

Prevención y promoción en salud mental

47

Alberto Fernández Liria,
Mariano Hernández Monsalve y Lluís Lalucat Jo

1. INTRODUCCIÓN: LA CONFORMACIÓN DE LA ÓPTICA ACTUAL DE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN

La prevención de los trastornos y, aún la promoción de la salud han sido objeto de la atención de cuantas personas se han dedicado a la salud mental a lo largo de la historia. Sin embargo, éste, aún más que los aspectos diagnósticos y terapéuticos, ha sido por mucho tiempo un terreno en el que la disciplina se ha movido en un campo puramente hipotético, que no se ha acompañado de una práctica contrastable y, generalmente ha estado muy guiado por los valores y creencias del momento.

La introducción de la prevención y promoción en la óptica de la psiquiatría en un sentido moderno se configura como parte del movimiento de salud mental comunitaria que comenzó a extenderse por los EE.UU en los años 60. Éste era un movimiento heredero del de higiene mental, iniciado a principios de siglo por el ex-paciente Clifford Beers (que relató su experiencia como tal en su libro *A mind that found itself*) y el psiquiatra Adolf Meyer. En 1955 fue creada por ley la *Joint Commission on Mental Health and Illness*, liderada por el que fuera primer director del Instituto nacional de la salud mental, Robert Felix. En 1961 el trabajo de esta comisión dio lugar al documento titulado *Action for Mental Health*. El 5 de febrero de 1963, el presidente John Kennedy apoyó (con su célebre Mensaje sobre la Enfermedad y el Retardo Mentales) la *Community Mental Health*

Center Act, conocida como Acta Kennedy y aprobada a continuación por la Cámara de representantes. En este mensaje, que se considera como el primer pronunciamiento oficial de un jefe de gobierno sobre el tema, se establecía con toda claridad que la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales, deben considerarse como una responsabilidad comunitaria, y no como un problema privado que sólo afecta a los pacientes, sus familias y el personal médico que lo trata¹.

La formulación más concreta de esta óptica la proporciona Gerald Caplan¹ que desarrolló su propuesta bajo el título de psiquiatría preventiva*. Definió ésta como:

“El cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos que pueden utilizarse para planear y llevar a cabo programas para reducir:

- a. *La frecuencia en la comunidad de los trastornos mentales de todo tipo (**prevención primaria**).*
- b. *La duración de un número significativo de los trastornos que se presentan (**prevención secundaria**).*
- c. *El deterioro que puede resultar de aquellos trastornos (**prevención terciaria**)”.*

¹No sin advertir que se refería a un trabajo que debía ser desarrollado por profesionales de diferente tipo y no sólo, ni fundamentalmente, por psiquiatras, aunque él utilice para referirse a todos ellos el término genérico de psiquiatra preventivo.

Probablemente la aportación teórica más interesante del trabajo de Caplan es el desarrollo de un modelo que permitiera pensar en la posibilidad de hacer “prevención primaria” en materia de salud mental. En palabras del propio Caplan¹: *“Un programa de prevención primaria debería tender a identificar las influencias perjudiciales corrientes, las fuerzas ambientales que ayudan a los individuos a resistirlas, y aquellas otras que influyen sobre la resistencia de la población a las experiencias patógenas”*.

Caplan¹ se lamenta de que no dispongamos de un conocimiento preciso de la etiología de los trastornos mentales que nos permita actuar sobre ellos como pudo actuarse sobre el tétanos o, en el campo de la psiquiatría, a la PGP desde el momento en que pudo relacionarse este trastorno con la infección sifilítica. Su propuesta es suplir este desconocimiento con lo que él llama un “modelo conceptual”.

De nuevo en palabras de Caplan: *“El modelo proporciona una visión amplia de los factores continuos que modelan el desarrollo del estilo general de vida de una persona, y una perspectiva circunscrita de las crisis recurrentes, asociadas con cambios repentinos en sus estructuras de conducta”*.

De esta visión deriva la elección de los dos pilares sobre los que se sostiene el modelo de prevención primaria de Caplan¹: “la provisión de aportes” (físicos, psicológicos y sociales) y “la intervención en crisis”².

