

Juntos por una mejor salud mental

Propuestas para una mejor atención
y un uso adecuado de los psicofármacos en España

Un informe del Comité de Expertos para la Salud Mental



Proyecto impulsado por:

farmaindustria

Innovamos para las personas

Con el apoyo de:

beBartlet
incidencia
pública

Índice

1. Resumen ejecutivo y decálogo de propuestas	5
2. Metodología	8
3. Contexto: la situación de la salud mental en España	12
3. 1. Evidencia sobre el consumo de psicofármacos	13
3. 2. Evidencia sobre la prevalencia de trastornos mentales	15
3. 3. Evidencia sobre disponibilidad de recursos humanos y económicos	18
3.4. Evidencia científica sobre el valor de los psicofármacos y la psicoterapia en el abordaje de los trastornos mentales	22
4. El componente social de la salud mental	25
4. 1. El primer obstáculo: el estigma de los trastornos mentales y de los tratamientos para la salud mental	26
4. 2. El papel de los determinantes para la detección temprana de los trastornos mentales	27
4. 3. Los retos de la salud mental desde una visión social	28
5. Identificación de factores para la correcta prescripción de tratamientos de los trastornos mentales	30
5. 1. Identificación del trastorno mental	31
5. 2. Definición de los objetivos terapéuticos	33
5. 3. Selección del tratamiento en base a la evidencia	33
5. 4. Prescripción e inicio del abordaje terapéutico	35
5. 5. Proporción de información e instrucciones al paciente y sus familiares y verificación	36
5. 6. Monitorizar respuesta y dar seguimiento al paciente	37
6. Recomendaciones para mejorar el abordaje integral de los trastornos mentales	39
7. Bibliografía	60

Carta del coordinador del Comité de Expertos para la Salud Mental

En los últimos años, **la salud mental ha dejado de ser una cuestión invisible para situarse en el centro del debate social y político**. Esta mayor visibilidad es, sin duda, positiva, pero implica también una gran responsabilidad: abordar estas cuestiones con rigor, desde la evidencia y con responsabilidad colectiva.

La elaboración de este informe ha sido posible gracias al trabajo conjunto del **Comité de Expertos para la Salud Mental**, creado con el fin de generar un **diagnóstico compartido sobre los principales retos de la atención de la salud mental en España**, con especial atención al **uso de psicofármacos**. Formado por profesionales de referencia en Atención Primaria, Psiquiatría, Psicología, Geriátrica, Pediatría, Farmacología Clínica, Enfermería, Farmacia y asociaciones de pacientes, este Comité ha permitido integrar múltiples perspectivas complementarias clínicas y asistenciales en la discusión.

He tenido el privilegio de coordinar un proceso de trabajo caracterizado por la **escucha activa, el contraste de puntos de vista y el análisis riguroso de la evidencia científica**. Las sesiones del Comité fueron espacios de deliberación abierta donde primó el compromiso colectivo por avanzar hacia soluciones realistas, aplicables y orientadas al bienestar de nuestra sociedad. Como resultado, **este informe recoge las principales conclusiones y recomendaciones consensuadas**, incorporando también las **aportaciones de agentes sociales y tercer sector** para garantizar una visión más cercana a las realidades cotidianas.

El momento actual nos brinda una oportunidad única para avanzar hacia modelos más integrados, comunitarios y basados en el conocimiento contrastado. Que hoy se hable más de salud mental es un avance, pero debe hacerse bien, con responsabilidad y alejado de todo interés que no sea el de una mejor



salud mental para las personas. Solo así podremos garantizar que las personas que necesitan tratamiento (farmacológico o no) lo reciban sin barreras como el estigma social. Esto exige también reconocer el impacto de los determinantes psicosociales, y abordarlos como estrategias que complementan, sin sustituir, una atención terapéutica eficaz.

Agradezco sinceramente a todos los miembros del Comité su compromiso, así como a Farmaindustria por facilitar este espacio de trabajo desde el respeto a la independencia profesional y múltiples perspectivas de experiencia personal. Confío en que **este informe contribuya a construir una hoja de ruta compartida, ambiciosa y viable para un mejor futuro de la salud mental en nuestro país**.

Dr. Celso Arango

Coordinador del Comité de Expertos para la Salud Mental

1

Resumen ejecutivo y decálogo de propuestas



Resumen ejecutivo y decálogo de propuestas

Tras la pandemia ocasionada por la COVID-19, **la prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado**, de acuerdo con los últimos datos del Ministerio de Sanidad (s.f). A su vez, en España se ha incrementado el consumo de algunos psicofármacos en los últimos años, según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, s.f.) y la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS, 2019).

Ante la incertidumbre de si este aumento refleja un uso adecuado a raíz del incremento de los problemas de salud mental de la población, o si pudiese haber un uso inadecuado de los mismos, **se ha generado una percepción negativa de estos medicamentos esenciales** para el abordaje de la salud mental en el debate público. A su vez, los problemas derivados de un mal uso de estos medicamentos conllevan un grave problema de salud pública que puede tener consecuencias negativas en el largo plazo.

Producto de lo anterior, la **salud mental se ha convertido en una prioridad institucional en España**: así lo demuestra el Ministerio de Sanidad a través de la creación del primer Comisionado de Salud Mental y de un Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (Comisionado de Salud Mental & Ministerio de Sanidad, 2024), los gobiernos autonómicos a través de sus planes regionales de salud mental y el Congreso de los Diputados y el Senado a través de la Subcomisión para mejorar la protección, la promoción y la atención integral de la salud mental y la Ponencia de estudio sobre la salud mental y la prevención del suicidio, ambas creadas en la XV Legislatura.

Desde Farmaindustria sabemos que la **atención farmacológica es una herramienta necesaria en la atención de los trastornos mentales y que su contexto actual plantea retos en el uso de los mismos**. Por ello, mostramos nuestro compromiso con la prevención, diagnóstico temprano y uso responsable de los medicamentos, y queremos contribuir a este debate con propuestas basadas en la evidencia científica y las mejores prácticas.

Para ello, hemos impulsado el **Comité de Expertos para la Salud Mental**, formado por expertos multidisciplinares con el fin de consensuar propuestas e inspirar políticas públicas para el abordaje integral de los trastornos mentales, promoviendo un manejo adecuado de la prescripción y del uso de los psicofármacos en España. A su vez, conscientes del rol de los agentes sociales en el cuidado de la salud mental de la población, y de la prevalencia de trastornos mentales en determinados sectores sociales, hemos promovido un diálogo con la sociedad civil organizada con el fin de incorporar su visión en el análisis y recomendaciones expuestas en el presente documento.

Este Comité reconoce la legítima preocupación social y profesional ante el riesgo de medicalización del malestar psicosocial cotidiano, y subraya la importancia de diferenciarlo de los trastornos mentales que requieren una intervención clínica específica. Un **objetivo central** de estas propuestas es, por **tanto, promover un uso adecuado de todas las herramientas terapéuticas disponibles, farmacológicas y no farmacológicas**.

Las **propuestas acordadas** se sintetizan en este decálogo:

- ➔ **Sensibilizar sobre la salud mental de forma rigurosa y precisa en el debate público**, reduciendo el estigma existente en torno a los trastornos mentales y los tratamientos para la salud mental, fomentando una visión más informada y comprensiva de los mismos.
- ➔ **Integrar el tratamiento psicofarmacológico y/o la psicoterapia en las personas con trastornos mentales en base a la evidencia científica** y garantizar que todas las opciones terapéuticas consideradas óptimas estén efectivamente disponibles y sean accesibles para los pacientes.
- ➔ **Mejorar la formación en salud mental para todos los profesionales sanitarios** que tratan directa o indirectamente con personas con trastornos mentales, diseñando programas de formación específica, independiente y actualizada sobre psicoterapia y psicofarmacología.
- ➔ **Ampliar la investigación científica (pública y privada) sobre tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos** en determinadas poblaciones y condiciones clínicas para las que la evidencia disponible es limitada, promoviendo el uso de datos de vida real.
- ➔ **Garantizar que las ratios de profesionales de Salud Mental por población** (Psiquiatría, Psiquiatría infantil y adolescente, Psicología Clínica, Enfermería de salud mental y Trabajadores Sociales con dedicación a la salud mental), **cubran las necesidades existentes**, reduciendo las labores burocráticas y priorizando su labor asistencial.
- ➔ **Desarrollar y difundir Guías de Práctica Clínica** para trastornos mentales a nivel nacional, implicando a las autoridades sanitarias y reguladoras, con participación multidisciplinar, basadas en la mejor evidencia científica disponible para ofrecer recomendaciones claras.
- ➔ **Mejorar la coordinación de todos los profesionales implicados en el diagnóstico y la atención de personas con trastornos mentales**, fomentando el concepto de «asistencia compartida» entre la Atención Primaria, Comunitaria y Hospitalaria.
- ➔ **Promover un modelo de toma de decisiones compartidas**, favoreciendo la **corresponsabilidad médico-paciente**, garantizando una comunicación efectiva y adaptada, continua, clara y bidireccional entre ambos.
- ➔ **Garantizar que los tratamientos prescritos y el plan de seguimiento forman parte de un plan terapéutico único** consensuado con el paciente, coordinado y adaptado a sus necesidades, y que permita valorar su evolución y la consecución de los objetivos terapéuticos previamente definidos.
- ➔ **Implementar un sistema estructurado de seguimiento para la evaluación continua de la respuesta clínica al tratamiento y el cumplimiento terapéutico**, valorando la necesidad de continuar el tratamiento prescrito o, en su caso, la necesidad de ajustarlo o interrumpirlo de forma segura.
- ➔ **Mejorar los sistemas de información**, estableciendo indicadores básicos comunes y empleando herramientas digitales para la recopilación de información sobre el uso de psicofármacos, atendiendo no solo a la cantidad de psicofármacos consumidos, sino también a la calidad o adecuación de los usos.

2

Metodología



Metodología

Para la elaboración del presente informe, se constituyó un Comité de Expertos para la Salud Mental coordinado por el Dr. Celso Arango, psiquiatra; Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Este Comité está compuesto por profesionales de múltiples especialidades —Atención Primaria, Psiquiatría, Geriátrica, Pediatría, Farmacología Clínica, Psicología, Enfermería, Farmacia, y asociaciones de pacientes—, cuya composición se detalla a continuación:



Coordinación del proyecto:

Arantxa Sancho, directora Departamento Médico-Científico Farmaindustria.



Composición del Grupo de Expertos para la Salud Mental:

Dr. Celso Arango, psiquiatra. Director del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental y Jefe del Servicio de Psiquiatría del Niño y Adolescente del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Coordinador del Comité.

Dra. Paula Armero, pediatra. Fundación Vianorte-Laguna; coordinadora del Comité de Salud Mental de la Asociación Española de Pediatría.

Fernando Chacón, psicólogo. Catedrático de Psicología Social y vocal del Consejo General de la Psicología de España.

Dra. Marina Díaz, psiquiatra. Jefa de Unidad de TCA en Hospital Clínico San Carlos; Jefa de Hospitales de Día de TCA, TP, Psicosis y Trastorno Mental Grave; presidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Carina Escobar, presidenta de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes.

Tamara Peiró, farmacéutica; responsable del Área Asistencial del Consejo General de Colegios Farmacéuticos.

Beatriz Salazar, farmacéutica especialista de Área en Farmacia Hospitalaria en el Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol; Certificada en Farmacia Psiquiátrica (Board Certified Psychiatry Pharmacist) por el Board of Pharmacy Specialties, American Pharmacists Association; coordinadora del grupo de trabajo de Farmacia Neuropsiquiátrica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Dr. Manuel Sánchez, psiquiatra. Especializado en la salud mental de los mayores y psicogeriatría; presidente de la Sociedad Española de la Psicogeriatría.

Dra. Caridad Pontes, especialista en farmacología clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau / Universitat Autònoma de Barcelona.

Dra. Beatriz Vielba, médico de familia del Centro de Salud La Victoria de Valladolid; coordinadora del grupo de trabajo de salud mental de la Sociedad Española de Médicos Generales de Familia*.

Dr. Eduard Vieta, psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Clínic de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Paula Zurrón, enfermera. Doctora por la Universidad de Oviedo. Especialista en salud mental del Centro de Salud Mental la Corredoria de Oviedo. Investigadora en el Grupo de Investigación de Psiquiatría del Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA).

**Acudieron en representación de Beatriz Vielba en la sesión 1 y 2:*

Rafael Ángel Castro Jiménez, director UGC del Servicio Andaluz de Salud; vicepresidente de la Sociedad Española de Médicos Generales de Familia de Andalucía; miembro del grupo de trabajo de salud mental de la Sociedad Española de Médicos Generales de Familia.

Lorenzo Armenteros Del Olmo, médico del Área de Medicina Familiar y Comunitaria en el Servicio Galego de Saúde; miembro del grupo de trabajo de salud mental de la Sociedad Española de Médicos Generales de Familia.



Participantes de la sesión junto a agentes sociales:

Miguel Ángel Alfaro, vocal del Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid.

Mireya Diouri, Project Manager de Talento para el futuro.

Antonio Espino, miembro de la Comisión de Sanidad y Coordinación Sociosanitaria de la Plataforma de Mayores y Pensionistas.

José Manuel Freire, presidente de la Comisión de Sanidad y Coordinación Sociosanitaria de la Plataforma de Mayores y Pensionistas.

Javier Luengo, director general de Plena Inclusión.

Helena de Carlos Muñoz, directora de Comunicación y RRH de la Fundación Manantial.

Ruth Vidriales, directora técnica de la Federación Autismo España.

El proceso de trabajo del Comité se estructuró mediante una serie de reuniones deliberativas diseñadas para abordar aspectos clave de la salud mental y el uso de los psicofármacos. Se celebraron tres sesiones:



Primera sesión

(22 de enero de 2025):

Centrada en el análisis de los retos y oportunidades existentes en el proceso asistencial de los trastornos mentales.



Segunda sesión

(27 de febrero de 2025):

Enfocada en la prescripción y el buen uso de los psicofármacos como herramienta terapéutica frente a los trastornos mentales.



Tercera sesión

(17 de marzo de 2025):

Dedicada al debate, la consolidación y el consenso de las conclusiones y recomendaciones fundamentales para fomentar un uso adecuado de los psicofármacos y promover un abordaje integral de la salud mental en España.



Cuarta sesión

(27 de mayo de 2025):

Dirigida a incorporar la perspectiva de la sociedad civil organizada sobre el abordaje de la salud mental en el informe de recomendaciones, implicando a agentes sociales.

Las **recomendaciones** presentadas en el apartado final de este documento son el **resultado del consenso alcanzado por los miembros del Comité de Expertos** tras las discusiones mantenidas, junto a las aportaciones de los agentes sociales previamente mencionados. Como parte de este proceso de consenso, el Comité también realizó una labor de priorización, cuyo resultado es el decálogo incluido en el apartado precedente.

Farmaindustria ha facilitado la constitución y el funcionamiento de este Comité con el compromiso de respetar la independencia de criterio de sus miembros. Las conclusiones y recomendaciones aquí expuestas son fruto del consenso de los expertos participantes, basadas en la evidencia científica disponible y su experiencia clínica, buscando una perspectiva equilibrada y orientada a la mejora del sistema sanitario y el bienestar de los pacientes.

El conjunto de recomendaciones presentadas en este informe configura un marco amplio para la acción. El Comité de Expertos subraya que la implementación efectiva de estas medidas requerirá una fase subsiguiente de priorización, basada en criterios de urgencia, factibilidad e impacto potencial. Dicha priorización deberá conducir al desarrollo de una hoja de ruta detallada, con la asignación de responsabilidades, plazos concretos y la definición de indicadores clave que permitan el seguimiento y la evaluación continua de los avances.

Finalmente, cabe destacar que todos los representantes integrantes del Comité de Expertos participaron de manera activa y colaborativa en la revisión final del presente documento, asegurando así la validez y representatividad de su contenido.

3

Contexto: la situación de la salud mental en España



3. 1. Evidencia sobre el consumo de psicofármacos

En España existe un **incremento sostenido** en el **consumo de algunos psicofármacos**, según evidencian datos del Observatorio del Uso de Medicamentos publicados por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, 2025, (AEMPS, 2025).

Relativos a envases dispensados en oficina de farmacia con cargo al Sistema Nacional de Salud (SNS).

