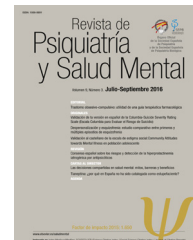




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

La humanización en los planes de salud mental en España

David Fraguas^{a,*}, Julio Zarco^b, Vicent Balanzá-Martínez^c,
Juan Francisco Blázquez García^d, Cecilia Borràs Murcia^e, Ana Cabrera^f,
Julián Carretero^g, Agustina Crespo^h, Marina Díaz-Marsá^a, Vicente Gasulⁱ,
Miguel A. González^j, Iria Grande^k, Carmen Muela^l, Elena de las Heras Liñero^m,
Fermín Mayoralⁿ, Guadalupe Morales Cano^o, José Ramón Pagés-Lluyot^p,
José Romo^q, Bibiana Serrano Marín^r, Antonio Lozano Saucedo^s y Celso Arango^q

^a Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico San Carlos, IdISSC, CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

^b Hospital Clínico San Carlos, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

^c Departamento de Medicina, Universitat de València, CIBERSAM, Valencia, España

^d Coordinación de RSC, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^e Presidenta fundadora de «Después del Suicidio-Asociación de Supervivientes» (DSAS)

^f Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia (AMAFE)

^g Recursos Humanos, Gestor y Desarrollo de Profesionales de Enfermería, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^h Centro de Salud Mental Puente de Vallecas, Hospital Universitario Infanta Leonor-Hospital Virgen de la Torre, Colegio Oficial de Trabajo Social de Madrid, Madrid, España

ⁱ Centro de Salud Torrent 2, Coordinador Grupo de Salud Mental SEMERGEN, Valencia, España

^j Departamento de Neurociencias, Universidad del País Vasco, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

^k Unidad de Trastornos Bipolares y Depresivos, Instituto de Neurociencias, Hospital Clínic, Universidad de Barcelona, IDIBAPS, CIBERSAM, Barcelona, España

^l Asociación Nuevo Horizonte, Federación Autismo Madrid, Madrid, España

^m Servicio de Psiquiatría, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, SERGAS, Grupo de Neurociencias Traslacional, Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, CIBERSAM, Vigo, Pontevedra, España

ⁿ Hospital Regional Universitario de Málaga, IBIMA, Málaga, España

^o Fundación Mundo Bipolar, Madrid, España

^p Fundación Asistencia Nacional de Ayuda a Enfermos de Depresión (ANAED)

^q Servicio del Niño y el Adolescente, Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España

^r Fundación ASAM Familia y Asociación Salud y Ayuda Mutua (ASAM)

^s FEAFES Salud Mental Extremadura

Recibido el 1 de junio de 2021; aceptado el 23 de agosto de 2021

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: davidfraguas@gmail.com (D. Fraguas).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.003>

1888-9891/© 2021 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

PALABRAS CLAVE

Humanización;
Salud mental;
Psiquiatría;
Consenso;
Delphi;
Calidad asistencial

Resumen:

Introducción: La asistencia en salud mental (SM) presenta importantes retos, especialmente en el campo de la humanización. Los objetivos fueron identificar las medidas de humanización en los planes de SM de las comunidades autónomas (CC. AA.) españolas y las prioridades a desarrollar en este ámbito.

Material y métodos: Un grupo amplio y multidisciplinar de personas implicadas en la asistencia en SM participó en un consenso, según un método Delphi modificado, basado en el «pensamiento de diseño», en 3 fases: 1) identificación de medidas de humanización en los planes de SM de las CC. AA.; 2) análisis de la implantación de estas medidas, y 3) identificación de prioridades de humanización en SM.

Resultados: De las 17 CC. AA., 14 tienen planes de SM vigentes. Se identificaron 4 tipos de medidas de humanización: 1) mejora de la calidad de la atención; 2) promoción de la participación de usuarios; 3) lucha contra el estigma y la discriminación, y 4) cuidado de personas especialmente vulnerables. El rango de implantación de las medidas fue del 6,3% (p. ej., presupuesto específico) al 100%, con promedio del 64,1%. Se identificaron aspectos prioritarios, operativizados en 5 propuestas: 1) campaña de difusión; 2) foros multidisciplinarios de encuentro; 3) plataforma de entidades de apoyo; 4) estrategia de educación en SM, y 5) humanización en planes de estudios.

Conclusiones: Los planes de SM incluyen la humanización entre sus objetivos, pero de forma parcial. La implementación de propuestas de humanización como las identificadas resulta imprescindible para lograr una atención a la SM de calidad.

© 2021 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Humanization;
Mental health;
Psychiatry;
Consensus;
Delphi;
Health care quality

Humanization in mental health plans in Spain

Abstract

Introduction: Mental health (MH) care has important challenges, especially in the field of humanization. Our objectives were to identify the humanization measures in MH plans of the Spanish autonomous communities (CCAA) and the priorities to be developed in this area.