Según este modo de ver las cosas, la crisis es un periodo transicional que representa tanto una oportunidad para el desarrollo personal (si se resuelve satisfactoriamente) como un peligro, al aumentar la vulnerabilidad del individuo para los trastornos mentales. La hipótesis de Caplan es que el desenlace de la crisis depende “sobre todo de la forma en la que se maneje la situación en ese momento”, y no tanto de la historia anterior de la persona.

La posibilidad de hacer prevención primaria se apoya, según Caplan¹ en tres características de los periodos críticos:

- El desenlace de la crisis no depende tanto de los factores antecedentes (naturaleza del peligro,

personalidad, experiencias previas...) como de la interacción de factores (endógenos y exógenos) que operan durante la crisis.

- Durante la crisis el sujeto experimenta una gran necesidad de ayuda (y sus signos de anhelo despiertan en quienes lo rodean una reacción biosocial primitiva).
- Durante la crisis el sujeto es más susceptible a la influencia de los otros.

Estas características hacen que el que la crisis proporcione a los agentes comunitarios la posibilidad de desplegar sus esfuerzos con el máximo provecho.

Caplan¹ propone, consecuentemente, dos tareas para los programas de prevención primaria:

- Asegurar los aportes básicos.
- Ayudar a enfrentar la crisis.

Para ello propone dos formas de actuación:

- a. La **acción social**.
- b. La **acción interpersonal**, un modelo que puede resumirse en la tabla 1.

2. LA CONTRARREVOLUCIÓN DE LOS 80

El movimiento de salud mental comunitaria tuvo más éxito en lo referente al desarrollo de estructuras asistenciales alternativas al manicomio (y por tanto en el campo de la prevención secundaria y terciaria) que en el de la prevención primaria. Como señala García Moratalla³, en los años 80 como consecuencia del giro biologicista que experimentó la psiquiatría y del giro al individualismo neoconservador que experimentó la sociedad americana (y, por extensión la mundial) se produjo lo que GW Albee^{4,5} calificó de contrarrevolución en el campo de la prevención, y, ésta pasó a centrarse exclusivamente en la identificación de factores de riesgo genéticos, bioquímicos o físicos para los trastornos

TABLA 1. Modelo de prevención primaria¹

	ACCIÓN SOCIAL	ACCIÓN INTERPERSONAL
PROVISIÓN DE APORTES - Físicos - Psicosociales - Socioculturales	Legislación sobre yodado de aguas, salud laboral, protección de la familia o de la infancia, reglamento de hospitalización de niños y madres, asilos u otras instituciones, servicios sociales para ancianos u otros grupos de riesgo...	Garantizar la provisión en lugares donde se ven amenazados (paritorios, maternidades, cárceles, UVIS, etc.)
INTERVENCIÓN EN CRISIS	1. Atenuación de circunstancias peligrosas 2. Provisión de servicios para favorecer la superación sana de la crisis	1. A través de agentes de salud 2. Directamente a través de profesionales de salud mental

descritos en el DSM que permitieran guiar intervenciones que puedan someterse a estudios controlados. En los principales documentos producidos durante esos años por el Instituto nacional de la salud mental americano, por ejemplo^{6,7}, la promoción de la salud mental dejó de ser considerada un objetivo aceptable y los factores ambientales y la responsabilidad colectiva que habían sido centrales para los psiquiatras preventivos de la generación anterior, pasaron a ser ampliamente ignorados.

El informe de 1999 del *National Advisory Mental Health Council* (NAMHC) por el *Workgroup on Mental Disorders Prevention Research: "Priorities for Prevention Research"* al NIMH⁸ corrige parcialmente esta tendencia con una propuesta de definición de investigación preventiva más amplia a través de tres dominios mayores (pre-intervención, intervención y servicios de sistemas preventivos) y que abarca la prevención de recaída, de trastornos secundarios y de discapacidad e incluye estrategias universales de prevención primaria y promoción de la salud mental, la inclusión de otros contextos de comportamientos en la comunidad (familia, coetáneos, escuela, etc.) y las interacciones entre los niveles genéticos/biológicos con los socioculturales/ambientales así como el reconocimiento de una necesidad mayor de recursos, el estímulo para programas de prevención que promuevan la salud mental y el bienestar, y las sugerencias de cambios en las normas comunitarias y sistemas de apoyo para obtener más beneficios⁹.

