud mental. FADSP. Septiembre 2023.
- Libro Blanco de la Salud Mental Infanto Juvenil. Consejo General de la Psicología de España (2021)
- Yolanda Osorio, psiquiatra y coordinadora del Equipo de Salud Mental para Personas Sin Hogar del Parque Sanitario Sant Joan de Déu .<https://catalunyaplural.cat/es/muchas-personas-sin-hogar-sufren-un-doble-estigma-el-de-la-pobreza-y-el-de-la-salud-mental/>

APDHA | Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía

Dirección: C/ Blanco White 5. 41018 Sevilla
Teléfono: 954 53 62 70

www.apdha.org/cadiz



Delegación de Cádiz

EDIFICIO MUNICIPAL DORA REYES
C/Dora Reyes, 7 1ª planta CP 11009
cadiz@apdha.org - 956 228511

San Fernando

C/Real, 175 CP C.P. 11100
956 88 28 56 sanfernado@apdha.org

Chiclana

Centro Cívico El Cerrillo
Calle Ancla, s/n CP 11130
956 490196 chiclana@apdha.org

Puerto Real

C/San Alejandro, 2 1º C.P. 11500
956 47 47 60 puertoreal@apdha.org

La Janda

(Barbate, Conil, Vejer)
690 019644
lajanda@apdha.org

El Derecho a la Salud Mental

Asociación Pro Derechos Humanos de
Andalucía

Delegación de Cádiz
Edificio Municipal Dora Reyes
C/Dora Reyes, 7
CP 11009 Cádiz

www.apdha.org/cadiz
cadiz@apdha.org
956 228511

 [instagram.com/cadiz.apdha/](https://www.instagram.com/cadiz.apdha/)

 [@APDHACadiz](https://twitter.com/APDHACadiz)

 [facebook.com/Apdha.Cadiz/](https://www.facebook.com/Apdha.Cadiz/)



Asociación Pro Derechos
Humanos de Andalucía
www.apdha.org



Federación de Asociaciones
para la Defensa de la
Sanidad Pública