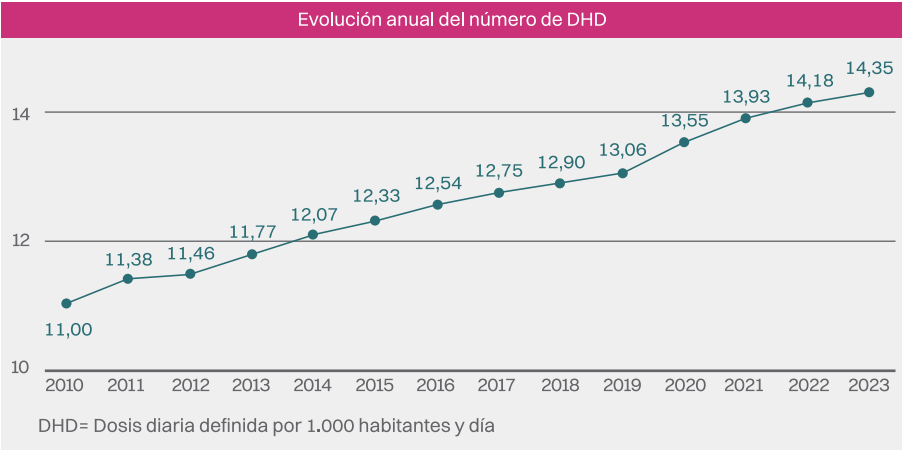
Siguiendo la DHD (dosis diaria definida por 1.000 habitantes y día), se observa un incremento entre los años 2010-2023 en los siguientes medicamentos (AEMPS, 2025):



Antipsicóticos:

DHD **11,00 en 2010** frente al **14,35 en 2023** (Figura 1)

Figura 1. Consumo de antipsicóticos (2010-2023)



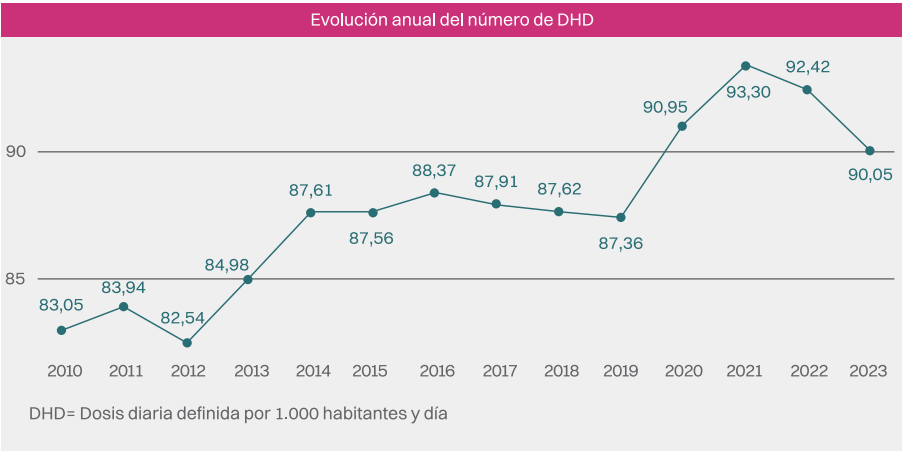
Fuente: Observatorio del uso de medicamentos. AEMPS



Ansiolíticos / sedantes:

DHD **83,05 en 2010** frente al **90,05 en 2023** (Figura 2)

Figura 2. Consumo de ansiolíticos/sedantes (2010-2023)



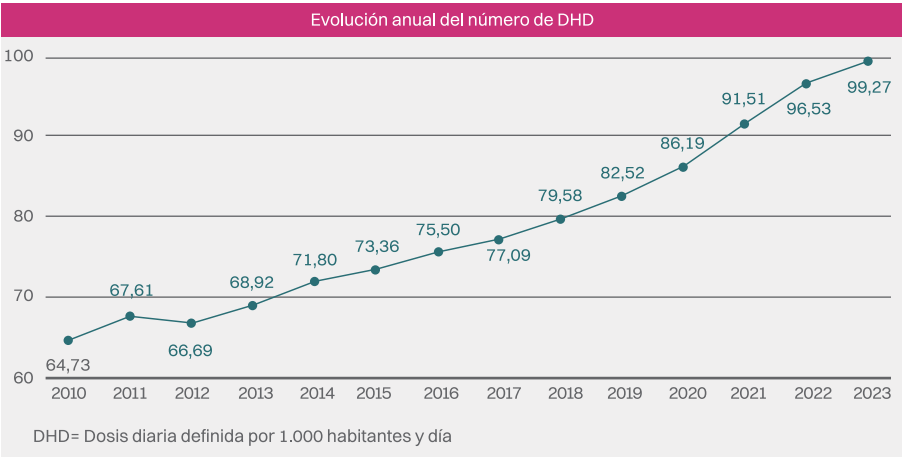
Fuente: Observatorio del uso de medicamentos. AEMPS



Antidepresivos:

DHD **64,73 en 2010**
frente al **99,27 en 2023** (Figura 3)

Figura 3. Consumo de antidepresivos (2010-2023)



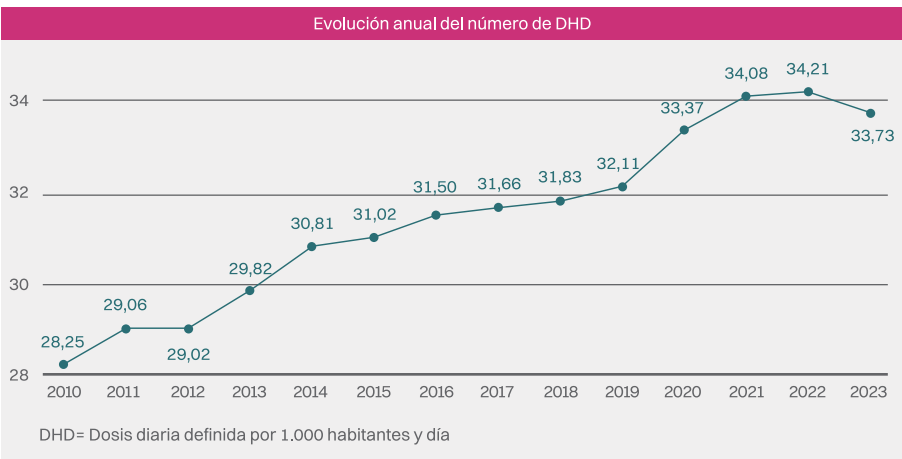
Fuente: Observatorio del uso de medicamentos. AEMPS



Hipnóticos /
sedantes:

DHD **28,25 en 2010**
frente al **33,73 en 2023** (Figura 4)

Figura 4. Consumo de hipnóticos/sedantes (2010-2023)



Fuente: Observatorio del uso de medicamentos. AEMPS



En concreto, el **consumo de antidepresivos ha crecido un 18% a nivel comunitario entre 2019 y 2022**, siendo España el tercer país con mayor consumo (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2023). Según datos de la OCDE, en 2022 se consumieron en España 98,4 dosis diarias de antidepresivos por cada 1.000 habitantes, y la media en la UE fue de 70,3. En la actualidad **no existen datos oficiales sobre la calidad del uso de los psicofármacos en España**.

El incremento del consumo de psicofármacos puede derivar de un aumento en la prevalencia de los problemas de salud mental de la población, pero sería necesario desarrollar más evidencia respecto a la calidad en la prescripción y el consumo de estos medicamentos.

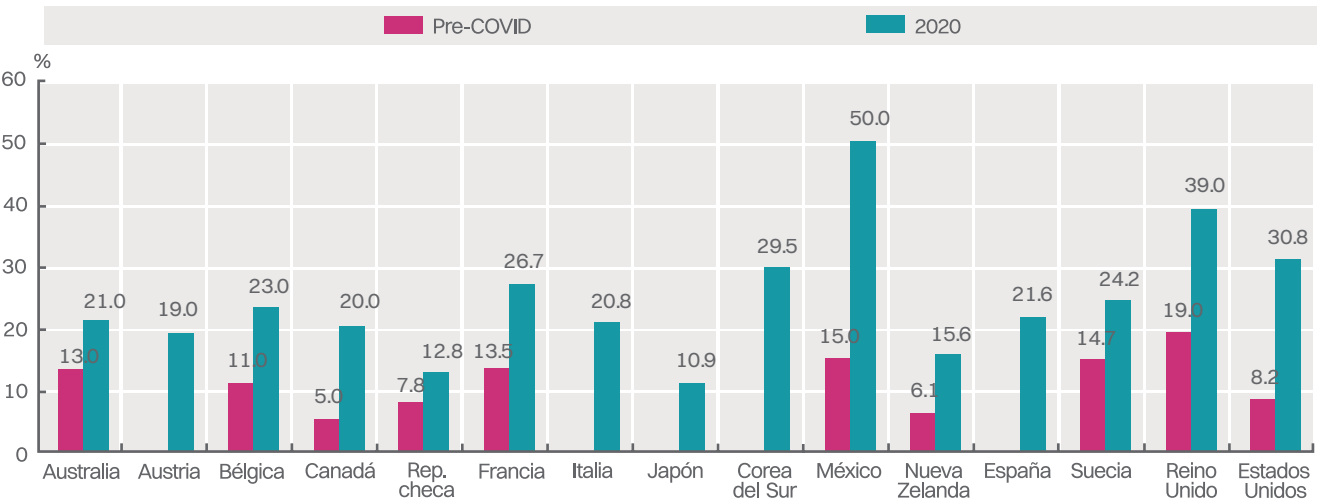
3. 2. Evidencia sobre la prevalencia de trastornos mentales

En **Europa, 1 de cada 5 personas vive con un trastorno mental** (The European House – Ambrosetti, 2021). Tras la pandemia de la COVID-19, se constató un empeoramiento de la salud mental de los europeos, tal y como constatan los datos de la OCDE (OCDE, 2021a).

En **España, la prevalencia de los trastornos mentales ha aumentado entre 2013 y 2022 (11.08% vs 17.17%)**, tal y como señalan los datos de prevalencia registrada de trastornos mentales en población general del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad, sf).

La crisis de 2008 (Medel-Herrero & Gomez-Beneyto, 2019) vino acompañada de un aumento de los trastornos mentales. De la misma manera, entre marzo y abril de 2020 (coincidiendo con el estallido de la pandemia por la COVID-19) se registró una prevalencia de trastornos de ansiedad o síntomas de ansiedad del casi el 22% (OCDE, 2021a), evidenciando la influencia del contexto socioeconómico en el aumento de la prevalencia de determinados trastornos mentales.

Figura 5. Estimaciones nacionales de prevalencia de ansiedad o síntomas de ansiedad en 2020

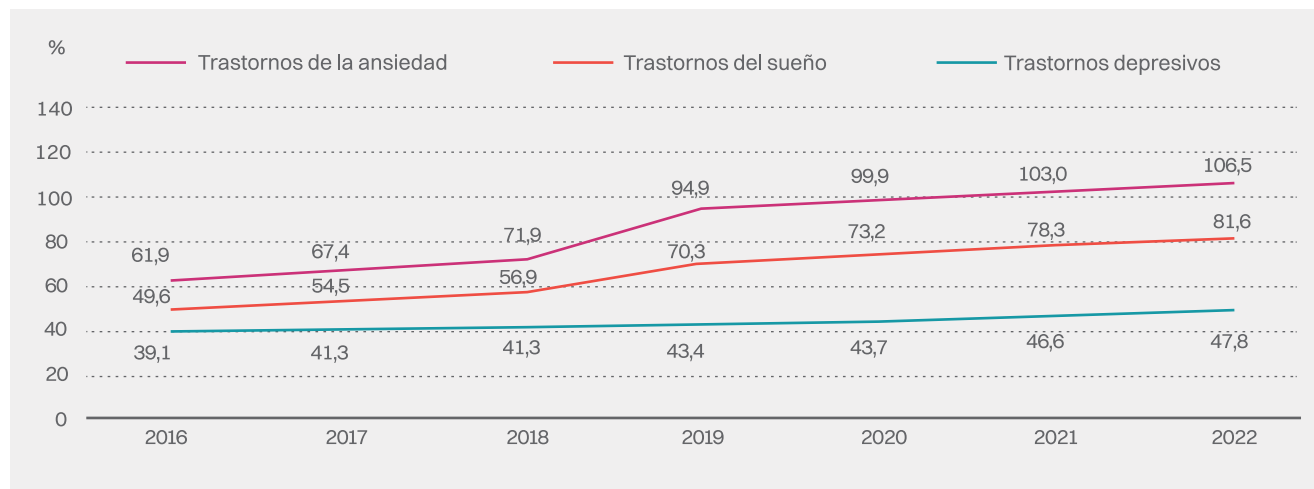


Fuente: OCDE. Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response

En 2022, el **34% de la población general española padecía algún problema de salud mental** (el 40% en la población de mayor de 50 años, y el 50% en los mayores de 85 años), siendo los más prevalentes los trastornos de **ansiedad**, los de **sueño** y los **depresivos** (Ministerio de Sanidad, 2024a).

- En concreto, los trastornos de ansiedad afectan a 10 de cada 100 personas, el doble a mujeres (14%) que a hombres (7%).
- También afectan a 3 de cada 100 menores de 25 años (Ministerio de Sanidad, 2024a). Los problemas de salud mental más frecuentemente registrados en este grupo de edad, además de los trastornos de ansiedad, son los trastornos específicos del aprendizaje y los problemas hiperkinéticos (Ministerio de Sanidad, 2024a).

Figura 6. Prevalencia registrada de los problemas de salud mental más frecuentes por 1.000 habitantes en España (2016-2022)



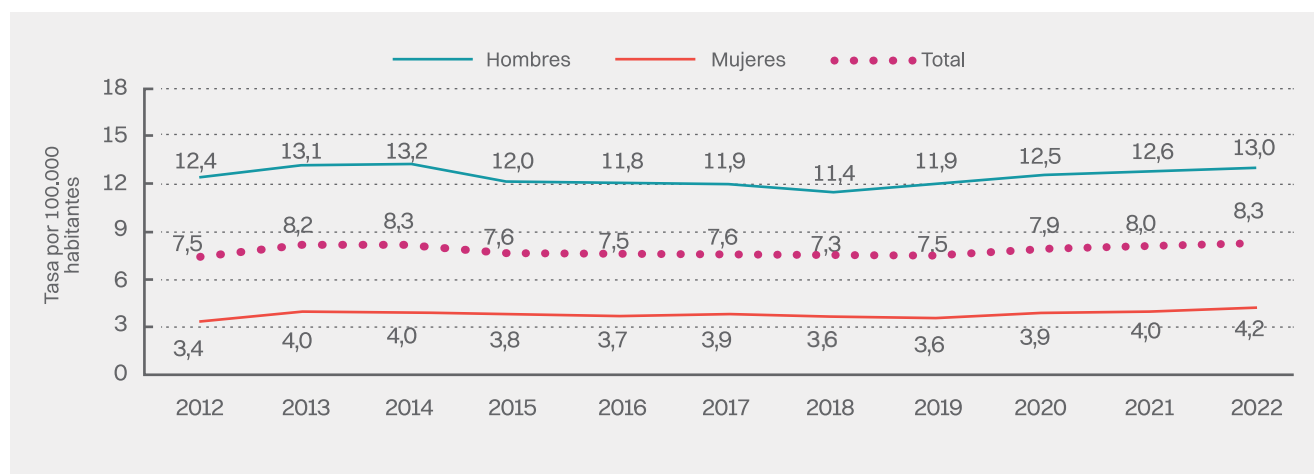
Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Los datos del Estudio HBSC 2022 (Ministerio de Sanidad, 2022b) también revela un **incremento en el malestar psicosomático entre los adolescentes**, elevándose del **27,8% en 2018 al 38,5% en 2022**. Este malestar afecta de manera desproporcionada a las chicas, con una prevalencia del 51,2% frente al 25,2% en los chicos. Además, la Encuesta sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022) muestra un incremento en el consumo de hipnosedantes entre los jóvenes

y una disminución en la edad de inicio, entre los entre los 14,0 y los 14,4 años.

No obstante, la alta prevalencia no se acompaña de un aumento acusado en la tasa de mortalidad por suicidio: **en 2013**, la incidencia fue de **8.24 suicidios por 100.000 habitantes**, mientras que los últimos datos publicados por el INE correspondientes a **2023** indican un total de **4.116 personas fallecidas por esta causa de muerte**, lo que supone una tasa de mortalidad de **8,5 por cada 100.000 habitantes**.

Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio por 100.000 habitantes, según sexo, en España (2012-2022)

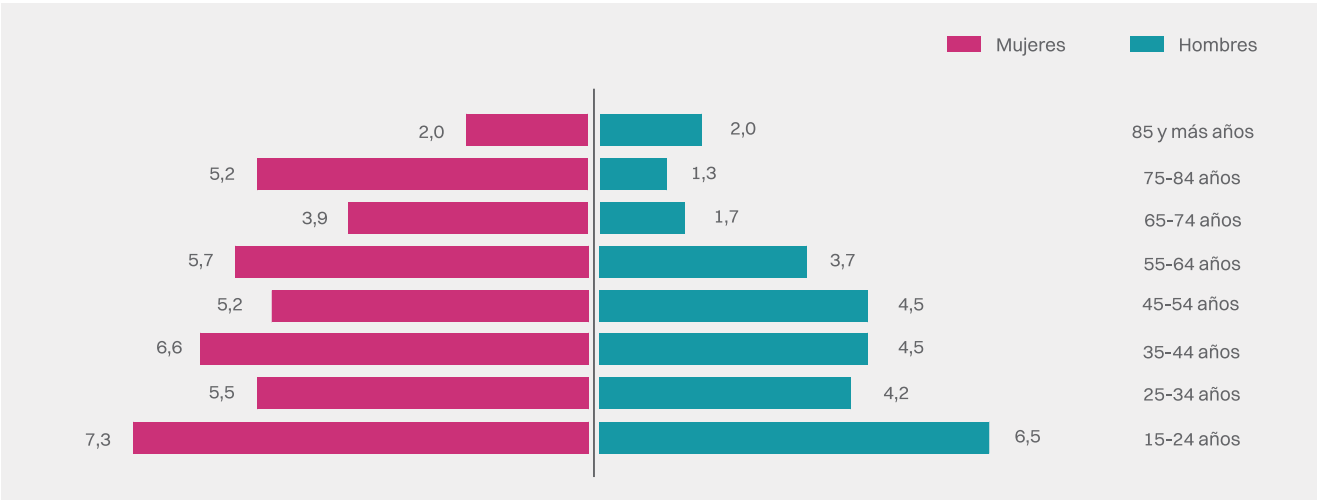


Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023

Tampoco hay un aumento significativo en la tasa de reingresos en hospitales: en 2013 fue de 10.30%, y en 2022 fue del 11.44% (Ministerio de Sanidad, 2024a).