García Moratalla subraya también la crítica de Wandersman¹⁰, quien sugiere que el fracaso del modelo de prevención propuesto por el Instituto de medicina se debe a las dificultades de implantar los ensayos de las intervenciones a gran escala, después de haber obtenido eficacia bajo condiciones controladas y la de Miller y Shinn¹¹ que enumeran diversos problemas de dicho modelo, entre los que destacan la escasa capacidad de las organizaciones y comunidades para implantar los programas de prevención basados en la evidencia, muchas veces por una cuestión financiera, la escasa importancia que se da al grado de congruencia entre los valores de la comunidad y los programas, y una tendencia cuasiexclusiva a promover programas basados en la evidencia, basados en la teoría subestimando programas más innovadores que no han sido estudiados.

3. CONCEPTOS ACTUALES

3.1. DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL

La conocida definición de salud de la OMS incluye "tres ideas medulares (...): la salud mental es una parte integral de la salud, la salud mental es más que la ausencia de enfermedad y la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta"¹².

Aunque este hecho excusaría la necesidad de una "definición explícita de salud mental", se han hecho diferentes propuestas al respecto, tanto dentro como fuera de la OMS. Esta organización, propuso hace algunos años la siguiente: "un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"¹². Esta definición positiva de salud mental, supone fundamentar en ella el bienestar y el funcionamiento efectivo. Desde esta definición, además, se introduce una dimensión que va más allá de una óptica individual y la trasciende en una consideración comunitaria, o por lo menos, de la relación entre la salud mental individual y su contexto comunitario. Así, se introduce para la salud mental, la cuestión del equilibrio entre el individuo y su entorno.

En un documento reciente, la OMS¹³ recoge algunos aspectos conceptuales más, como la determinación de la salud mental por factores socioeconómicos y ambientales. Afirma que "la salud mental y los trastornos mentales están determinados por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos en interacción, como ocurre en la salud y la enfermedad en general. La mayor evidencia está asociada con indicadores de pobreza, incluyendo bajos niveles educativos, y en algunos estudios, con pobreza en la vivienda y en los ingresos. Se reconoce como factores de riesgo para la salud mental, el incremento y la persistencia de desventajas socioeconómicas, tanto para los individuos como para las comunidades".

La declaración europea de la OMS afirma que "la salud mental y el bienestar mental son fundamentales para la calidad de vida y la productividad de los individuos, las familias, las comunidades y las naciones, capacitando a las personas para experimentar una vida plena de sentido y para ser ciudadanos creativos y activos."

Otro aspecto que se viene asimismo destacando es la relación entre la salud mental y la conducta, considerando además, los contextos sociales en que ésta se produce. La OMS recoge que "los pro-

*blemas mentales, sociales y de conducta pueden interactuar en forma tal que intensifican sus efectos sobre la conducta y el bienestar. El abuso de sustancias, la violencia y los abusos de mujeres y niños por una parte, y los problemas de salud tales como enfermedad cardíaca, depresión y ansiedad por la otra, tienen mayor prevalencia y son más difíciles de afrontar cuando existen condiciones de altos niveles de desempleo, bajo ingreso, educación limitada, condiciones estresantes de trabajo, discriminación de género, estilo de vida no saludable y violaciones de los derechos humanos"*¹⁴.

Estas consideraciones, han permitido, a su vez, la introducción de elementos conceptuales de gran utilidad práctica para el desarrollo de un modelo de comprensión de la salud y el trastorno mental conocido como de vulnerabilidad y estrés y al que se vincula también la consideración de factores de riesgo y factores de protección para la salud mental. Los factores de riesgo, como su nombre indica, se "asocian a un incremento en la probabilidad de inicio de problemas importantes de salud, así como a una gravedad y duración mayores de estos problemas". Los factores de protección son los aspectos que mejoran la resistencia de las personas frente a los factores de riesgo y frente a las propias enfermedades; han sido definidos como los factores que modifican, alivian o alteran la respuesta de una persona frente a los diversos riesgos ambientales que predisponen a un resultado de desajuste.

Si consideramos la salud mental desde una perspectiva integral, en que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales, tanto de origen individual como familiar y social, podemos contemplar cuales de ellos ejercen una función protectora para el desarrollo y mantenimiento de la salud mental, y cuales otros pueden constituir un riesgo para la misma. Hoy en día, poseemos conocimientos científicos acerca de los factores de riesgo y de protección en el ámbito de la salud mental derivada de un importante número de investigaciones. Desde un punto de vista operativo, podemos ordenar dichos conocimientos como en la tabla de Saxena¹⁵ (tabla 2).