Material and methods: A large and multidisciplinary group of people involved in MH care participated in a consensus, according to a modified Delphi method, based on «design thinking», in three phases: (1) identification of humanization measures in MH plans of CCAA; (2) analysis of the implementation of these measures; and (3) identification of humanization priorities in MH.

Results: Fourteen of the 17 CCAA have current MH plans. They contained four types of humanization measures: (1) improvement of the quality of care; (2) promotion of user participation; (3) campaigns against stigma and discrimination; (4) caring for especially vulnerable people. Implementation of measures ranged from 6.3% (i.e.: specific budget) to 100%, with an average of 64.1%. We identified priority issues, operationalized in 5 proposals: (1) information campaigns; (2) multidisciplinary meeting forums; (3) platforms of support entities; (4) strategies on MH education; (5) humanization in study plans.

Conclusions: Some MH plans include humanization among their objectives, but partially. The implementation of humanization proposals such as those identified in this study is essential to achieve a high-quality MH care.

© 2021 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La asistencia psiquiátrica en España ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas, tanto en su marco legislativo como en el conceptual, para lograr el objetivo de establecer un modelo de atención a las personas con problemas de salud mental (SM), integrado en la red sociosanitaria y que garantice una asistencia de

igual calidad y excelencia que el de las personas con otros problemas de salud¹.

Entre los cambios que ha vivido la atención a los problemas de SM en las últimas décadas, destacan la integración de la psiquiatría con el resto de la medicina, la mejora del conocimiento de las bases fisiopatológicas de la sintomatología, el descubrimiento de factores genéticos de riesgo para distintas dimensiones psicopatológicas y trastornos mentales,

la integración de técnicas psicoterapéuticas más eficaces y eficientes y el desarrollo de fármacos más seguros y mejor tolerados^{1,2}.

El Diccionario de Uso del Español de María Moliner define «humanizar» como: «hacer una cosa más humana, menos cruel, menos dura para los hombres»³. En el contexto de las asistencias sanitaria y sociosanitaria, la humanización supone una aproximación a la persona con problemas de salud en cuanto que persona y no en cuanto que problema o enfermedad, en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral⁴⁻⁷. Por supuesto, la SM debe incluirse en este proceso de humanización. La humanización no se restringe a los profesionales sanitarios en contacto con el paciente, sino que afecta a la cultura de las organizaciones sanitarias, la administración y las políticas sanitarias^{4,5}.

La humanización forma parte tanto del espíritu como de la letra de los documentos que fundan el marco ético de la atención en SM, como la Declaración de Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para la Mejora de la Atención de la Salud Mental de la Organización de las Naciones Unidas⁸, la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad⁹⁻¹¹ o el Plan de Acción Global sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (según el cual «independientemente de la edad, sexo, estatus socioeconómico, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales esenciales que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr»¹²).

Sin embargo, pese a estos avances, aún existen numerosos retos, especialmente en el campo de la humanización de la asistencia en SM, que intentan resolver los distintos planes y estrategias de SM, tanto a nivel nacional como autonómico. En España, la última estrategia en SM del Sistema Nacional de Salud (SNS) es la de 2009-2013¹³. Actualmente, y después de más de 8 años de trabajo infructuoso, está en proceso de elaboración una nueva Estrategia en SM del SNS «promovida bajo los principios básicos de respeto y autonomía y de recuperación de los derechos de las personas con problemas de SM»¹⁴. Es de esperar que este nuevo plan priorice el fomento del bienestar emocional desde todos los ámbitos, promueva la participación de las personas con problemas de SM y de sus familiares, teniendo en cuenta sus necesidades, expectativas, experiencias y su relación con el entorno social, y destaque la educación para la SM como herramienta para combatir cualquier tipo de estigmatización. Todo ello en consonancia con las recomendaciones internacionales de humanización de la asistencia en SM.

En este contexto, este estudio presenta los resultados de un proyecto guiado y organizado por la Fundación HUMANS, cuyos objetivos han sido: 1) identificar, mediante consenso de expertos, qué medidas y acciones relacionadas con la humanización incluyen los planes de SM de las comunidades autónomas (CC. AA.) de España; 2) analizar la implantación de las medidas y acciones de humanización en cada uno de los distintos planes y estrategias de SM de las CC.AA., y 3) identificar, mediante consenso de expertos, puntos clave comunes y prioritarios a la hora de diseñar e implementar una estrategia común y homogénea de SM de calidad y sostenible, que tenga en cuenta, por encima de todo, a las

personas con problemas de SM y a su entorno, y que proporcione los recursos necesarios y más adecuados para la promoción de su recuperación.