Por otra parte, los resultados de la **Encuesta Europea de Salud en España (ESEE)**, (Ministerio de Sanidad, 2020c) de 2020 muestran que el **4,4%** de la población había visitado algún especialista de salud mental **en los últimos 12 meses**.

Figura 8. Visitas a un psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses por sexo y grupo de edad, 2020

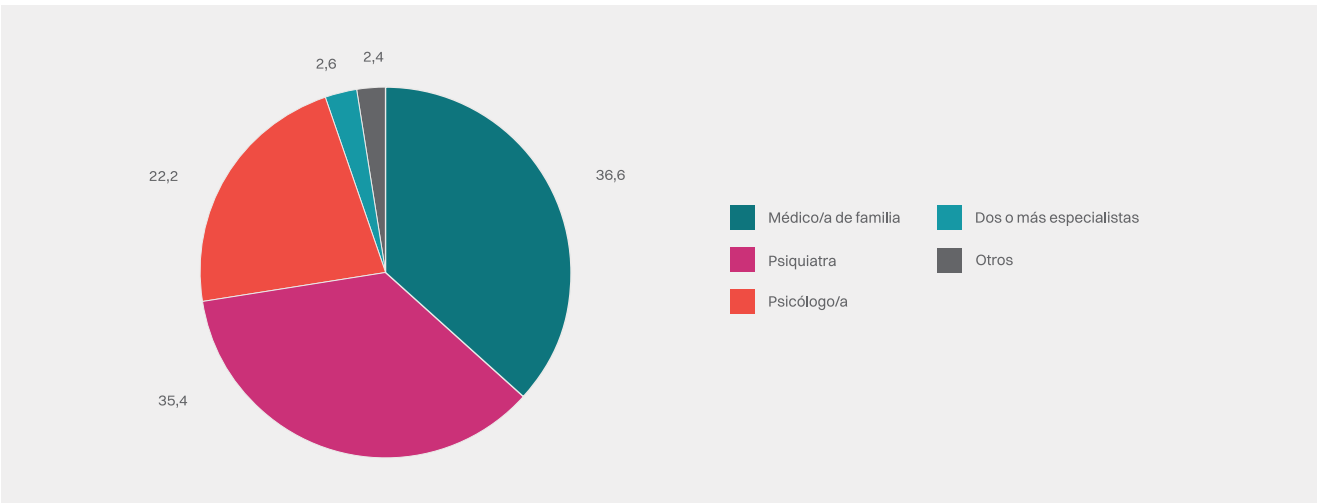


Fuente: Ministerio de Sanidad. Encuesta Europea de Salud en España. 2020

Y el último Barómetro Sanitario del CIS de 2024 (Ministerio de Sanidad, 2024d) apunta a que un 19,2% de los españoles reconoce haber acudido a un profesional sanitario por problemas de

salud mental en los últimos 12 meses, siendo la mayoría (36,6%) su médico de familia, seguido de psiquiatras (35,4%) y psicólogos (22,2%).

Figura 9. Profesionales de la sanidad pública que han atendido principalmente los problemas de salud mental de la población encuestada en los últimos 12 meses



Fuente: Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

Por último, también es notable destacar la percepción social de la salud mental: el estudio Ipsos “Global Health Service Monitor 2023” (Ipsos, 2023), elaborado en 31 países, indicó que los problemas de salud mental son los más importantes (en materia de salud) a los que se enfrenta la población a nivel mundial, con una media del 44%.

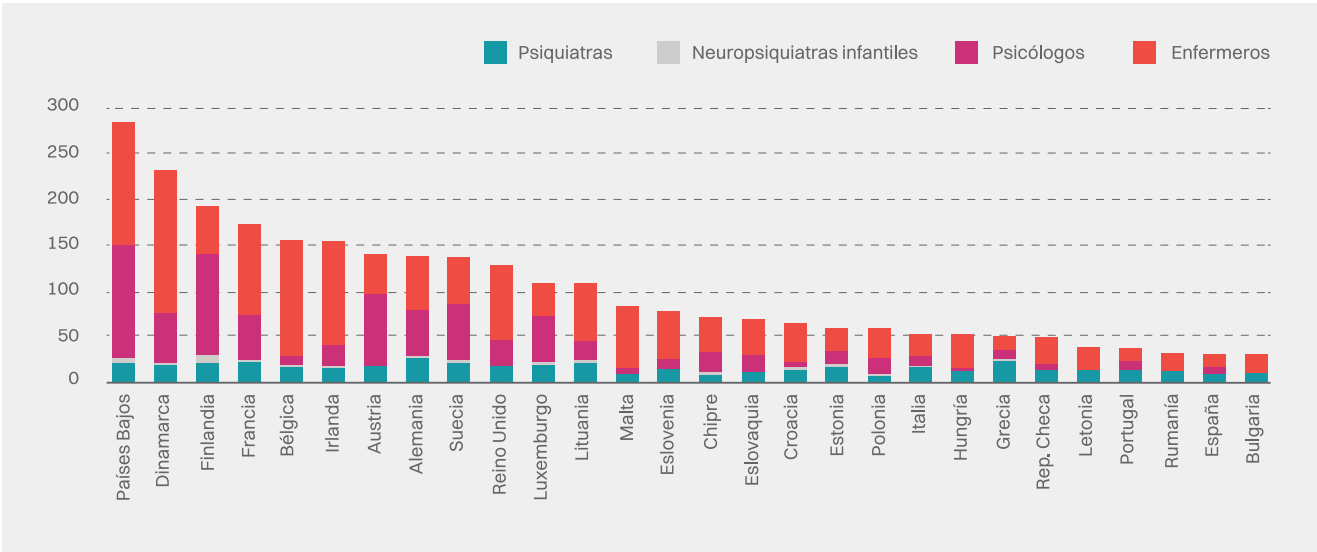
A raíz de la pandemia de la COVID-19, la preocupación por la salud mental ha ido creciendo, tanto que desde 2020 ha aumentado 45 puntos porcentuales, pasando de un 16% a un 61% actualmente. Este dato sitúa a **España** como el país de los 31 analizados, **donde más ha aumentado la preocupación por la salud mental en los tres últimos años** (Ipsos, 2023).

3.3. Evidencia sobre disponibilidad de recursos humanos y económicos

Uno de los problemas más relevantes en la salud mental es la falta de recursos humanos. El Informe Headway 2023 (The European House – Ambrosetti, 2021) revela que en 2020 la **disponibilidad de profesionales de la salud especiali-**

zados en salud mental (por ejemplo, psiquiatras, neuropsiquiatras infantiles, psicólogos, enfermeros) era de 30 por cada 100.000 habitantes en España (frente a los 50 de la media europea), situándose en penúltima posición (The European House – Ambrosetti, 2021).

Figura 10. Profesionales sanitarios (tasa por cada 100.000 habitantes), 2020 o el año más reciente disponible



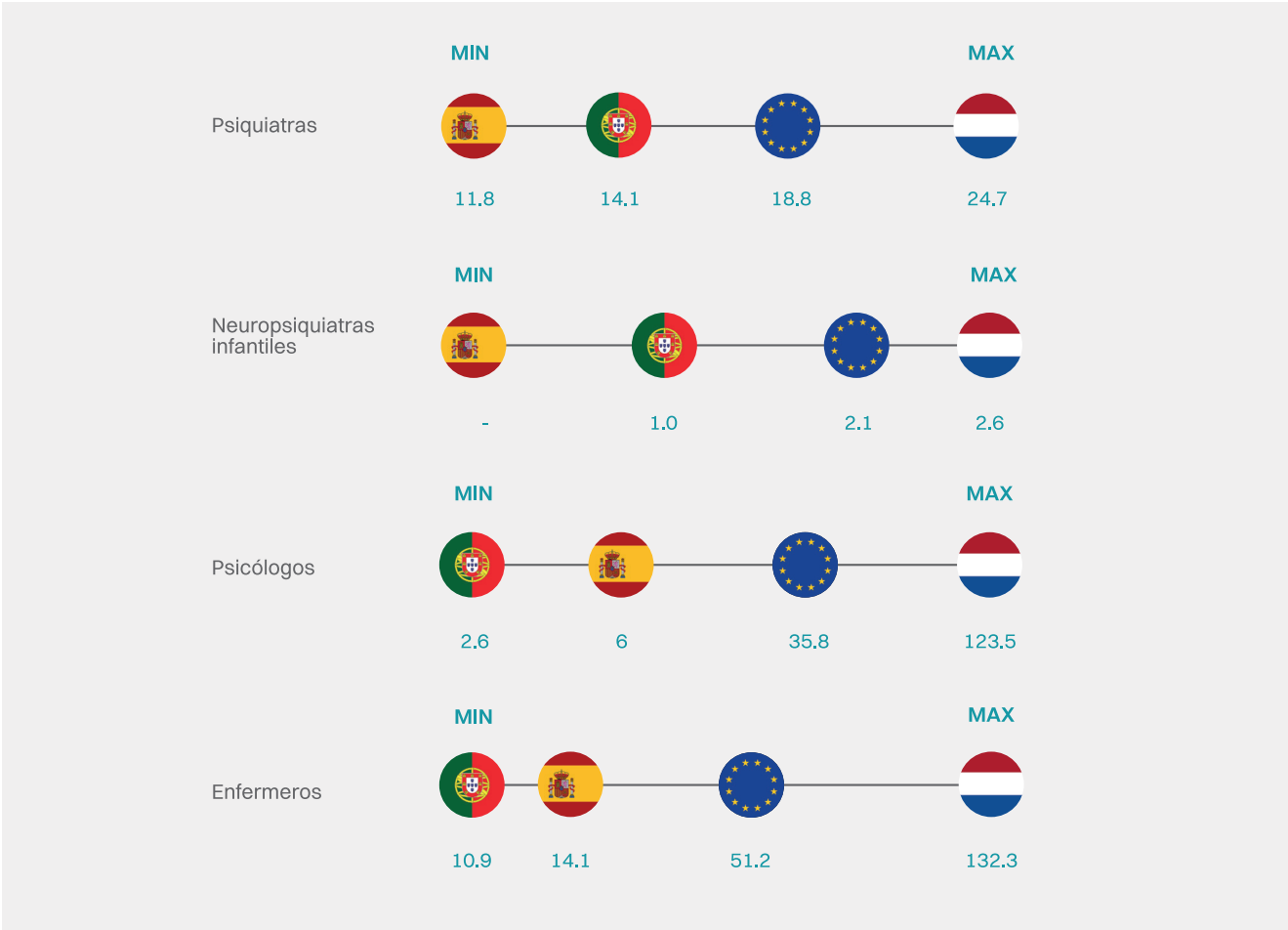
Fuente: Informe Salud Mental Headway 2023

Nota: Incluye tanto a profesionales del ámbito privado como público. En el caso de Italia y España, los datos consideran únicamente a los profesionales sanitarios que trabajan en el sector público.

Según el Libro Blanco de la Psiquiatría (Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental, 2023), España cuenta con una ratio de 12 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, por debajo de la media europea (19,13 psiquiatras por 100.000 habitantes). Y según el Instituto Nacional de Estadística, (INE, 2023), en España hay 6 psicólogos clínicos por cada 100.000 habitantes, frente a los 18 de media de la Unión Europea. Además, la disponibilidad de ambos especialistas es variable entre Comunidades Autónomas (CCAA), observándose una elevada dispersión.

Esta escasez de recursos es especialmente crítica en Atención Primaria (Ministerio de Sanidad, 2024a) (con un tiempo medio de espera de 8,8 días), donde la elevada presión asistencial, la limitación del tiempo por consulta y, en ocasiones, una formación no suficientemente actualizada en salud mental, dificultan la detección precoz, el manejo adecuado de los problemas de salud mental y la correcta derivación cuando es necesaria.

Figura 11. Comparativa de profesionales sanitarios (tasa por cada 100.000 habitantes), 2020 o el año más reciente disponible



Fuente: Elaboración propia a través del Informe Salud Mental Headway 2023, Eurostat e INE

Nota: En España en 2021 se aprobó el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia por el Real Decreto 689/2021.

En conclusión, los datos oficiales (aunque sea necesario recopilar más datos actualizados e integrados) **evidencian un déficit de recursos humanos destinados a salud mental** teniendo en cuenta el incremento en la prevalencia de estos trastornos en la población española, mostrando, además, una gran disparidad con los países de nuestro entorno.

De hecho, la brecha de tratamiento (The European House – Ambrosetti, 2024) (es decir, la diferencia entre la prevalencia de una enfermedad y la proporción de personas afectadas que reciben un tratamiento) se estima en un 45% para la depresión mayor, un 40% para el trastorno bipolar y del 18% para la esquizofrenia a nivel europeo.

En cuanto a la **carga económica**, los **costes directos e indirectos evitables** asociados a las condiciones de salud mental en 28 países europeos ascienden a **122.900 millones de euros anuales** (The European House – Ambrosetti, 2024):

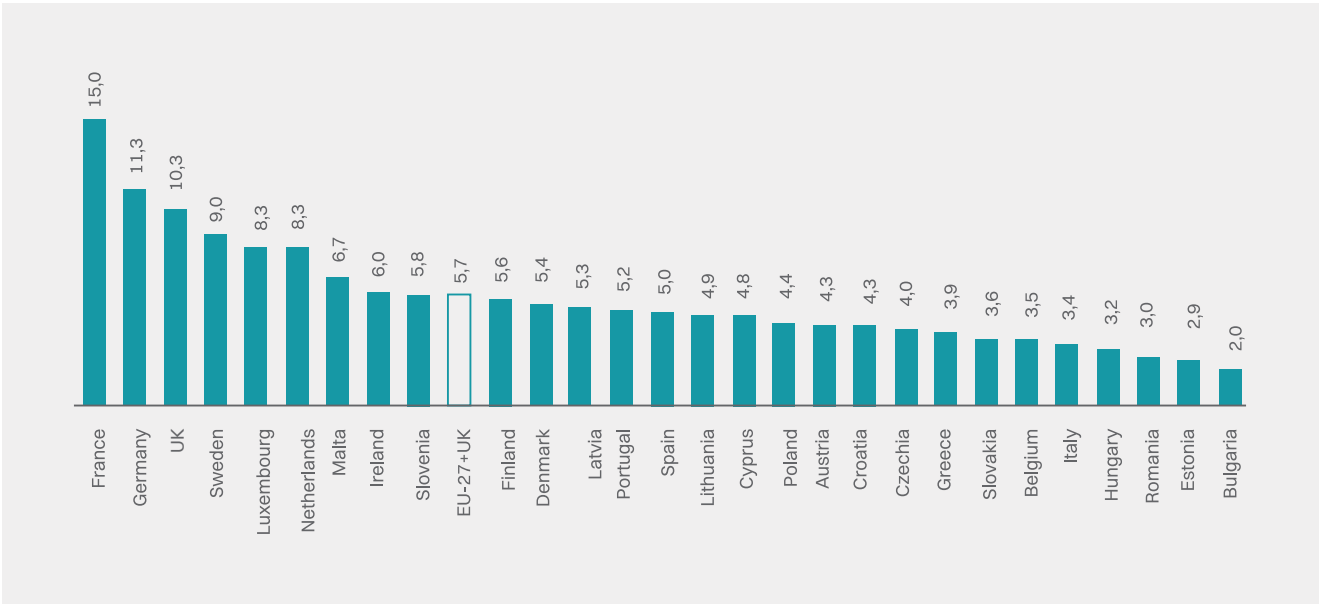
- Teniendo en cuenta que los sistemas de salud nacionales y la sociedad en su conjunto destinan (de media) 430.000 millones de euros al año a los problemas de salud mental, más de una cuarta parte de ese gasto podría ahorrarse e invertirse en otras áreas.
- Además, según la Comisión Europea y la OCDE (European Commission, 2018), las enfermedades mentales tienen un coste **equivalente al 4% del PIB de los países de la UE**, una cantidad superior a los **600.000 millones de euros**. No obstante, el tratamiento con una medicación adecuada permite mejorar en un 32% el rendimiento laboral (European Commission, 2018) y generar un ahorro de más de 6.000 euros por empleado y año (Woo et al., 2011).
- En **España, este coste supone un 4,2% del PIB**, según las estimaciones de la OCDE y el Consejo Económico y Social de España (CES, 2024). En 2023, las **bajas laborales por motivos de salud mental aumentaron cerca de un 17%** (Unión General de Trabajadoras y Trabajadores, 2024), llegando a 468.093 bajas hasta septiembre de 2024. Y según el (INE, 2023), tan sólo alrededor del **17%** de las personas con discapacidad psicosocial tiene un empleo.

Por otro lado, en la **Unión Europea**, el gasto público en salud ha aumentado desde el año 2020 impulsado por la pandemia de COVID-19. No obstante, **la inversión en salud mental sigue siendo baja y varía notablemente entre países:**

- Se estima que la media europea de los **recursos** económicos destinados a salud mental **representa apenas el 5,7% del gasto sanitario total** (The European House – Ambrosetti, 2024), una cifra **muy inferior al 10% recomendado por la Lancet Commission** para países de renta alta (Patel et al., 2018).
- **España se sitúa ligeramente por debajo de la media europea**, con un **5,0% del gasto sanitario destinado a salud mental**, mientras que países como Francia (15,0%), Alemania (11,3%) o Suecia (9,0%) lideran en inversión (The European House – Ambrosetti, 2024).
- No obstante, la comparativa y el análisis de la inversión en salud mental dentro del gasto sanitario total sigue siendo muy complejo y cuantificado de forma muy dispar en cada país y dentro de las CCAA, en el caso de España. Además, más de la mitad de los países de la OCDE recopilan datos sobre salud mental con una periodicidad de entre 4 y 10 años, lo que limita el monitoreo de políticas públicas y la toma de decisiones basadas en evidencia (The European House – Ambrosetti, 2024).