TABLA 2. Factores de riesgo y salud mental¹⁵

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Biológicos	Psicológicos
Complicaciones perinatales	Autoestima
Desequilibrios neuroquímicos	Autonomía
Dolor crónico	Capacidad de adaptación
Embarazo prematuro	Capacidad de control social y de control de los conflictos
Enfermedades médicas	Capacidad de solución de problemas
Factores genéticos de riesgo	Capacidad para encarar la adversidad
Insomnio crónico	Capacidad para superar el estrés
Peso corporal bajo al nacer	Comportamiento social positivo
Psicológicos	Conocimiento de la lectura y escritura
Alteraciones de la comunicación	Control del estrés
Déficit de atención	Desarrollo socioemocional
Dificultades de lectura	Estimulación cognitiva temprana
Discapacidades sensoriales o problemas orgánicos	Habilidad para encarar la vida
Falta de competencia social	Realización de ejercicio físico
Fracaso escolar y desmoralización en el colegio	Relaciones positivas y vínculos tempranos
Habilidades y hábitos laborales poco desarrollados	Sentimientos de control y dominio
Inmadurez y descontrol emocionales	Sentimientos de seguridad
Soledad	Sociales
Uso excesivo de sustancias	Apoyo social de la familia y los amigos
Sociales	Comportamiento materno seguro durante el embarazo
Abuso de ancianos	Crianza adecuada por parte de los padres
Abuso de sustancias por parte de los padres	Interacciones padres-hijo positivas
Abuso y abandono infantiles	Pertenencia a comunidades seguras y solidarias
Acontecimientos vitales estresantes	Promoción de la salud mental en el colegio y en el lugar de trabajo
Conflictos familiares o desorganización familiar	
Exposición a la agresión, la violencia y los traumatismos	
Necesidad de cuidar a pacientes con enfermedades crónicas o demencia	
Padecimiento de enfermedad mental por parte de los padres	
Pérdida de personas queridas, duelo	
Pertenencia a una clase social baja	
Uso de sustancias durante el embarazo	

3.2. DEFINICIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La definición propuesta por la OMS en 2004, recoge la de Hosman y Jané-Llopis¹⁶ y que dice así: *“Las actividades de promoción de la salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas”*.

Si utilizamos un punto de vista más individual centraremos los objetivos de promoción de la salud mental en aquellos aspectos de las formas de sentir y pensar de cada persona, sus necesidades emocionales y afectivas, y sus avatares vitales. En consecuencia, orientaremos el enfoque hacia la promoción de la autoestima, las capacidades de relación personal y las habilidades sociales. Un influyente documento publicado en 2004 en la *Lanarkshire Mental Health and Well-being Information Site* destaca una serie de estos aspectos individuales en la promoción de la propia salud mental¹⁷: aceptarse a sí mismo, aceptar a los demás, hablar de lo que nos sucede, saber escuchar, conservar las amistades, implicarse, beber con moderación, tener cuidado con las drogas, aprender nuevas habilidades, hacer algo creativo, relajarse, mantenerse activo, pedir ayuda, sobrevivir.

Desde un “enfoque comunitario”, en cambio, los objetivos se orientarán a la inclusión social, la participación activa en la comunidad, las redes sociales, así como en la mejora de la calidad de vida y de las relaciones interpersonales en las organizaciones de pertenencia, como la escuela, el trabajo y las entidades comunitarias.

Aplicando una “visión social” más general, los objetivos irán dirigidos a cuestiones de mayor amplitud, dado que implican temáticas como el estigma, la marginación o la discriminación, facilitar el acceso y la integración educativa y laboral o todo aquello que permita desarrollar un modelo de sociedad más inclusivo, participativo y solidario.

Sin embargo, con independencia de cada enfoque, existe un mayor consenso al considerar que el objetivo de mejorar la salud mental requiere una perspectiva de salud pública.

3.3. DEFINICIÓN DE PREVENCIÓN DEL TRASTORNO MENTAL

Los trastornos de la salud mental constituyen una gama muy amplia de problemas, tanto vistos desde la perspectiva de su gravedad como si lo hacemos desde la consideración de su duración o de sus efectos discapacitantes. Los trastornos mentales presentan grados diversos de gravedad y comportan riesgos distintos para la vida. También pueden presentar una duración limitada o extenderse en el tiempo. Por último, las repercusiones funcionales pueden ser mínimas o generar un alto grado de discapacidad y dependencia.

El enfoque preventivo de los trastornos mentales parte de la consideración de los factores de riesgo y de los factores de protección que condicionan tanto su aparición como su desarrollo y consecuencias. Se desarrolla, desde un enfoque de salud pública que incorpora la división entre prevención primaria, secundaria y terciaria.

Para la prevención primaria la OMS¹⁸ recoge una definición de 1994 de Mrazek y Haggerty⁶: *“La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad”*.

Asimismo, incluye un cuadro de definiciones de prevención primaria según sea ésta universal, selectiva o indicada (tabla 3).

Para la prevención secundaria mantiene el concepto de disminuir la proporción de casos establecidos del trastorno en la población (prevalencia) a través

TABLA 3. Tipos de prevención primaria¹⁸

TIPOS	DESCRIPCIÓN
Prevención universal	Intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo
Prevención selectiva	Se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social
Prevención indicada	Se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental

de la detección y tratamiento temprano de enfermedades diagnosticables.

Para la prevención terciaria se incluyen las intervenciones para la reducción de la discapacidad, mejora de la rehabilitación y prevención de recaídas y recurrencia de la enfermedad.

4. EVIDENCIA DISPONIBLE

Existe un amplio consenso internacional presidido por las posiciones de la Organización Mundial de la Salud, la Comisión Europea y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, según el cual, los programas, intervenciones y acciones dirigidos a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la reducción del estigma deben sustentarse sobre la evidencia científica. Debe tratarse, en consecuencia de actividades que hayan demostrado previamente su eficacia en la consecución de los objetivos descritos. La Asamblea Mundial de la Salud de 1998, adoptó ya una resolución para emplear un enfoque basado en la evidencia.

Ahora bien, cuando hablamos de promoción, prevención y reducción del estigma en salud mental, nos estamos refiriendo a modalidades de intervención que no siempre, o pocas veces, se ajustan a los patrones de la investigación médica, que basa sus avances en estudios controlados y aleatorizados realizados en condiciones experimentales artificiales. En el ámbito que tratamos, en cambio, como señala

la OMS “el consenso acerca de la efectividad está basado en la triangulación metodológica que conduce a la interpretación convergente de evidencia de diferentes clases, proveniente de diferentes lugares y generada por diferentes investigadores”. Se impone un “principio de prudencia” en el reconocimiento de la evidencia disponible.

Si bien parece necesario contar con la evidencia para el desarrollo de políticas y programas en nuestro campo, se mantiene aún un debate abierto en como establecer evidencia y sus grados cuando tratamos de intervenciones sobre grupos poblacionales, colectividades, instituciones y comunidades en su conjunto. El desarrollo de estudios tanto cuantitativos como cualitativos de consistencia interna, sin embargo, están aportando un nuevo y creciente conocimiento para la implementación de acciones de promoción y prevención en salud mental con evidencia contrastada. Algunas revisiones críticas aportan información más sistematizada del estado de la investigación y de los resultados obtenidos.

La “revisión crítica de la literatura” realizada por C. Doughty “*The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults*”¹⁹, del *New Zealand Health Technology Assessment*, tiene como objetivo realizar una revisión de evidencia disponible acerca de la efectividad de programas para la promoción de la salud mental, la prevención e intervención temprana para niños, adolescentes y adultos. Para ello considera aquellos estudios que aspiran a prevenir el de-

sarrollo de condiciones de salud mental relacionadas con trastornos debidos al alcohol y las drogas, de la conducta, de la alimentación, del ánimo o de la ansiedad. O bien, relativos a la intervención en las fases tempranas de una condición mental y dirigidos a alterar su desarrollo.

Para ello se realizó una búsqueda en seis bases de datos de información sanitaria y en fuentes electrónicas, así como en numerosas páginas web, limitándose únicamente a trabajos en inglés producidos entre 1997 y septiembre de 2004. Se explicitan también los criterios de inclusión y exclusión que redujeron el material inicial a 125 estudios.