Figura 12. Inversión en salud mental (% del gasto sanitario total), 2022 o último año disponible



Fuente: Informe Salud Mental Headway 2024

Esta diferencia refleja una **brecha estructural** que condiciona la **capacidad de respuesta de los sistemas públicos ante la creciente demanda de atención psicológica y psiquiátrica**.

Si bien, en España se han implementado recientemente estrategias y planes de acción, como el Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027 (Comisionado de Salud Mental et al., 2025), con una dotación de 39 millones de euros, centrados en mejorar los servicios y promover la atención comunitaria.

Se estima que **por cada euro adicional invertido, el retorno económico sería de 4,5 euros**, lo que confirma que reforzar la financiación de la salud mental no solo es una necesidad sanitaria, sino también una inversión rentable para la sociedad y la economía europeas (The European House – Ambrosetti, 2024).



3.4. Evidencia científica sobre el valor de los psicofármacos y la psicoterapia en el abordaje de los trastornos mentales

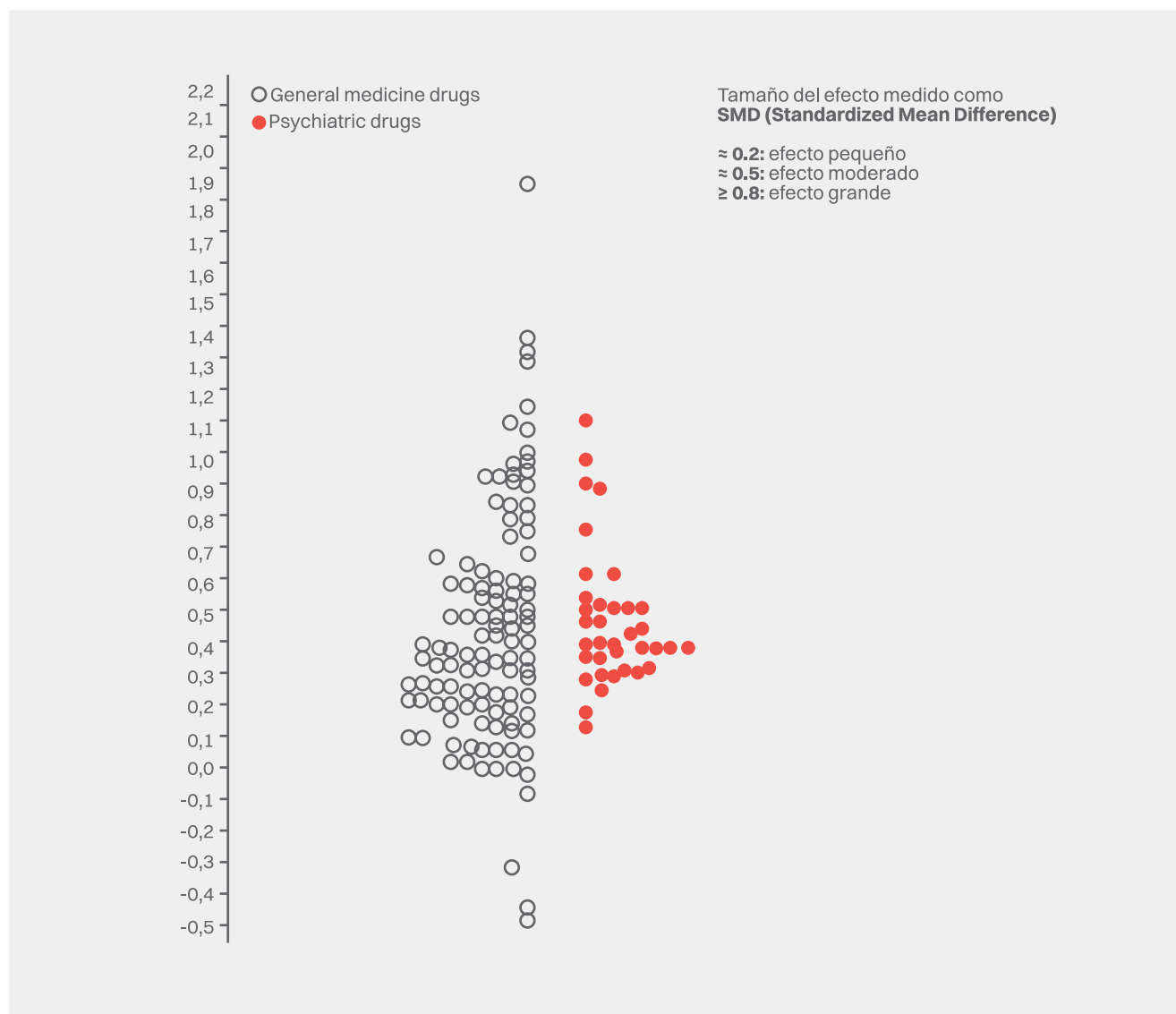
Diversos estudios y guías clínicas internacionales señalan que **en muchos trastornos mentales**, como la depresión, los trastornos de ansiedad o el trastorno obsesivo-compulsivo, **la compatibilización de psicofármacos y psicoterapia puede mejorar la adherencia terapéutica y los resultados clínicos** (Cuijpers et al., 2014; Koran et al., 2007).

- Por un lado, los psicofármacos modulan la concentración de los neurotransmisores, entre otros mecanismos de acción intracelular (segundos mensajeros, sensibilización de receptores, etc.) (Periódico UNAL, 2023). Estos pueden actuar o bien en la corteza cerebral o sobre las estructuras encefálicas más profundas del cerebro que se encargan de gestionar las emociones, los recuerdos y la afectividad.
- A través de estos mecanismos, los **psicofármacos** han demostrado (Leucht et al., 2012) **eficacia en el control de los síntomas y en la calidad de vida de los pacientes con trastornos de salud mental**. El desarrollo de este tipo de medicamentos ha evolucionado considerablemente durante los últimos 50 años, pudiendo dividirlos en cinco grupos principales (Perelló Pardo, 2023): antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos y estabilizadores del ánimo, según su mecanismo de acción y los trastornos mentales que tratan.
- La evidencia (Woo et al., 2011) avala el **papel fundamental de los psicofármacos en el abordaje de problemas graves de salud mental** y sus efectos positivos en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.
- El Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030 (OMS, 2021) afirma que las iniciativas nacionales de fortalecimiento de la salud mental no deben limitarse a proteger y promover el bienestar mental de todos, sino también atender las necesidades de las personas que padecen afecciones de salud mental.
- La OMS también señala que los **psicofármacos esenciales deben estar siempre disponibles** (Organización Panamericana de la Salud, 2010) en todos los niveles de la atención de la salud y mejorar el acceso a ellos es un componente clave para facilitar y agilizar el acceso a servicios de atención de salud mental eficaces.
- Un reciente estudio destacado de The British Journal of Psychiatry (Leucht et al., 2012) compara la efectividad de medicamentos utilizados en psiquiatría con aquellos empleados en otras áreas de la medicina. Los resultados mostraron que los psicofármacos no eran, en general, menos efectivos que los medicamentos más utilizados en otras especialidades, concluyendo en la necesidad de enfocar el debate de los tratamientos en su capacidad para aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes (Figura 9).



La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) reconoce el **descubrimiento** y la **mejora de medicamentos** para el manejo de los **trastornos mentales** en la segunda mitad del siglo XX como una **revolución en la historia de la psiquiatría**.

Figura 13. Comparación de la efectividad de medicamentos psiquiátricos frente a fármacos de medicina general por tamaño del efecto medido en SMD



Fuente: Leucht et al. Br J Psychiatry. 2012;200:97-106

Revisión de: 94 metanálisis de 48 medicamentos de medicina general y 33 metanálisis de 16 medicamentos psiquiátricos.

- Por otro lado, la **psicoterapia**, en sus distintas modalidades, contribuye a dotar a las personas de herramientas para la gestión emocional, el afrontamiento del malestar y el desarrollo de habilidades interpersonales. Además, es necesaria para atender e identificar los aspectos subjetivos del paciente, **reducir el tiempo de uso o eliminar la necesidad de usar psicofármacos u otros medicamentos en el futuro**.
- En el caso de **trastornos mentales graves**, tales como la psicosis, el trastorno bipolar o el trastorno depresivo mayor, **las intervenciones psicoterapéuticas han demostrado ser efectivas**. Por ejemplo, la terapia cognitivo-conductual adaptada a la psicosis ha mostrado beneficios en la reducción de síntomas positivos y en la mejora del funcionamiento psicosocial (Guinea Roca, 2017).

- Para trastornos de menor gravedad, las guías clínicas internacionales, como las del Instituto Nacional para la Excelencia Clínica (NICE) y la OMS, recomiendan la psicoterapia como primera opción de tratamiento (Consejo General de la Psicología de España - Infocop, 2023). Estas guías sugieren reservar el tratamiento farmacológico para situaciones más complejas, si bien siguen siendo fundamentales en múltiples trastornos, especialmente cuando existe una sintomatología intensa, crónica o discapacitante.
- Además de las intervenciones psicoterapéuticas tradicionales, otras herramientas emergentes para abordar diversas problemáticas de salud mental deben ser valoradas de forma individualizada y atendiendo a la evidencia que las avala.

En este contexto, es **prioritario garantizar un acceso equitativo a ambas opciones terapéuticas dentro del sistema público**, así como **promover su uso racional, eficaz y seguro**. La coordinación entre profesionales de distintas disciplinas y la integración de intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales refuerzan un modelo de atención más eficaz, integrado y centrado en la persona.



Conclusiones

A la luz de la evidencia expuesta, se constata un incremento en la prevalencia de los trastornos mentales en España, así como un aumento en el consumo de determinados psicofármacos.

- Se identifica una **necesidad de reforzar los recursos humanos y económicos destinados a la salud mental** o a la prevención y tratamiento de los trastornos mentales.
- **No se puede concluir de manera definitiva la existencia de un uso inadecuado generalizado de psicofármacos**, si bien los datos disponibles indican una tendencia al alza del consumo. **Sería necesario ampliar el estudio sobre la calidad de la prescripción** de los psicofármacos de forma objetiva.

Ante esta ausencia de evidencia concluyente, y reconociendo la importancia de asegurar un abordaje óptimo de la salud mental, este **Comité de Expertos** considera fundamental **generar un marco de análisis y recomendaciones**.

- Dicho marco tiene como **objetivo principal** analizar **cómo se podría garantizar un manejo integral de los trastornos mentales en España**, asegurando para ello la utilización de los distintos tratamientos disponibles que han mostrado evidencia científica en su eficacia y seguridad en distintas poblaciones y patologías.
- De esta forma, se busca **contribuir a un uso racional y adecuado de todas las herramientas terapéuticas**, en beneficio de los pacientes y del sistema sanitario en su conjunto.

4

El componente social de la salud mental



4. 1. El primer obstáculo: el estigma de los trastornos mentales y de los tratamientos para la salud mental

En los últimos años ha habido una mayor visibilidad de algunos trastornos mentales leves como la ansiedad, el estrés o la depresión leve o moderada, pero algunos estudios (Muñoz et al., 2009) reconocen que **las enfermedades mentales graves y persistentes tienen una mayor carga de estigma** que las menos graves (OMS, 2022).

- **Este estigma puede darse a distintos niveles: público o social** (el conjunto de actitudes y creencias (Link et al., 1999) negativas de la sociedad en general hacia las personas con trastornos mentales), **intrafamiliar** (dentro del núcleo familiar), **estructural** (políticas, leyes y prácticas de instituciones (Hatzenbuehler, 2013) que discriminan sistemáticamente a las personas con trastornos mentales, ya sea de forma intencionada o no) e incluso **en el personal** (cuando la persona acepta e interioriza los estereotipos y prejuicios negativos asociados a su condición (Rüsch et al., 2005), llevando a una baja autoestima).
- A su vez, el **estigma asociado al uso de psicofármacos** es mucho más acusado que el que existe en torno al consumo de fármacos para otro tipo de patologías cuya incidencia está también en aumento, como las oncológicas o infecciosas. Este estigma es especialmente notable en los medios de comunicación, en los que se percibe el aumento del uso de psicofármacos como algo negativo, sin vincularlo necesariamente con un mayor diagnóstico de estas enfermedades, y en ocasiones culpabilizando a quien los toma.
- La estigmatización de los trastornos mentales también influye en la recopilación de información, como en el caso de la tasa de suicidios. Muchas muertes relacionadas con problemas de salud mental son registradas como accidentes en lugar de suicidios, lo que distorsiona los datos sobre la mortalidad asociada a estos trastornos.
- Adicionalmente, **el tipo de estigma y sus consecuencias varían según el diagnóstico** (Schomerus et al., 2012). Mientras que la depresión puede asociarse más con la percepción de debilidad, la esquizofrenia se vincula más fuertemente con la peligrosidad, lo que genera formas más graves de discriminación y exclusión social. Asimismo, dado que **varios de estos trastornos mentales pueden derivar en una discapacidad cognitiva**, en muchos casos estos pacientes se enfrentan a un **doble estigma**.



La **reducción de esta estigmatización ayudaría a generar una detección más temprana y accesible**, puesto que los pacientes podrían identificar antes sus síntomas, acudir a un profesional sanitario (Casañas & Lalucat, 2018) y seguir el tratamiento pautado por los mismos, **mejorando así la adherencia y los resultados en salud**.



4. 2. El papel de los determinantes para la detección temprana de los trastornos mentales

Existen una **serie de factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que, en conjunto, protegen o socavan la salud mental.**

Muchos de los factores de riesgo modificables de mayor importancia suceden en la infancia, por lo que las intervenciones de prevención deben empezar en los primeros años de vida de las personas. De hecho, de media el inicio de estas enfermedades se sitúa en torno a los 14,5 años de edad (Mental Health Foundation, s. f.).

En todo caso, si bien las causas sociales pueden abordarse desde la esfera pública, **no se deberían obviar otros factores como los biológicos o genéticos.** Podemos clasificar estos determinantes en tres grupos (The European House - Ambrosetti, 2024):

- El **componente individual** se refiere a cuestiones como el género, el sexo o la edad, además de a la prevalencia de comportamientos que contribuyen a generar trastornos mentales, como el consumo excesivo de drogas o el acoso escolar. No obstante, estos factores

con frecuencia también aparecen como consecuencia de la presencia previa de trastornos mentales. Dentro del componente individual, también existen los **factores psicológicos y biológicos**, como las habilidades emocionales y la genética.

- El **componente medioambiental** se refiere al impacto de los fenómenos meteorológicos extremos, como el cambio climático, la contaminación, la percepción de seguridad, la ausencia de espacios verdes y el transporte, así como al entorno digital, especialmente notable en la última década.
- Y el **componente socioeconómico** considera los efectos de la solvencia personal, el nivel educativo y cultural, los medios disponibles, la estabilidad política, la delincuencia y las condiciones de vivienda. La OMS (OMS, 2023) afirma que, las personas más expuestas a circunstancias adversas, como la pobreza, la violencia y la desigualdad, corren un mayor riesgo de padecer enfermedades mentales.

Figura 14. Determinantes individuales, medioambientales y socioeconómicos de la salud mental



Fuente: Elaboración propia (fuente original Informe Salud Mental de Headway 2023)

4.3. Los retos de la salud mental desde una visión social

Todo lo expuesto anteriormente hace necesario **abordar la salud mental desde una perspectiva que trascienda la dicotomía tradicional entre el sistema sanitario y el social**, fomentando una integración más efectiva de ambos.

La realidad social, marcada por desafíos emergentes y persistentes, exige **nuevas respuestas**

y un reconocimiento explícito del papel fundamental que desempeñan los actores sociales en el apoyo comunitario, la prevención y la promoción de la salud mental desde etapas tempranas como la infancia.

Desde esta visión social, se identifican **varios retos interconectados**:



Persistencia del estigma

- A pesar de una **mayor visibilidad de la salud mental tras la COVID-19**, el **estigma continúa siendo una barrera estructural**, especialmente para personas con trastornos mentales graves.
- **Este estigma se ve alimentado por el legado de la institucionalización** y la persistente **dificultad para la inclusión sociolaboral plena**, sobre todo de personas con trastornos mentales graves.
- El incremento de la visibilidad ha contribuido a desestigmatizar algunos trastornos, pero también **se ha producido una banalización y medicalización del malestar emocional en entornos digitales**, contribuyendo a la desinformación. En este sentido, la forma en que se comunica sobre la salud mental en el entorno comunicativo y digital es fundamental para reducir el estigma en torno a las enfermedades mentales y los tratamientos para la salud mental.