4.1. EXPERIENCIAS EUROPEAS

El ámbito europeo viene dedicando su atención a la salud mental desde finales de los años 80 del siglo pasado. Desde entonces y hasta la actualidad se han desarrollado de forma creciente iniciativas para implicar a los estados miembros de la Comunidad Europea y a los países europeos en su conjunto en iniciativas dirigidas a mejorar la atención a la salud mental, y a desarrollar proyectos de promoción de la salud mental, de prevención del trastorno mental y de erradicación del estigma.

De entre los proyectos desarrollados, destaca el material publicado en 2005 con el título *Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention. A policy for Europe* editado por IMHPA (*Implementing Mental Health Promotion Action*), que recoge una prioridad de carácter general y 10 áreas de intervención.

La prioridad es que cada estado miembro europeo disponga de un plan de acción para la promoción de la salud mental y la prevención de trastornos mentales.

Las diez "áreas de intervención", se definen con las correspondientes acciones para cada una de ellas:

a. Apoyo a los padres durante la crianza y las edades iniciales de la vida. Tratamiento de la depresión posparto de las madres;

mejora de las habilidades parentales; visitas a domicilio de personal de enfermería para ayudar a los futuros padres y a los que acaban de serlo; intervención de personal de enfermería en centros escolares.

b. Promover la salud mental en las escuelas. Actuaciones sobre adolescentes y jóvenes, propiciando entorno y ética escolares favorables; recursos sobre salud mental dirigidos a estudiantes, padres y profesores.

c. Promover salud mental en el trabajo. Un lugar de trabajo y una cultura de gestión participativos; identificación de las enfermedades mentales del personal; organización del trabajo en consonancia con las necesidades del personal (p. ej. horario flexible).

d. Promover el envejecimiento mentalmente saludable. Redes de apoyo social; fomento de la actividad física y de la participación en programas de voluntariado y de actividades dentro de la comunidad.

e. Atender a grupos de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales. Asesoramiento a grupos de riesgo; apoyo para la incorporación al mercado de trabajo; empleo con apoyo para las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas.

f. Prevenir la depresión y el suicidio. La enseñanza de habilidades de vida y la prevención del acoso en los centros escolares, así como la reducción del estrés en los lugares de trabajo y el fomento de la actividad física entre las personas mayores pueden reducir la depresión. La concienciación con respecto a esta enfermedad puede animar a la persona afectada a buscar ayuda, y también reducir la estigmatización y la discriminación.

Apoyo psicológico a los grupos de riesgo; formación para los profesionales de la asistencia sanitaria en prevención, reconocimiento y tratamiento de la depresión.

“Prevencción del suicidio”: Restringir el acceso a los métodos existentes para suicidarse, formar a los proveedores de asistencia sanitaria y establecer una colaboración entre los especialistas y los encargados del seguimiento tras un intento de suicidio.

“Acciones eficaces”: *La European Alliance against Depression (EAAD)*, [Alianza europea contra la depresión] combate la depresión y la conducta suicida creando redes regionales de información entre el sector sanitario, los pacientes y sus familiares, las personas que trabajan para la comunidad y el público en general. En un proyecto piloto se consiguió reducir en un 25% el número de suicidios e intentos de suicidio, sobre todo entre los jóvenes.

g. Prevenir la violencia y el uso de sustancias tóxicas. Dentro de la política comunitaria de libertad, justicia y seguridad, el programa DAPHNE II combate la violencia contra los menores, los jóvenes y las mujeres. El alcohol, las drogas y otras sustancias psicoactivas son con frecuencia un factor de riesgo o una consecuencia de los problemas psíquicos. Las drogas y el alcohol son ya temas prioritarios en la política sanitaria de la comunidad.

h. Implicar a la atención primaria y a la especializada en acciones de promoción y prevención. Trabajar en la formación (adquisición de habilidades) de los profesionales de servicios de atención primaria y otros servicios de salud para reducir los problemas de salud mental y de uso de sustancias. Desarrollar acciones preventivas en esos contextos.

i. Reducir al máximo las situaciones de desventaja social y económica, y prevenir estigmas. Desarrollar programas de inclusión para proteger a las minorías y grupos vulnerables de la exclusión y marginación; apoyar a las ONG que trabajan con estas poblaciones; proporcionar apoyo a las redes sociales de familias y cuidadores de grupos en riesgo de exclusión; promover y apoyar programas de promoción de salud mental en prisiones; desarrollar progra-

mas contra el estigma de personas que padecen trastornos mentales.

j. Incrementar las actividades de enlace y cooperación con otros sectores. A desarrollar particularmente con educación, economía y finanzas, vivienda, trabajo, nutrición, transporte y urbanismo para promover políticas que proporcionen un valor añadido a la salud mental.

4.2. EXPERIENCIAS EN ESPAÑA

La estrategia en salud mental²⁰ española de 2007, incluye como la primera de sus líneas estratégicas la “promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental”. En ese documento se recogen tres ejemplos de buenas prácticas en este campo que han sido realizados y evaluados en nuestro país:

- “El programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria” (*PAPPS*), que pretende integrar las actividades de promoción y prevención en la práctica asistencial de las consultas de atención primaria y detectar situaciones o “desajustes” que hagan a la población vulnerable a un trastorno mental^{21,22}.
- Un “protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos hacia las mujeres” desarrollado en Cantabria que busca la detección precoz y sistemática, la intervención temprana y la acción coordinada de diferentes organismos²⁰.
- La implantación del “proyecto europeo contra la depresión y prevención del suicidio” en el distrito Dreta Eixample de Barcelona, que supone una aplicación en España del programa desarrollado en Europa por la ya citada *European Alliance against Depression (EAAD)* [Alianza europea contra la depresión] y actúa a través de la mejora de la detección y la actuación, modificando las actitudes y organizando circuitos asistenciales.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Caplan G. Principles of preventive psychiatry (Traducción al castellano en: Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidós; 11ª reimpresión 1980). New York: Basic Books; 1964.
2. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Intervención en crisis. Madrid: Síntesis; 2002.
3. García Moratalla B. ¿Dónde se encuentra la prevención y promoción de la salud mental en el momento actual? *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 2007; 27(100): 355-6.
4. Albee GW. Revolutions and counterrevolutions in prevention. *Am Psychol* 1996; 51(11): 1130-3.
5. Albee GW. Historical overview of primary prevention of psychopathology. En: 3rd World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders; Auckland, New Zealand, September 15-17, 2004. *J Prim Prev* 2006; 27(5): 449-56.
6. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for prevention intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.
7. National Institute of Mental Health. A plan for prevention research for the National Institute of Mental Health: a Report to the National Advisory Mental Health Council (NIH Publication, 96-4093). Washington: Department of Health and Human Services; 1996.
8. National Advisory Mental Health Council Workgroup on Mental Disorders Prevention Research. Priorities for prevention research at NIMH. *Prevention & Treatment [en línea]* 2001; 4(7). URL disponible en: www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre0040017a.html.
9. Sinn M, Toohey SM. Refocusing on primary prevention, 2001. *Prevention & treatment [en línea]* 2001; 4(21). URL disponible en: www.journals.apa.org/prevention/volume4/pre004000021.html
10. Wandersman A. Community science: Bridging the gap between science and practice with community-centered models. *Am J Community Psychol* 2003; 31: 227-42.
11. Miller R, Shinn M. Learning from communities: Overcoming difficulties in dissemination of prevention and promotion efforts. *American Journal of Community Psychology* 2005; 35(3/4): 169-83.
12. World Health Organization. Basic documents 1. Geneva: WHO; 2001.
13. Mental Health: strengthening mental health promotion, Fact sheet N 220. World Health Organization 2007.
14. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva: WHO; 2004.
15. Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry* 2006; 5(1): 5-14.
16. Hosman C, Jané-Llopis E. Retos políticos 2: salud mental. La evidencia de la efectividad de la promoción para la salud: conformando la salud pública en una nueva Europa. Bruselas: ECSC-EC-EAEC; 1999. p. 29-41.
17. Mentality. Promoting our own mental health. URL disponible en: <http://www.lanarkshirementalhealth.org.uk/index.aspx> 2004 November 1.
18. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Geneva: WHO; 2004.
19. Doughty C. The effectiveness of mental health promotion, prevention and early intervention in children, adolescents and adults. *New Zealand Health Technology Assessment* 2005.
20. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
21. Fernández-Alonso MC, Buitrago-Ramírez F, Ciurana-Misol R, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(2): 85-96.
22. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Programa de actividades preventivas y promoción. Barcelona: SEMFyC; 2001.