Abordaje multifactorial de los determinantes

- Si bien anteriormente se detallaron (*ver apartado 4.2*) los principales determinantes de la salud mental, la perspectiva social enfatiza la **importancia de atender, mediante estrategias de prevención y comunitarias**, aquellos **factores ligados al entorno y a las conductas individuales modificables**. No obstante, este enfoque no debe obviar la existencia de determinantes individuales de base biológica ni el impacto de los factores medioambientales, así como el contexto socioeconómico.
- Por ejemplo, en el caso de la **juventud**, existe un componente ligado a la **precariedad, la falta de independencia económica y las dificultades de conciliación**, factores que pueden generar desconfianza en el sistema y contribuir al ocultamiento de los trastornos mentales y el acudir a los profesionales sanitarios.
- En el caso de las **personas mayores y las personas más jóvenes**, la **soledad no deseada** se identifica también como uno de los factores de riesgo a la hora de padecer enfermedades mentales.
- También existe un **nuevo determinante emergente en el entorno digital en la infancia y adolescencia**, especialmente en relación con la frustración y merma de sus habilidades sociales.
- Por último, es crucial reconocer que la **vulnerabilidad en salud mental se acentúa en determinados colectivos** como **las mujeres, el colectivo LGTBIQ+, inmigrantes, minorías racializadas, habitantes de zonas rurales con difícil acceso a servicios, o personas sin hogar**, entre otros, pueden enfrentar barreras específicas y un mayor riesgo psicosocial, lo que demanda estrategias de prevención e intervención culturalmente sensibles y adaptadas a sus realidades particulares.



Optimización de los tratamientos y recursos

- Desde la perspectiva de la integración social de las personas con enfermedades mentales, existe un consenso positivo acerca de la **evolución hacia el uso de la dosis y duración mínima necesarias de los tratamientos farmacológicos**, siempre en el marco de un abordaje terapéutico integral y combinado cuando sea preciso, **sin caer en una deprescripción sistemática** que pueda comprometer la estabilidad de pacientes que requieren medicación.
- Sin embargo, la **insuficiencia de recursos humanos en el entorno sociosanitario** -en especial en el acceso a las opciones de psicoterapia- se **identifica como una cuestión prioritaria**, ya que condiciona la capacidad del sistema para ofrecer la atención holística, continuada y de calidad que necesitan estas personas.
- Esta escasez, unida a las **particularidades del modelo asistencial actual**, como la limitación del tiempo por consulta, **puede influir en las dinámicas de prescripción y dificultar una atención óptima**. Una evolución en la forma de medir la eficiencia del sistema, que valore la calidad del trato y los resultados en salud, podría mejorar significativamente la experiencia del paciente.



Atención en entornos institucionalizados

- Las evidencias muestran que la **sobre prescripción de psicofármacos** está **particularmente extendida en estos entornos institucionalizados**, muchas veces sin un diagnóstico clínico claro que la justifique.
- Las **personas con discapacidad intelectual y del desarrollo que están institucionalizadas** con frecuencia son **medicadas con psicofármacos**, a pesar de que en muchos casos no existe un diagnóstico clínico de trastorno mental (Plena Inclusión, 2022).
- Este fenómeno responde, en parte, a una **atención centrada en la contención de síntomas de conducta en lugar de en un enfoque preventivo y psicosocial**. Como alerta el Informe del Consejo Económico y Social sobre salud mental en España (CES, 2024), en estos contextos institucionales la prescripción farmacológica tiende a sustituir a intervenciones más individualizadas y estructurales, debido a la escasez de recursos y al diseño organizativo de los centros. También, el Defensor del Pueblo (Defensor del Pueblo, 2023) recomienda reforzar el seguimiento de los tratamientos de los trastornos mentales en las residencias de mayores, fomentando la participación del paciente o el tutor legal en las decisiones clínicas, y una mayor coordinación de los profesionales sociosanitarios implicados.



Inclusión sociolaboral

- La **inserción laboral de personas con trastornos mentales** sigue siendo limitada por **múltiples barreras**: el estigma, falta de apoyos personalizados y modelos de empleo no adaptados a necesidades específicas.
- Avanzar hacia una coordinación sociosanitaria efectiva, integrando estrategias entre ambos sistemas, facilitarían el **acompañamiento individualizado y entornos laborales inclusivos**.

5

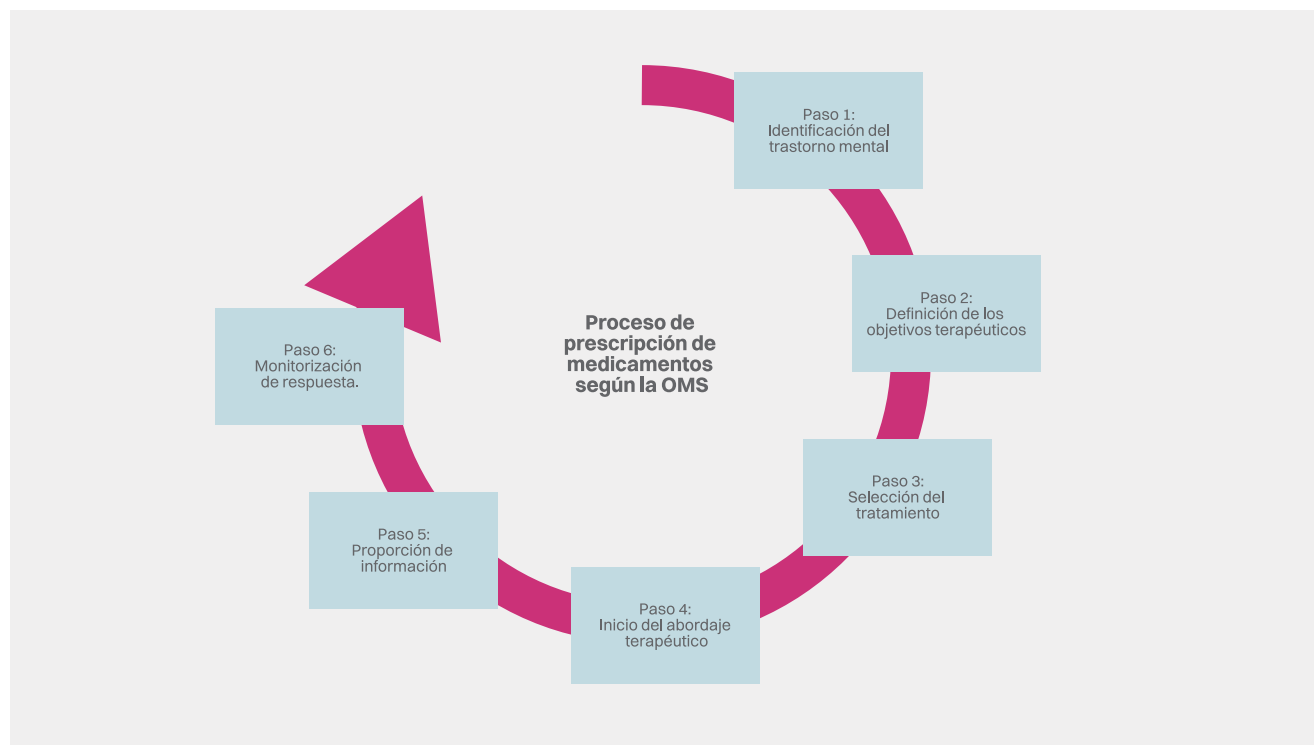
Identificación de factores para la correcta prescripción de tratamientos de los trastornos mentales



Según la OMS, usar racionalmente los medicamentos significa que **«los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para ellos y para la comunidad»**. Esta definición abarca el uso de buena calidad (es decir, correcto y apropiado)

de los medicamentos por parte de quienes los prescriben y de quienes los consumen.

Asimismo, la OMS define el proceso de una **buen a prescripción de medicamentos** requiere una aproximación sistemática que se establece en 6 pasos, y que se plasma en la siguiente figura.



Fuente: Proceso de prescripción de medicamentos según la OMS.

5.1. Identificación del trastorno mental

- Por lo general, existe (Ruiz Díaz et al., 2012) un **desconocimiento sobre la sintomatología y prevalencia de los trastornos mentales en la población española**, en especial de los trastornos graves, debido a la **falta de estudios epidemiológicos** en España, a la **estigmatización** existente y a la **sobrecarga familiar y personal**. No obstante, el **conocimiento de los síntomas** de los trastornos mentales es clave para **buscar atención profesional lo antes posible**, favoreciendo la detección temprana y un mejor abordaje de estas enfermedades.
- Como se mencionaba previamente, estudios como Jiménez Pascual (2002) señalan que existen una serie de **factores biológicos, genéticos, neurológicos, ambientales y relacionales que influyen en la infancia o en la adolescencia y que provocan trastornos psicopatológicos definidos**, por lo que la detección temprana a esta edad es crucial. Sin embargo, en la actualidad aún es muy desigual el desarrollo de las unidades de salud mental infanto-juvenil, siendo muy precario en algunas CCAA, en donde cubren estas deficiencias otros dispositivos desde el ámbito de la educación y de servicios sociales, así como la formación especializada en salud mental en los pediatras.

- Un informe (Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health & Task Force on Mental Health, 2009) publicado en American Academy of Pediatrics señala que los pediatras tienen oportunidades exclusivas y un sentido cada vez mayor de la responsabilidad para prevenir y abordar problemas de salud mental. En España, según una encuesta (Asociación Española de Pediatría, 2022) impulsada por la Sociedad de Psiquiatría Infantil de la Asociación Española de Pediatría (SPI-AEP), la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) y la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), **más del 95% de los pediatras reconocen estar muy preocupados por el incremento de los problemas de la salud mental de los niños**, a la vez que **admiten tener una formación insuficiente en esta materia**.
- Asimismo, los **trastornos de ansiedad en las personas mayores también suelen estar infradiagnosticados e infratratados** (Cabrera & Montorio, 2009), pese a su relevancia clínica. Señala que los factores de riesgo de los trastornos mentales varían con la edad y que conocerlos es clave para mejorar la detección de estas patologías. De nuevo, ello requiere fomentar un mayor conocimiento en salud mental de personas mayores, en especial en los geriatras, profesionales de Atención Primaria, enfermeras, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y otros agentes sociales que están en contacto con las personas de este tramo de edad, en especial en espacios institucionalizados.



5.2. Definición de los objetivos terapéuticos

- La definición de las **metas específicas y el marco temporal** para lograr **resultados clínicos deseados** puede abarcar desde la eliminación de los síntomas más relevantes, la mejora de la calidad de vida o la curación completa de una enfermedad.
- En los trastornos mentales, el objetivo terapéutico debe individualizarse **en función de la patología a tratar, la gravedad y el perfil de síntomas del paciente**, teniendo en cuenta sus **necesidades individuales**:
 - En los trastornos menos graves, el objetivo terapéutico suele tener una intención curativa. Con frecuencia, pueden ser abordados con psicoterapia como tratamiento inicial, siendo el objetivo principal identificar la fuente de los problemas del paciente y considerar alternativas para afrontarlos en el futuro.
 - En los trastornos graves o muy graves, que requieren de la combinación de los psicofármacos y la psicoterapia, el objetivo terapéutico suele ser controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida, en especial en aquellos trastornos que tienden a la cronicación.
- La definición de estos objetivos terapéuticos debe ser, además de un proceso **individualizado** para cada paciente, abordado de manera **coordinada entre los diferentes profesionales** implicados en el proceso asistencial. No supone, por tanto, una delimitación individual y aislada del problema, sino **su contextualización en la singularidad psicológica, médica y social de la persona afectada** (Desviat & Moreno Pérez, 2012).
- A su vez, estos son la base para **compartir con el paciente las expectativas y objetivos realistas** marcados en cada caso.



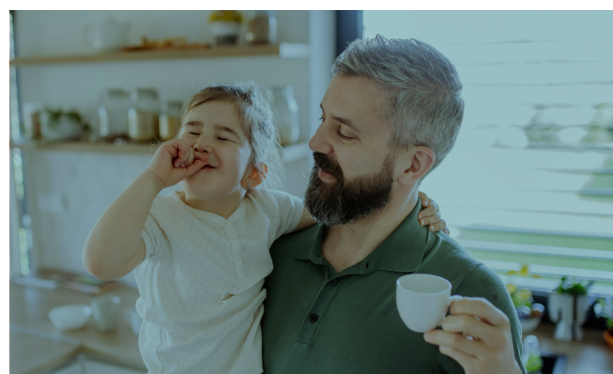
5.3. Selección del tratamiento en base a la evidencia

- Una vez definido el objetivo terapéutico, se debe **seleccionar el mejor tratamiento** a través de la **evidencia científica disponible** y de su **adaptabilidad** al paciente para conseguir llegar a esos objetivos terapéuticos predefinidos.
- Para ello, es necesario un conocimiento profundo de las diferentes herramientas terapéuticas disponibles. Una sólida formación en psicoterapia y psicofarmacología es clave (Torales & Arce, 2017) en la práctica clínica diaria, no solo para los profesionales sanitarios, sino para todos los agentes involucrados en el tratamiento de los trastornos mentales, en mayor o menor medida. El correcto conocimiento de los psicofármacos, destinados a curar o aliviar los trastornos mentales más graves, es crucial para asegurar que los mismos sean utilizados de manera efectiva y segura. Igualmente, es necesario conocer el papel que las herramientas no farmacológicas como la psicoterapia pueden jugar en las diferentes patologías. Por tanto, debería incluirse en las competencias que deben adquirir los profesionales sanitarios en las Ofertas Públicas de Empleo (OPE) aprobadas por las CCAA, las cuales determinan los requisitos y habilidades necesarias para cada especialidad.

- Además, se debe asegurar un abordaje integral de los trastornos mentales. En este sentido, la **psicofarmacología de ninguna manera disminuye la contribución de los enfoques psicológicos y sociales** (Torales & Arce, 2017) en el tratamiento de trastornos mentales, ni la importancia de la relación entre el médico y el paciente.
- Varios estudios en farmacología (Torales & Arce, 2017) muestran que la respuesta clínica y la tolerancia a un mismo fármaco difiere entre pacientes con un mismo diagnóstico. Se debe prestar especial atención a la presencia de comorbilidades, tratamientos concomitantes, y a la necesidad de ajustes en pacientes en situaciones especiales (por ejemplo en población infantil, embarazo, etc.). Por lo tanto, **la elección de un tratamiento determinado se debe hacer de manera individualizada**, siguiendo el juicio clínico basado en un profundo conocimiento de la patología y de las opciones terapéuticas disponibles, y de su experiencia clínica; atendiendo a las características del paciente en particular y la respuesta previa; y al contexto situacional y ambiental, así como a los valores del paciente.
- Existen algunas **guías de práctica clínica** (Ministerio de sanidad, 2014c) **por patologías** que revisan la evidencia científica disponible y proponen recomendaciones para la toma de decisiones en la práctica clínica, algunas impulsadas desde el sector público y otras por Sociedades Científicas, siendo necesario su ampliación y difusión en el ámbito de la salud mental.
- También existen diferentes **sistemas clasificatorios de los trastornos mentales**, siendo los más conocidos y utilizados en la actualidad el DSM-5 y la CIE-11 (Castillero Mimenza, 2019), creados por la **Asociación de Psiquiatría Americana (APA)** y la **Organización Mundial de la Salud**, respectivamente. Ambas clasificaciones son distintas, pero han convergido deliberadamente sus códigos en las revisiones recientes. Este tipo de clasificaciones **describen de forma sistemática y precisa los criterios diagnósticos y características** propias de cada trastorno, por lo que su conocimiento es fundamental para los profesionales que entran en contacto con personas que potencialmente pueden estar padeciendo un trastorno mental.
- Alternativamente, la Nomenclatura Basada en la Neurociencia (NbN) (Moran Mark, 2019) propone una clasificación de los fármacos psiquiátricos según su mecanismo de acción, lo que ayuda a entender mejor las indicaciones para cada tipo de fármaco en los trastornos mentales.
- Este conocimiento requiere una **formación homogénea de los diferentes especialistas** involucrados en el cuidado de la salud mental.



- Asimismo, **puede haber opciones de tratamiento recomendados en estas guías que no están disponibles en el Sistema Nacional de Salud o que tienen un acceso limitado**. Un reciente estudio (Ostinelli et al., 2025) sobre TDAH publicado en *The Lancet Psychiatry*, muestra la necesidad de seguir generando evidencia científica, en especial en aquellas patologías menos estudiadas, para crear futuras guías que consideren los beneficios y los riesgos de las intervenciones disponibles para cada patología.
- Por último, es importante tener en cuenta el **proceso de decisión informada** (Villagrán et al., 2015) en la selección del tratamiento **con el paciente y su familia**, un paradigma cada vez más empleado en la prescripción terapéutica en el que el paciente tiene un papel más activo, para lo que el paciente debe recibir información sobre las opciones disponibles y adecuadas para el problema y objetivo marcado. De esta manera se favorece una colaboración o concordancia con el prescriptor ante el tratamiento. Una de las barreras más importantes para la aplicación del proceso de decisión compartida en salud mental es la cuestión de la capacidad mental y física del paciente; si bien existen estudios que afirman que la incapacidad de los pacientes es excepcional, y que por tanto no debe atribuirse de forma genérica.
- Numerosos estudios (Villagrán et al., 2015) muestran que la mayoría de los pacientes con trastornos mentales desean participar en la toma de decisiones sanitarias y, que una vez lo hacen, mejora la implicación y el cumplimiento del tratamiento.
- Este factor es especialmente importante en aquellas personas que establezcan voluntades anticipadas para decidir sobre su tratamiento tras una posible enajenación.
- Sin embargo, en las guías terapéuticas (Ministerio de Sanidad, 2014c) apenas se incluyen estrategias para favorecer esta participación y tampoco existe una política institucional decidida que facilite su aplicación en la actividad clínica cotidiana.



5. 4. Prescripción e inicio del abordaje terapéutico

- Una vez seleccionado el tratamiento y acordado con el paciente, se procede a realizar la prescripción, dando instrucciones claras y precisas a los pacientes y fijando un seguimiento a un tiempo definido por parte de los profesionales sanitarios responsables, creando instrumentos para **facilitar el compromiso y adherencia** al plan de tratamiento propuesto, farmacológico y no farmacológico.
- En el caso del tratamiento farmacológico, este paso supone la prescripción del medicamento, indicando la dosis, frecuencia, duración y cualquier instrucción especial para el paciente.
- La adherencia terapéutica puede facilitarse **incorporando en este proceso a otros profesionales sanitarios (como enfermeras y farmacéuticos) y agentes sociales para dar respuesta al tratamiento integral elegido**. El tratamiento tendrá más o menos pasos o fases dependiendo de la **naturaleza de la enfermedad, la condición del paciente y otros factores contextuales**.
- **La coordinación entre los diferentes profesionales sanitarios es clave** para garantizar un tratamiento integral y efectivo de las enfermedades mentales (Alegría et al., 2022). Sin embargo, la fragmentación del SNS y la falta de protocolos claros pueden dificultar esta colaboración. Ante la limitación de recursos humanos dedicados al cuidado de la salud mental, en ocasiones se puede incurrir en una interferencia entre tratamientos cuando el paciente es atendido simultáneamente por distintos profesionales sin una comunicación fluida.

5.5. Proporción de información e instrucciones al paciente y sus familiares y verificación

Esta fase es fundamental durante todo el abordaje terapéutico, y en especial en la primera **fase de intervención**.

- La OMS (OMS, 2013) define el **empoderamiento** como el proceso a través del cual los pacientes obtienen un **mayor control sobre las decisiones y acciones** que afectan a su **salud**. Varios estudios (Rodríguez et al., 2021) muestran los beneficios de que los pacientes o sus familias accedan a la información y a los recursos para participar e influir en los factores que impactan su bienestar. También alertan de que no se trata de transferir por completo la responsabilidad del médico al paciente, sino de promover la responsabilidad compartida y reforzar su seguridad durante el proceso asistencial.
- Existen estudios (Benbassat et al., 1998) que muestran que existe **una disposición cada vez más favorable de los pacientes a estar informados** (Deber et al., 1996) acerca de su enfermedad y que desean participar en el manejo de sus enfermedades y en el tipo de tratamiento que desean recibir. No obstante, el contexto actual y la facilidad de acceder a información (más allá de la proporcionada por el profesional sanitario) presenta numerosos retos para promover este conocimiento del paciente.
- El apoyo del **entorno social y familiar** es muy relevante en esta fase. Algunos estudios, (Orueta Sánchez, 2005) reconocen que la utilización de técnicas de terapia familiar parece adecuada para mejorar el cumplimiento terapéutico en pacientes con patología mental. Además, existe evidencia de que las personas que viven solas presentan mayores tasas de incumplimiento y que las personas que cuentan con apoyo familiar tienen más facilidades para seguir el tratamiento pautado.

La OMS (De Vries et al., 1994) establece los **aspectos mínimos de información que deben ser explicados al paciente**, organizados en **seis puntos fundamentales**:

- 1 Explicar al paciente la importancia de la **medicación**, asegurando de que comprenda su relevancia en el **tratamiento**.
- 2 Abordar los posibles **efectos secundarios**, detallando de manera clara las reacciones que **podrían ocurrir y cómo reaccionar ante ellas** e informando de las **diferentes alternativas** existentes.
- 3 Dotar de **instrucciones precisas** sobre cómo debe **administrarse** correctamente la medicación.
- 4 Especificar las **condiciones** bajo las cuales **la medicación no debe ser tomada**, para evitar **posibles riesgos**.
- 5 Incluir **la información sobre la próxima cita de seguimiento**, enfatizando la importancia de la continuidad del tratamiento (un punto especialmente relevante dada la tasa de abandono de la **psicoterapia** (Orueta Sánchez, 2005).
- 6 Garantizar que **el paciente haya comprendido todos los puntos mencionados**, verificando que no existan dudas o confusiones. Esta fase es especialmente relevante teniendo en cuenta que existen diversos estudios (Garayoa et al., 1996) que demuestran que un gran porcentaje de los pacientes no comprenden el tratamiento pautado.

- El **soporte en papel**, acompañando a la información verbal, es una herramienta útil que favorece una adecuada comprensión de la información.
- No obstante, **se debe tener en cuenta la función cognitiva del paciente**, teniendo en cuenta que una gran parte de los trastornos mentales derivan en un grado moderado de discapacidad. Para ello, es fundamental garantizar una comunicación adaptada, diseñada por y para el paciente, así como impulsar la legibilidad de los medicamentos farmacológicos para facilitar un control y adherencia a los tratamientos.

5. 6. Monitorizar respuesta y dar seguimiento al paciente

- Esta última fase, enmarcada en el **seguimiento del paciente y la evaluación de la respuesta**, verificar el uso de tratamientos de rescate y señales de alarma, es clave para **ajustar los tratamientos y asegurar su adecuación individual**, detectar posibles efectos secundarios y, en definitiva, **mejorar los resultados terapéuticos**.
- En este sentido, es fundamental **abordar el seguimiento del paciente por parte del médico responsable de la atención al paciente**, que debe hacerse con una frecuencia adaptada al caso y objetivo propuesto, y suficiente para **valorar la respuesta al tratamiento** (farmacológico y/o no farmacológico), la **tolerabilidad y posibles problemas de seguridad**, y decidir si son necesarios la continuidad, interrupción o ajustes en el tratamiento. La **interrupción segura de psicofármacos** implica un proceso gradual y supervisado, con el objetivo de minimizar los efectos secundarios y prevenir recaídas. Este proceso puede beneficiarse del uso de herramientas, recomendaciones o guías de ayuda (Horowitz, M., & Taylor, D. M., 2024).
- Este seguimiento continuado es **especialmente relevante en los trastornos crónicos**. Ello implica **no solo garantizar acceso a consultas médicas regulares** (Xavier et al., 2014), sino también **fortalecer redes de apoyo psicosocial, promover la educación sobre el autocuidado y crear estrategias para empoderar a los pacientes a identificar signos de alerta**, apoyándose en actores clave como **enfermeras, trabajadores sociales y farmacéuticos**.
- La **adherencia al tratamiento** en los **trastornos mentales es un desafío** debido a factores como la alteración de la cognición o la inestabilidad emocional del paciente. Algunos estudios (Garayoa et al., 1996) muestran tasas del 55% de falta de adherencia o incumplimiento del tratamiento psiquiátrico. Este incumplimiento puede ser intencional o no intencional; no obstante, algunos estudios (Garayoa et al., 1996) sobre adherencia terapéutica muestran que alrededor del **30% del abandono de la medicación por parte del paciente se debe a causas no intencionales como el olvido o la falta de habilidades para seguir el tratamiento**; y que el resto se debe a una decisión del paciente. Este incumplimiento está influenciado por factores como la relación médico-paciente, la comprensión del tratamiento, factores emocionales u otros aspectos como la edad, el entorno social, la cultura y la educación.
- Numerosos estudios avalan la importancia de las **decisiones compartidas** en la **adherencia al tratamiento y en los resultados de salud en los trastornos mentales**. Por ejemplo, en el **manejo farmacológico de la depresión** (Hopwood, 2020), un proceso de toma de decisiones compartidas puede **mejorar la comprensión del paciente sobre su tratamiento y fomentar una mayor colaboración**. De manera similar, en pacientes con **esquizofrenia** (Fiorillo et al., 2020), la toma de decisiones compartidas se ha identificado como un **factor clave para mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos**, un aspecto crucial dado que la falta de adherencia es común en esta población y puede llevar a recaídas y rehospitalizaciones.



- Asimismo, la inclusión de medidas encaminadas a la **reducción de la complejidad del régimen terapéutico o a la mejora de la formulación** (Haddad & Correll, 2023) pueden ser estrategias importantes para facilitar el cumplimiento (Pagès-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018). La simplificación de los regímenes de medicación o la utilización de formulaciones de liberación prolongada, puede disminuir la carga para el paciente y mejorar la adherencia. También el uso de formulaciones como los inyectables de larga duración pueden ofrecer alternativas valiosas para superar algunas barreras relacionadas con la toma diaria de medicación oral.
- A su vez, las **tecnologías avanzadas**, como los dispositivos electrónicos, las aplicaciones móviles y la telemedicina, han **demostrado ser herramientas eficaces para mejorar** la adherencia (Calkins et al., 1997) al tratamiento en trastornos mentales, al permitir un monitoreo en tiempo real. Además, la integración de la Inteligencia Artificial en estos sistemas y en la propia Administración puede ayudar a identificar patrones irregulares, proporcionando una herramienta útil (Ortega Cerda et al., 2018) para los profesionales de la salud en la toma de decisiones terapéuticas.
- Por último, en esta fase es fundamental la colaboración entre los profesionales sanitarios implicados de cara a determinar la necesidad de continuar el tratamiento, cambiar de tratamiento o interrumpirlo en función de la respuesta al mismo. La interrupción del tratamiento farmacológico debe realizarse **bajo una cuidadosa evaluación** (Grupo OAT & Fundación Weber, 2022) y seguimiento, considerando factores como las **comorbilidades** (especialmente frecuente en las personas mayores), **la calidad de vida y los posibles efectos secundarios** de la medicación. En su caso, siempre que sea preciso, se aplicarán pautas de retirada gradual.
- Aunque existen múltiples **guías sobre el mecanismo de optimización de tratamientos farmacológicos** la fragmentación de nuestro sistema sanitario tiene como consecuencia la inexistencia de unos criterios únicos, basados en la evidencia científica, que permitan medir cuándo y cómo ajustar o retirar una medicación dirigida a controlar y curar un trastorno mental, en especial en aquella con potencial adictivo.



6

Recomendaciones para mejorar el abordaje integral de los trastornos mentales



Propuestas para preparar al sistema socio-sanitario para la mejora de la atención integral de la salud mental

- 1 Sensibilizar sobre la salud mental de forma rigurosa y precisa en el debate público, evitando el estigma y la banalización de los trastornos mentales graves en los espacios públicos, medios de comunicación y redes sociales.**
 - Fomentar el **uso responsable de la información acerca de los trastornos mentales** fomentando la creación de guías para abordar estos trastornos en los espacios públicos y medios de comunicación, siguiendo las **recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud** al respecto.
 - Promover **campañas de concienciación sobre la salud mental en la población general** que diferencien claramente entre el malestar psicosocial cotidiano y los trastornos mentales propiamente dichos, para promover una comprensión adecuada que facilite la **búsqueda temprana de ayuda cuando sea necesaria** y la aplicación de estrategias de prevención e intervención más efectivas.
 - Abordar de manera específica el **impacto de las plataformas de redes sociales en la percepción pública de la salud mental**. Esto implica desarrollar estrategias para promover la difusión de información veraz y contrastada en estos canales, así como para contrarrestar activamente la desinformación y la banalización de los trastornos mentales que frecuentemente se observa en el entorno digital.



2 Mejorar los sistemas de información, estableciendo indicadores básicos comunes y empleando herramientas digitales para la recopilación de información sobre el uso de psicofármacos.

- Impulsar el **uso de indicadores básicos comunes entre la sanidad privada y la pública, y entre comunidades autónomas**, para recopilar y analizar los datos de uso de psicofármacos en cuanto a cantidad e indicación. Así, se dispondría de una información consistente y precisa que permita comparar la prevalencia de trastornos mentales y el abordaje terapéutico de los mismos.
- Este **análisis exhaustivo** debe atender **no solo a la cantidad de psicofármacos consumidos, sino también a la calidad o adecuación de las prescripciones**, permitiendo identificar posibles diferencias territoriales o entre sectores en el acceso y uso de estos tratamientos.
- Impulsar la evaluación y el uso de **resultados en salud, incluyendo resultados referidos por los pacientes (PROMs y PREMs), en salud mental**, permitiendo medir el impacto real de las intervenciones y mejorar la toma de decisiones. Para ello, se podría crear un sistema específico para salud mental, tomando como referencia iniciativas como CROBI, con el objetivo de mejorar el acceso a información estructurada y favorecer el seguimiento de los pacientes.



3 Preparar al sistema para la integración efectiva de tecnologías digitales en el seguimiento y cuidado de la salud mental.

- Mejorar la **integración de las tecnologías digitales en el sistema de salud para el seguimiento asistencial de pacientes con trastornos mentales**, especialmente aquellos en tratamiento con psicofármacos, con el fin de facilitar una atención más accesible, personalizada y continua.
 - Por ejemplo, desarrollar **aplicaciones móviles de acceso público** que ayuden a los pacientes a promover hábitos de vida saludables (sueño, ejercicio, etc.) y gestionar su medicación mediante **recordatorios, monitorización de síntomas e información sobre efectos adversos**, asegurando que estas herramientas estén adaptadas a las habilidades digitales de los usuarios como complemento a la orientación y atención personal de los profesionales sanitarios.
- Utilizar las herramientas digitales para permitir y asegurar una **adecuada coordinación entre profesionales** implicados en el tratamiento del paciente. Asimismo, crear **espacios digitales o foros de discusión** que fomenten el **intercambio de conocimientos y experiencias** entre profesionales sanitarios, pacientes, familiares, personas cuidadoras y asociaciones, promoviendo así una red de apoyo y aprendizaje compartido.
- Implementar un sistema de **seguimiento digital del tratamiento** que permita: **apoyar la adherencia** a través de alertas y notificaciones; **involucrar, con consentimiento del paciente, a profesionales sanitarios, familiares o personas cuidadoras** cuando se detecten posibles problemas; utilizar herramientas de telemedicina para el seguimiento remoto y consultas virtuales, siempre como complemento —no sustituto— de la atención presencial.



4 Reducir el estigma en torno a los tratamientos de salud mental, fomentando una visión más informada y comprensiva.

- Desarrollar e implementar **estrategias proactivas para combatir la percepción negativa y los prejuicios existentes hacia los tratamientos psiquiátricos y psicológicos**. Esto incluye la promoción de narrativas precisas, equilibradas y basadas en la evidencia sobre la eficacia y seguridad de los tratamientos disponibles cuando son correctamente indicados y supervisados. Visibilizar de forma clara y contundente el impacto perjudicial del estigma sobre los tratamientos, poniendo de relieve cómo este contribuye a la brecha terapéutica.
- Impulsar campañas de concienciación pública, sostenidas en el tiempo y dirigidas a diversos segmentos poblacionales, que aborden y deconstruyan el estigma asociado a los tratamientos para la salud mental. Estas campañas deben **normalizar la búsqueda de ayuda profesional y el uso de tratamientos (farmacológicos y/o psicoterapéuticos) cuando sean necesarios**, equiparando su legitimidad a la de los tratamientos para otras enfermedades crónicas.
- Implementar **programas de educación sanitaria sobre el uso racional y responsable de los psicofármacos y la psicoterapia**. Estos programas deben ser accesibles, comprensibles y dirigidos tanto a la población general como a pacientes y familiares, con el objetivo de desmontar mitos, clarificar dudas comunes, promover su uso adecuado bajo supervisión profesional y en el marco de una decisión compartida, y prevenir tanto la estigmatización como la automedicación o el abandono prematuro.



5 Fortalecer la prevención en salud mental mediante el abordaje integral de los determinantes sociales y la promoción de la inclusión socio-laboral.

- Impulsar **políticas públicas intersectoriales** que adopten un **abordaje multifactorial de la salud mental**, actuando sobre los determinantes sociales modificables con el fin de **reducir las inequidades**.
- Desarrollar e implementar **estrategias de prevención específicas y adaptadas a las necesidades de grupos poblacionales en mayor vulnerabilidad** (considerando factores como la identidad de género, orientación sexual, origen migrante o étnico, situación socioeconómica, y residencia en entornos rurales o de exclusión social), dentro y fuera del entorno sanitario.
 - Esto incluye programas comunitarios dirigidos a la **juventud** para mitigar el impacto de la precariedad socioeconómica y fomentar la resiliencia; y acciones para **personas mayores** enfocadas en combatir la soledad no deseada y promover un envejecimiento activo y con bienestar psicosocial.
- Promover activamente la **inclusión sociolaboral de las personas con trastornos mentales** como un componente esencial de su recuperación y bienestar. Esto requiere desarrollar políticas de apoyo para el empleo, facilitar adaptaciones en los puestos de trabajo y combatir la discriminación y el estigma en el ámbito laboral.



Propuestas para la identificación y el correcto diagnóstico de los trastornos mentales

6 Mejorar la coordinación de todos los profesionales implicados en el diagnóstico y la atención de personas con trastornos mentales.

- Fomentar un esfuerzo compartido en el **diagnóstico inicial** entre **profesionales de Atención Primaria, Centros de Salud Mental y Hospitalaria**, fomentando el acceso a la información de la historia clínica y los tratamientos por parte de los profesionales responsables del abordaje terapéutico y seguimiento del paciente, así como una mayor cooperación y comunicación entre **psiquiatras, psicólogos clínicos, médicos de familia, pediatras, geriatras, enfermeros, trabajadores sociales, farmacéuticos, organizaciones de pacientes y agentes sociales**.
- Fomentar el concepto de «**asistencia compartida**» entre la **Atención Primaria, Comunitaria y Hospitalaria, evitando el de «derivación»** en la atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales; y facilitar el acceso fluido a la información de los pacientes con trastornos mentales para garantizar esta asistencia compartida. Esto implica evolucionar hacia protocolos claros de derivación, interconsulta y responsabilidades definidas, que superen la mera derivación y aseguren la continuidad asistencial, especialmente para pacientes con trastornos mentales complejos o crónicos.
- Incluir la **atención en salud mental** en el **abordaje integral** de los **pacientes con cronicidad o comorbilidad**, dada la elevada frecuencia de los trastornos mentales en estos pacientes y su impacto en la calidad de vida y el manejo de su enfermedad, incidiendo en la prevención, el diagnóstico y abordaje terapéutico precoz.
- Disponer de un **plan de terapéutico único centrado en el paciente**, adaptando los **sistemas de información** para que esto sea posible en la práctica clínica.



7 Mejorar la formación en salud mental para todos los profesionales sanitarios que tratan directa o indirectamente con personas con trastornos mentales.

- Diseñar programas de **formación específica, independiente y actualizada en salud mental** con el objetivo de mejorar la atención y detección temprana de trastornos mentales. Estos programas deben estar acreditados, basarse en la mejor evidencia científica disponible y adaptarse en forma y contenido a los distintos perfiles profesionales y niveles asistenciales, **respondiendo también a las limitaciones** impuestas por la **sobrecarga asistencial, especialmente en Atención Primaria**.
- Priorizar y fomentar activamente esta formación en salud mental entre los profesionales que atienden regularmente a poblaciones con alta prevalencia o vulnerabilidad a padecer trastornos mentales. Esto incluye, de manera destacada, a los equipos de Atención Primaria, así como a aquellos profesionales responsables de la asistencia sanitaria de pacientes con **enfermedades crónicas, personas en situación de dependencia, o pertenecientes a otros colectivos vulnerables, como son las mujeres, la población LGTBIQ+, inmigrantes, personas racializadas, población rural o personas sin hogar**.
- Abordar específicamente los **retos del infra y sobrediagnóstico en poblaciones clave**, mediante la **sensibilización y formación de los profesionales sanitarios** sobre las particularidades de la presentación de los trastornos mentales en la infancia, la adolescencia y en las personas mayores.
- Reforzar la **formación en salud mental en las etapas de grado y posgrado de las profesiones sanitarias, con especial énfasis en Pediatría y Geriatria**. Esto implica revisar los planes de estudio para asegurar contenidos suficientes y de calidad, así como establecer y garantizar rotaciones específicas y obligatorias por servicios de salud mental durante los programas de Formación Sanitaria Especializada (MIR, PIR, FIR, EIR, etc.) para estos y otros especialistas clave, con el fin de mejorar estructuralmente la calidad asistencial.



8 Facilitar la detección temprana e implementación de programas de salud mental en el ámbito social, educativo y laboral.

- Reforzar las **capacidades de detección temprana** en múltiples niveles dotando a los profesionales sociosanitarios de herramientas y formación para identificar indicios de trastornos mentales y riesgos, especialmente en poblaciones vulnerables. Paralelamente, se debe **formar a docentes, responsables de personal en empresas y en la Administración Pública** en la identificación de señales de alerta y estrategias básicas de prevención.
- Promover **entornos educativos y laborales mentalmente saludables** mediante la realización sistemática de **evaluaciones de riesgos psicosociales**, especialmente en el ámbito laboral, y asegurando el acceso oportuno a servicios de atención temprana y apoyo para estudiantes y trabajadores que lo necesiten.
- Implementar **programas integrales de promoción de la salud mental y prevención con enfoque comunitario**. Estos programas deben **abordar factores como la soledad no deseada y el apoyo a personas con cronicidad** (ej. programas de paciente activo, escuelas de pacientes), desarrollándose en colaboración con asociaciones de pacientes y otros actores sociales relevantes.
- Involucrar y apoyar a las **redes de soporte social**, especialmente para familiares y personas cuidadoras. Se deben facilitar programas de apoyo emocional, formación sobre la detección de señales de alerta, y pautas de actuación en crisis, reconociendo su papel fundamental en el continuo de la atención y la prevención.



9 Garantizar que las ratios de profesionales por población en Psiquiatría, Psiquiatría infantil y adolescente, Psicología Clínica, Enfermería de salud mental y Trabajadores Sociales con dedicación a la salud mental, cubran las necesidades existentes.

- Realizar una **revisión exhaustiva y periódica de las ratios de profesionales de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería especialista en salud mental y Trabajo Social** por cada 100.000 habitantes. Esta revisión debe basarse en las **necesidades reales de la población**, la complejidad de los casos, los estándares europeos y la evidencia científica, y debe traducirse en una planificación vinculante de los recursos humanos que asegure el aumento de la contratación necesario para cubrir la demanda asistencial actual y futura de forma efectiva.
- Implementar políticas activas para asegurar una **distribución territorial equitativa de estos profesionales**, ajustada a las necesidades, con especial atención a las **áreas rurales, remotas o socioeconómicamente desfavorecidas**. Esto puede incluir incentivos para la atracción y retención de profesionales en dichas zonas, el uso estratégico de la **telemedicina** para apoyo especializado, y la potenciación de equipos multidisciplinares móviles o de apoyo comunitario.
- Priorizar la labor asistencial de los profesionales sanitarios con dedicación a la salud mental, haciendo un **uso eficiente de los mismos, asegurando el tiempo suficiente de consulta y reduciendo las actividades burocráticas**.
- Fomentar **modelos organizativos y de trabajo que promuevan la colaboración interdisciplinaria real y efectiva entre los diferentes perfiles profesionales de la salud mental**. La optimización de las ratios debe ir acompañada de una mejora en los procesos de trabajo conjunto, la comunicación y la coordinación para garantizar una atención verdaderamente integral y centrada en la persona.



Propuestas para la definición del objetivo terapéutico y elección del tratamiento adecuado

10 Integrar el tratamiento psicofarmacológico y/o la psicoterapia en las personas con trastornos mentales en base a la evidencia científica.

- Garantizar que la **selección de intervenciones terapéuticas (psicofarmacológicas, psicoterapéuticas o combinadas)** se base en una evaluación individualizada del paciente y **se sustente en la evidencia científica**, asegurando el acceso oportuno a las mismas dentro del plan de terapéutico único centrado en el paciente.
- Implementar las medidas necesarias para **garantizar que todas las opciones terapéuticas** consideradas óptimas según la evidencia científica **estén efectivamente disponibles y sean accesibles para los pacientes**. Esto incluye la superación de barreras administrativas, la inclusión de medicamentos y terapias innovadoras con valor terapéutico demostrado en la cartera de servicios, y la dotación de infraestructuras y recursos que permitan su aplicación en condiciones de equidad en todo el territorio.
- Asegurar un **acceso equitativo y suficiente a la psicoterapia basada en la evidencia dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS)**. Esto implica no solo aumentar la oferta de este recurso terapéutico fundamental, sino también **realizar los ajustes necesarios en la planificación y dotación de recursos humanos** (psicólogos clínicos, psiquiatras con formación específica) **y económicos** para que la psicoterapia esté disponible en tiempos de espera razonables y con la intensidad y duración adecuadas a las necesidades clínicas de los pacientes.



11 Fomentar una mayor formación en psicoterapia y psicofarmacología entre los profesionales sanitarios.

- Promover y facilitar el acceso a **programas de formación continuada y especializada en psicofarmacología clínica y en las distintas modalidades de psicoterapia con aval científico**. Esta formación debe ser **independiente, acreditada, libre de conflictos de interés y adaptada a los diferentes perfiles profesionales** con el fin de asegurar un conocimiento profundo sobre indicaciones, mecanismos de acción, interacciones, manejo de efectos adversos y criterios de optimización terapéutica.
 - Fomentar y dar a conocer el uso de la **Nomenclatura Basada en la Neurociencia (NbN)** para mejorar la comprensión de las indicaciones de cada tipo de fármaco en los trastornos mentales.
- Fortalecer la **capacitación de los profesionales sanitarios en la identificación, notificación y manejo de los efectos adversos** asociados tanto a los tratamientos psicofarmacológicos como a las intervenciones psicoterapéuticas. Es crucial mejorar la farmacovigilancia y la monitorización de resultados en la práctica clínica habitual.
- Impulsar la **investigación clínica independiente y la generación de evidencia en el contexto de la práctica real que avale y refine los usos clínicos de los psicofármacos y la psicoterapia**. Se debe crear, asimismo, un entorno regulatorio y de difusión del conocimiento que favorezca que esta evidencia sea accesible y útil para la toma de decisiones clínicas por parte de los prescriptores. Una mayor comprensión y competencia en el manejo de estos tratamientos contribuirá, además, a reducir el estigma asociado a la medicación psiquiátrica.



12 Garantizar una prescripción terapéutica basada en la evidencia científica, con un plan de seguimiento definido.

- Una vez consideradas las alternativas de tratamiento existentes, y se juzgue que es necesaria una **intervención farmacológica**, se debe **asegurar la indicación racional y basada en la evidencia científica** en el momento de la **prescripción inicial** del paciente recientemente diagnosticado.
 - Se deben establecer objetivos claros y asegurar una mayor participación del paciente, incluyendo medidas encaminadas a la reducción de la complejidad del régimen terapéutico o a la mejora de la formulación para facilitar el cumplimiento.
- En el caso de que se juzgue que es necesaria una intervención psicoterapéutica, asegurar que la indicación y elección de un modelo específico de psicoterapia se base en la **evidencia científica disponible para el trastorno y las características del paciente**, involucrando a este último en un proceso de decisión informada y compartida. Se deben clarificar los objetivos terapéuticos, la metodología, la duración estimada y las expectativas del proceso psicoterapéutico.
- Garantizar que los tratamientos prescritos y el plan de seguimiento forman parte de un **plan terapéutico único** consensuado con el paciente, coordinado y adaptado a sus necesidades, que permita **valorar su evolución y la consecución de los objetivos**.



13 Asegurar el acceso a las diferentes modalidades de tratamiento en los centros asistenciales, contando con profesionales sanitarios que juegan un papel clave en el abordaje holístico de los trastornos mentales.

- Para ello, es fundamental **estudiar las necesidades del número de estos profesionales** clave para un abordaje holístico –como psicólogos clínicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales sanitarios y enfermeras especialistas en salud mental– el Sistema Nacional de Salud y garantizar su integración en los equipos de Atención Primaria y Comunitaria para que no trabajen de forma aislada.
- **Favorecer el acceso equitativo y oportuno a la psicoterapia**, reduciendo tiempos de espera, facilitando un enfoque comunitario y más preventivo en salud mental y reduciendo los tiempos entre consultas.
- En particular, sería importante **garantizar el acceso a psicólogos clínicos en los centros asistenciales en todas las comunidades autónomas**, así como reforzar sus funciones para impulsar la detección temprana y terapias grupales, fortaleciendo así su impacto en este nivel asistencial.
- Coordinar la salud mental con el **manejo de potenciales trastornos orgánicos o comorbilidades físicas** (como el dolor crónico u otras enfermedades crónicas) que puedan estar influyendo en la presentación del trastorno mental o en la respuesta al tratamiento. Este abordaje integral requiere una comunicación fluida y colaboración entre los profesionales de salud mental y otras especialidades.



14 Ampliar la evidencia científica disponible sobre el tratamiento con psicofármacos y sobre la psicoterapia en determinadas poblaciones y condiciones clínicas para las que la evidencia disponible es limitada.

- Extender la **investigación (pública y privada), promoviendo el uso de datos de vida real**, en indicaciones médicas de los psicofármacos allí donde la evidencia es limitada como en la infancia, la adolescencia, las personas de edad más avanzada, y las personas con comorbilidad o enfermedad crónica, dada la limitación de ensayos clínicos con psicofármacos en estas poblaciones y la necesidad de generar más evidencia para el tratamiento de trastornos mentales en estos pacientes.
- De forma paralela y con igual énfasis, **impulsar la investigación sobre la eficacia, efectividad, y aplicabilidad de las diferentes modalidades de psicoterapia** (incluyendo intervenciones individuales, grupales, familiares, así como terapias de tercera generación) en la infancia, la adolescencia, las personas mayores y aquellos pacientes con comorbilidades o enfermedades crónicas.
- Generar **incentivos** en el marco regulatorio para **generar nuevas indicaciones en los fármacos** ya existentes que puedan ofrecer beneficios en el tratamiento de los trastornos mentales, así como la **investigación de nuevas moléculas y abordajes terapéuticos innovadores**, siempre garantizando la seguridad del paciente y la transparencia en los procesos.



15 Desarrollar y difundir Guías de Práctica Clínica para trastornos mentales a nivel nacional.

- Impulsar el **desarrollo, la actualización periódica y la difusión sistemática de Guías de Práctica Clínica de alta calidad** para los principales trastornos mentales a nivel nacional. Estas guías deben elaborarse mediante una **metodología rigurosa y transparente**, implicando a las autoridades sanitarias y reguladoras, con participación multidisciplinar (incluyendo pacientes). Deben basarse en la mejor evidencia disponible y ofrecer recomendaciones claras para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, adecuado y, en su caso, recomendaciones para una interrupción segura de los mismos, con el objetivo de garantizar una atención efectiva, segura y homogénea en todo el territorio.
- Asegurar **que las Guías de Práctica Clínica contemplen las particularidades clínicas, evolutivas y sociales de grupos poblacionales específicos**, desarrollando recomendaciones o adaptaciones específicas para la infancia, la adolescencia, las personas mayores, y otros colectivos con necesidades particulares (por ejemplo, en función del género, comorbilidades, o contexto sociocultural).
- Fomentar mecanismos de colaboración interautonómica para el desarrollo, adaptación e implementación de **Guías de Práctica Clínica en salud mental**, así como para el intercambio de buenas prácticas y la optimización de recursos.



Propuestas para mejorar la comunicación efectiva y el compromiso con los objetivos y el plan de tratamiento

16 Integrar el tratamiento psicofarmacológico y/o la psicoterapia en las personas con trastornos mentales en base a la evidencia científica.

- La **creación de un entorno asistencial que facilite la deliberación conjunta**, lo que implica **garantizar tiempos de consulta** suficientes para que los profesionales puedan explicar las opciones terapéuticas, resolver dudas y explorar los valores y preferencias del paciente. Se deben establecer procedimientos estructurados y herramientas de apoyo (como las ayudas para la toma de decisiones) que faciliten la articulación efectiva de este proceso colaborativo.
- El **desarrollo y la provisión sistemática de material informativo claro, veraz y accesible sobre los trastornos mentales y los tratamientos disponibles**. Este material, co-creado preferiblemente con organizaciones de pacientes y adaptado a diferentes niveles de comprensión y necesidades (incluyendo la accesibilidad cognitiva), debe empoderar tanto al paciente como a sus cuidadores principales para participar activamente en el proceso de decisión.
- El **reconocimiento y respeto del principio de autonomía del paciente** en todas las etapas del proceso, incluyendo la participación de menores con madurez suficiente (generalmente a partir de los 12-16 años, según la legislación y valoración clínica) en las decisiones sobre su tratamiento. Asimismo, se debe abordar y documentar, cuando proceda y sea posible, las **preferencias del paciente respecto con su atención clínica en situaciones de enajenación transitoria**, que deben ser debidamente documentadas y respetadas atendiendo al principio de autonomía.



17 Garantizar una comunicación efectiva entre el profesional sanitario que prescriba el tratamiento y el paciente.

- Se debe **reforzar la importancia de la comunicación continua, clara y bidireccional** entre el profesional sanitario y el paciente a lo largo de todo el proceso terapéutico. Esta comunicación debe abordar de forma explícita los **objetivos del tratamiento, la duración esperada, los criterios para valorar la evolución**, y las circunstancias que podrían requerir ajustes o la interrupción del plan.
 - Es crucial que toda la información, tanto verbal como escrita (incluyendo prospectos de medicamentos e informes), se proporcione en **formatos que aseguren la accesibilidad cognitiva**, utilizando lenguaje sencillo, apoyos visuales y otros recursos que faciliten su comprensión por todas las personas, incluidas aquellas con dificultades de lectoescritura o comprensión.
- Implementar el **uso de herramientas y estrategias que mejoren la comprensión del paciente y su implicación activa en el tratamiento**. Esto incluye el suministro de materiales educativos adaptados, el uso de registros de síntomas o experiencias, la promoción de la autogestión guiada y la realización de un seguimiento estructurado en consulta que permita verificar la comprensión, resolver dudas y reforzar la alianza terapéutica.
- Informar y formar a pacientes y familias acerca de **cómo adaptarse lo mejor posible a la enfermedad y sobre el proceso psicológico y etapas** que implica para reducir el impacto emocional.



Propuestas para mejorar el seguimiento de los tratamientos de las personas con trastornos mentales

18 Garantizar un seguimiento adecuado del paciente y una evaluación continua del tratamiento.

- Asegurar un **seguimiento adecuado y ajustado** a las necesidades del paciente por parte de todos los profesionales implicados en el tratamiento del paciente, que permita una **evaluación continua del cumplimiento y la respuesta** al tratamiento.
- Establecer **protocolos para la detección sistemática, el registro detallado en la historia clínica y el manejo adecuado de los efectos adversos** de los psicofármacos. Esto incluye la monitorización de parámetros clínicos y analíticos relevantes según el fármaco prescrito y el perfil del paciente.
- **Evaluar individualmente si se requiere una interrupción, ajuste o modificación del tratamiento farmacológico** (por ejemplo, en las personas mayores con riesgo de desestabilización) y los **pasos a seguir** para ello, atendiendo a la evolución clínica, la calidad de vida, el balance riesgo-beneficio (especialmente en poblaciones vulnerables) y las preferencias del paciente.
- **Evitar la prescripción crónica no supervisada, especialmente en entornos institucionalizados** (como residencias de mayores), llevando a cabo una mayor monitorización de los pacientes de salud mental y generando programas de formación para profesionales sanitarios sobre el manejo de la cronicidad y su impacto emocional.
- Promover la **investigación y el conocimiento sobre los posibles efectos adversos o la falta de respuesta a la psicoterapia**, y fomentar su detección y registro sistemático en la **historia clínica**.
- Establecer un **marco de evaluación continua del proceso psicoterapéutico**, que permita valorar la evolución del paciente, la consecución de los objetivos y la pertinencia de continuar, finalizar o modificar la intervención. Esta evaluación debe ser individualizada, consensuada con el paciente y considerar tanto los resultados clínicos como la experiencia subjetiva del mismo, definiendo criterios claros para la interrupción o el alta terapéutica.



19 Implementar un sistema de seguimiento y evaluación continua del cumplimiento terapéutico estructurado.

- Establecer un **enfoque estructurado y protocolizado para la evaluación continua de la respuesta al tratamiento y del cumplimiento terapéutico en cada consulta**. Esto implica definir la frecuencia de las revisiones periódicas en función de la gravedad del trastorno, la fase del tratamiento y la evolución individual del paciente.
- Implementar **estrategias activas para prevenir la cronificación innecesaria y prevenir escaladas inadecuadas cuando la respuesta no sea la esperada**, retirando de forma segura tratamientos inefectivos y garantizando una adherencia adecuada a los tratamientos que sí están teniendo el efecto deseado o esperado.
- Potenciar y estructurar la **atención domiciliaria como modalidad de seguimiento y apoyo para casos de especial complejidad**. Esto es particularmente relevante para personas con comorbilidad, alta dependencia, dificultades de movilidad o escaso soporte social, permitiendo una evaluación más ajustada a su entorno, una mejor adherencia y una intervención temprana ante posibles descompensaciones.



20 Reforzar y flexibilizar el seguimiento del paciente más allá de las consultas sanitarias, para ayudarle a gestionar mejor su enfermedad en los periodos de interconsulta.

- Fortalecer y definir claramente el **papel de los profesionales de enfermería** en el seguimiento proactivo y continuado del paciente durante los periodos de interconsulta. Sus funciones deben incluir la evaluación de la respuesta al tratamiento, la monitorización de la adherencia terapéutica, la detección temprana de efectos adversos o recaídas, la educación para la salud y el apoyo en el manejo de la sintomatología en el día a día.
- Establecer y potenciar **canales de comunicación fluidos, seguros y eficientes entre los diferentes niveles asistenciales y profesionales implicados en el cuidado del paciente** para compartir información relevante (con consentimiento del paciente), monitorizar conjuntamente la adherencia al tratamiento, los efectos secundarios y la evolución clínica general.
- Promover la **colaboración de la farmacia comunitaria en las estrategias de seguimiento y apoyo al paciente**. Aprovechando su accesibilidad y la frecuencia de contacto, los farmacéuticos pueden desempeñar un rol crucial en la detección de dificultades en la adherencia a los tratamientos farmacológicos, la provisión de información sobre el uso adecuado de la medicación, la identificación de posibles interacciones o efectos adversos, y la alerta temprana a los equipos médicos ante sospechas de abuso, dependencia o problemas graves relacionados con los psicofármacos.



7

Bibliografía



- **Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [AEMPS].** (2025). Informes publicados. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes/?lang=en>
- **Alegría, M., Zhen-Duan, J., O'Malley, I. S., & DiMarzio, K.** (2022). A new agenda for optimizing investments in community mental health and reducing disparities. *American Journal of Psychiatry*, 179(6), 402–416. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21100970>
- **The European House & Angelini Pharma** (2021). Headway 2023 Report. The European House – Ambrosetti. https://www.angelinipharma.es/media/xahawdh3/211005_headway-2023_report_def.pdf
- **The European House – Ambrosetti.** (2024, septiembre 25). Headway - A new roadmap in Brain Health: Focus Mental Health – 4th edition of the Forum. <https://healthcare.ambrosetti.eu/it/incontri/view/14293>
- **Asociación Española de Pediatría** (2022): Más del 95% de los pediatras admiten estar 'muy preocupados' ante el incremento de problemas de salud mental en niños y adolescentes y reconocen no tener suficiente formación: <https://www.aeped.es/noticias/mas-95-los-pediatras-admiten-estar-muy-preocupados-ante-incremento-problemas-salud-mental-en-ninos-y>
- **Benbassat, J., Pilpel, D., & Tidhar, M.** (1998). Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioral medicine*, 24(2), 81–88. [://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08964289809596384](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08964289809596384)
- **Cabrera, I., & Montorio, I.** (2009, marzo-abril). Ansiedad y envejecimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ansiedad-envejecimiento-S0211139X09000341>
- **Calkins, D. R., Davis, R. B., Reiley, P., Phillips, R. S., Pineo, K. L., Delbanco, T. L., & Iezzoni, L. I.** (1997). Patient-physician communication at hospital discharge and patients' understanding of the postdischarge treatment plan. *Archives of internal medicine*, 157(9), 1026–1030. [:jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/623303](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/623303)
- **Casañas, R., & Lalucat, L.** (2018). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/7._promocion_de_la_salud_mental_preencion_de_los_trastornos_mentales_y_lucha_contra_el_estigma._estrategias_y_recursos_para_la_alfabetizacion_emocional_de_los_adolescentes.pdf
- **Castillero Mimenza, O.** (2019, 6 de mayo). Diferencias entre DSM-5 y CIE-10. *Psicología y Mente*. <https://psicologiymente.com/clinica/diferencias-entre-dsm-5-y-cie-10>
- **Comisionado de Salud Mental, Zurita Zarco, C., Yepes Crespillo, I., Pérez Arango, N., Sanz Casado, S. E., Mon Trotti, V., Otero Llama, R., Palet Colomer, J., & Berasaluce Heras, M.** (2025, 8 de abril). Plan de acción de salud mental 2025-2027. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf
- **Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health y Task Force on Mental Health.** (2009, julio). Futuro de la pediatría: competencias de salud mental para la atención primaria pediátrica. *Pediatrics*. <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-futuro-pediatria-competencias-salud-mental-atencion-primaria-13142364>

- **Consejo Económico y Social.** (CES, 2024). El sistema sanitario: Situación actual y perspectivas para el futuro. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf
- **Consejo General de la Psicología de España** (Infocop). (2023, 2 de octubre). La necesidad de atender la salud mental. Infocop. <https://www.infocop.es/la-necesidad-de-atender-la-salud-mental/>
- **Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A.** (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 164, 141-148. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714000640>
- **Deber, R. B., Kraetschmer, N., & Irvine, J.** (1996). What role do patients wish to play in treatment decision making?. *Archives of internal medicine*, 156(13), 1414-1420.; pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8678709/
- **Defensor del Pueblo.** (2023). Anexo al Informe Anual 2022. https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2023/03/13032023-Anexo_Informe_Anual_2022.pdf
- **Desviat, M., & Moreno Pérez, A.** (Eds.). (2012). Acciones de salud mental en la comunidad. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>
- **De Vries, T. P. G., Henning, R. H., Hogerzeil, H. V., Fresle, D. A., Policy, M., & World Health Organization.** (1994). Guide to good prescribing: a practical manual (No. WHO/DAP/94.11). World Health Organization. iris.who.int/bitstream/handle/10665/59001/WHO_DAP_94.11.pdf?sequence=1
- **Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados – Año 2022.** (2023). INE (Instituto Nacional de Estadística). https://www.infocop.es/wp-content/uploads/2023/06/epsc_2022.pdf
- **European Commission:** (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OCED Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- **Fiorillo A, Barlati S, Bellomo A, Corrivetti G, Nicolò G, Sampogna G, Stanga V, Veltro F, Maina G, Vita A.** (2020). The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. *Ann Gen Psychiatry*. 2020 Aug 5;19:43.: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32774442/>
- **Fundación Weber: Libro Blanco de la Adherencia España.** https://www.oatobservatorio.com/wp-content/uploads/2023/02/17.20220404.Proy-Adher.LB_Version-digital-OK.pdf?utm_
- **Garayoa, J. A. C., Pérez-Testor, S., & Magriña, M. A.** (1996). El abandono de los tratamientos psicoterapéuticos. *Clínica y salud*, 7(3), 271: journals.copmadrid.org/clysa/archivos/1996/vol3/arti2.htm#:~:text=Mientras%20que%20la%20tasa%20de,con%20elevada%20%22disponibilidad%20psicol%C3%B3gica%22
- **Guinea Roca, R.** (2017). La psicoterapia en el proceso de recuperación de personas con enfermedad mental grave. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 99-105. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100012
- **Hatzenbuehler, M. L.** (2013). Structural stigma: Research evidence and implications for psychological science. *American Psychologist*, 68(4), 296-307. <https://doi.org/10.1037/a0032687>

- **Healthcare Ambrosetti.** (2024, 25 de septiembre). Headway - A new roadmap in Brain Health: Focus Mental Health 4th edition of the Forum. <https://healthcare.ambrosetti.eu/it/incontri/view/14293>
- **Hopwood M** (2020). The Shared Decision-Making Process in the Pharmacological Management of Depression. *Patient*. 2020 Feb;13(1):23-30. doi: 10.1007/s40271-019-00383-w. PMID: 31544218; PMCID: PMC6957572 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31544218/>
- **Horowitz, M., & Taylor, D. M.** (2024). The Maudsley deprescribing guidelines: antidepressants, benzodiazepines, gabapentinoids and Z-drugs. John Wiley & Sons.
- **Instituto Nacional de Estadística (INE).** (2024, December 13). El empleo de las personas con discapacidad. Últimos datos. INEbase / Mercado laboral / Actividad, ocupación y paro. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736055502&menu=ultiDatos&idp=1254735976595
- **Ipsos.** (2023). World Mental Health Day 2023: A Global Advisor Survey. Ipsos. https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-10/Ipsos-World_Mental_Health_Day_Survey_2023.pdf
- **Jiménez Pascual, A. M.** (2002). Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (82), 221-229. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352002000200010
- **Koran, L. M., Hanna, G. L., Hollander, E., Nestadt, G., & Simpson, H. B.** (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 164(7 Suppl), 5-53. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17849776/>
- **Leucht, S., Hierl, S., Kissling, W., Dold, M., & Davis, J. M. (2012).** Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *Br J Psychiatry*, 200(2), 97-106. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22297588/>
- **Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A.** (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328>
- **Medel-Herrero, Á., & Gomez-Beneyto, M.** (2019). Impacto de la crisis económica del 2008 en el número de jóvenes hospitalizados por patología psiquiátrica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 12(1), 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.10.002>
- **Mental Health Foundation.** (s.f.). Children and young people: statistics. Mental Health Foundation. <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/statistics/children-young-people-statistics>
- **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad** (2014c). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto: portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- **Ministerio de Sanidad.** (2020c). Encuesta Europea de Salud en España 2020. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm
- **Ministerio de Sanidad.** (2022b). ESTUDIO HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL-AGED CHILDREN (HBSC) EN ESPAÑA, 2022. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/estudioHBSC/2022/docs/HBSC2022_ResumenEstudio.pdf

- **Ministerio de Sanidad.** (Comisionado de Salud Mental & Ministerio de Sanidad, 2024). La comisión de Salud Mental anuncia un nuevo plan de acción 2025-2027. Ministerio de Sanidad. <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6442>
- **Ministerio de Sanidad.** (2024a). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
- **Ministerio de Sanidad.** (s.f.). Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS. Recuperado el 15 de enero de 2025, de <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>
- **Ministerio de Sanidad. Centro de Publicaciones.** (2024d, julio). Barómetro Sanitario 2024. Segunda oleada. Nota técnica. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/Barom_Sanit_2024/BS_2024_2a_oleada/NOTA_TECNICA_BS_20la_2024.pdf
- **Moran, M.** (2019, August 12). Board Encourages Use of New Nomenclature for Psychiatric Medication. Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental._analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf
- **Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.** (2021). Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2021: Informe de Resultados. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf
- **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies.** (2023). Country Health Profiles 2023. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/health-system-performance/oecd-obs-launch-country-health-profiles-2023.pdf>
- **Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE).** (2021a). Tackling the mental health impact of the COVID-19 crisis: An integrated, whole-of-society response. OCDE Publishing. <https://doi.org/10.1787/0ccafa0b-en>
- **Organisation for Economic Co-operation and Development (OCDE).** (s.f.). Indicadores clave del sistema de salud. Recuperado en enero de 2025, [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=DisseminateFinalDMZ&df\[id\]=HEALTH_PHMC%40DF_KEY_INDIC&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&dq=..DD-D_10P3HB..N06A&pd=2010%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateFinalDMZ&df[id]=HEALTH_PHMC%40DF_KEY_INDIC&df[ag]=OECD.ELS.HD&dq=..DD-D_10P3HB..N06A&pd=2010%2C&to[TIME_PERIOD]=false)
- **Organización Mundial de la Salud.** (2001). Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42447/WHR_2001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- **Organización Mundial de la Salud.** (2021). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2022, 8 de junio). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- **Organización Panamericana de la Salud.** (2010, 3 de junio). Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. <https://www.paho.org/es/documentos/tratamiento-farmacologico-trastornos-mentales-atencion-primaria-salud>

- **Ortega Cerda, J. J., Sánchez Herrera, D., Rodríguez Miranda, Ó. A., & Ortega Legaspi, J. M.** (2018). Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta médica grupo ángeles*, 16(3), 226-232.: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
- **Ostinelli, E. G., Schulze, M., Zangani, C., Farhat, L. C., Tomlinson, A., Del Giovane, C., ... & Cortese, S.** (2025). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychological, and neurostimulatory interventions for ADHD in adults: a systematic review and component network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 12(1), 32-43. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(24\)00360-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(24)00360-2/fulltext)
- **Pagès-Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I.** (2018). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica*, 59(4), 251-258. <https://doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>
- **Patel, V., et al.** (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet* (London, England), 392(10157), 1553-1598. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30314863/>
- **Perelló Pardo, M. R.** (2023, June 28). Psicofármacos: Clasificación y usos. Blog del Creap. Valencia. <https://blogcreap.imsero.es/-/psicofarmacos-clasificacion-usos>
- **Periódico UNAL.** (2023, 1 de septiembre). Neurotransmisores y psicofármacos: ¿cómo se equilibra la química de los trastornos psicológicos? <https://periodico.unal.edu.co/ABC/neurotransmisores-y-psicofarmacos-como-se-equilibra-la-quimica-de-los-trastornos-psicologicos>
- **Plena Inclusión Castilla-La Mancha.** (2022). Consumo de psicofármacos en personas con discapacidad intelectual: análisis en Castilla-La Mancha. <https://www.plenainclusion.org/publicaciones/buscar/guia-practica-para-la-utilizacion-de-psicofarmacos-en-personas-con-discapacidad-intelectual-o-del-desarrollo-frente-a-los-problemas-en-la-regulacion-de-las-emociones-y-la-conducta-durante-la-pandemia-d/>
- **Rodríguez, R. M. A., Remón, C. A., & Rodríguez, M. D. M.** (2021). La participación del paciente en su seguridad. *Atención primaria*, 53, 102215.: https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/eventos/jornadas/2023/docs/Articulo_participacion_paciente_seguridad.pdf
- **Ruiz, M. Á., Montes, J. M., Lauffer, J. C., Álvarez, C., Mauriño, J., & de Dios Perrino, C.** (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 5(2), 98-106.: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7479226>
- **Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W.** (2005). Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20(8), 529-539. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16171984/>
- **Sánchez, R. O.** (2005). Estrategias para mejorar la adherencia terapéutica en patologías crónicas. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(2), 8-17. www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol29_2EstrategiasMejora.pdf
- **Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C.** (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: a systematic review and meta analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), 440-452. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22242976/>

- **Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental.** (2023). Libro Blanco de la Psiquiatría en España. https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf
- **Torales, J., & Arce, A.** (2017). Principios de Psicofarmacología: una introducción. *Medicina Clínica y Social*, 1(1), 54-99. <https://medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/6/5>
- **Unión General de Trabajadoras y Trabajadores.** (2024). Informe. Salud mental y trabajo 2024. UGT. https://www.ugt.es/sites/default/files/informes/2024_Informe_Mental_Trabajo.pdf
- **Villagrán, J. M., Lara Ruiz-Granados, I., & González-Saiz, F.** (2015). Aspectos conceptuales sobre el proceso de decisión compartida en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 455-472. scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000300002
- **Woo, J.-M., Kim, W., Hwang, T.-Y., Frick, K. D., Choi, B. H., Seo, Y.-J., Kang, E.-H., Kim, S. J., Ham, B.-J., Lee, J.-S., & Park, Y. L.** (2011). Impact of depression on work productivity and its improvement after outpatient treatment with antidepressants. *Value in Health*, 14(4), 475-482. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2010.11.006>
- **World Health Organization.** (2022, 17 de junio). Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- **World Health Organization** (2020). Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization. Regional Office for Europe.: iris.who.int/handle/10665/326386
- **Xavier, M. D. S., Terra, M. G., da Silva, C. T., Souto, V. T., Mostradeiro, S. C. T. D. S., & Vasconcelos, R. O.** (2014). El uso de psicofármacos en individuos con trastorno mental en seguimiento ambulatorio. *Enfermería Global*, 13(36), 114-125. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000400007

Juntos por una mejor salud mental

Un informe del Comité de Expertos para la Salud Mental