Métodos

La Fundación HUMANS ha impulsado y desarrollado este proyecto entre septiembre de 2018 y febrero de 2019. La Fundación HUMANS es una fundación constituida por destacados profesionales e instituciones del mundo sociosanitario, cuyo objetivo principal es facilitar los procesos de humanización en las organizaciones sanitarias, en las actividades profesionales y en los procesos organizativos de los centros asistenciales.

El grupo de trabajo de este proyecto ha estado formado por profesionales de la SM, usuarios de la red de la SM, asociaciones de pacientes y familiares, responsables de instituciones y políticos y agentes sociales implicados en la atención a la SM de todo el territorio del estado español. El proyecto se desarrolló en fases secuenciales de acuerdo con los objetivos.

En primer lugar, el grupo de expertos identificó las medidas y las acciones relacionadas con la humanización que están incluidas en los distintos planes de SM de las CC. AA. Esta tarea incluyó el análisis de la situación actual de los planes estratégicos autonómicos de SM con relación a la humanización de la asistencia sanitaria. La recogida de aportaciones de cada experto se realizó mediante un método Delphi modificado y basado en el *Design Thinking*. El *Design Thinking* o «Pensamiento de Diseño» es un proceso que pone el foco en resolver las necesidades reales de las personas, haciéndolas partícipes de la solución desde el principio del proceso mediante el conocimiento de sus inquietudes, aportando soluciones adaptadas al usuario.

En segundo lugar, con el objetivo de analizar la implantación de las medidas y acciones de humanización en los planes y estrategias de SM de las CC. AA., se solicitó a los responsables de todas las CC. AA. que cumplimentaran una encuesta, consensuada por el grupo de trabajo, sobre su perspectiva con relación a la «humanización en SM». La encuesta incluyó las siguientes cuestiones (tabla 1): 1) ¿Hay en su C. A. un plan de SM apartado específico de humanización?, 2) ¿Existe una línea o plan de acción sobre humanización en el vigente plan de SM de su C. A.?, 3) ¿Figura la palabra humanización en la misión, visión o valores en el plan de SM actual de su C. A.?, 4) ¿Dispone su C. A. de partidas presupuestarias específicas destinadas a fomentar la humanización de la asistencia sociosanitaria en SM?, 5) ¿Hay un responsable específico para el plan o las acciones relacionadas con la humanización de la asistencia sociosanitaria en SM en su C. A.?, 6) ¿Dispone su C. A. de programas formativos dirigidos a formación sobre SM de todo el personal sanitario y no sanitario en contacto con personas con enfermedad mental?, 7) ¿Incluye su C. A. programas formativos dirigidos a profesionales sociosanitarios relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria en SM?, 8) ¿Dispone su C. A. de alguna medida dirigida a fomentar la participación de personas con problemas de SM y familiares/allegados en los planes de mejora de los servicios?, 9) ¿Hay en su C. A. protocolos/procedimientos/guías relacionados con la humanización de la asistencia sociosanitaria en SM?, 10) ¿Dispone su C. A. de medidas específicas

Tabla 1 Perspectivas sobre humanización en SM: encuesta a los responsables de los planes de SM de las CC. AA

Variable	N.º de CC. AA. con respuesta afirmativa, n (%) entre respuestas emitidas)	AND	ARA	AST	CAN	CANT	CAT	CLM	CyL	EXT	GAL	IB	LR	MAD	MUR	NAV	PV	VAL
1. Plan de SM apartado específico de humanización	9 (56,3)	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	N/C	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	No	Sí
2. Existencia de una línea o plan de acción sobre humanización en el plan de SM actual	13 (76,9)	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí
3. Presencia de la palabra humanización en la misión, visión o valores del plan de SM actual	5 (31,3)	No	No	No	No	No	No	Sí	N/C	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	No	No
4. Partidas presupuestarias específicas destinadas a fomentar la humanización de la asistencia sociosanitaria en SM	1 (6,3)	No	No	No	No	No	No	No	N/C	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No
5. Responsable específico para el plan o las acciones relacionadas con la humanización de la asistencia sociosanitaria en SM	1 (6,3)	No	No	No	No	No	No	No	N/C	No	No	No	No	Sí	No	No	No	No
6. Programas formativos dirigidos a formación sobre SM de todo el personal sanitario y no sanitario en contacto con personas con enfermedad mental	16 (100)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
7. Programas formativos dirigidos a profesionales sociosanitarios relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria en SM	12 (85,7)	Sí	Sí	No	Sí	Sí	N/C	Sí	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	Sí	No
8. Medidas dirigidas a fomentar la participación activa de personas con problemas de SM y familiares/allegados en los planes de mejora de los servicios	16 (100)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Tabla 1 (continuación)

Variable	N.º de CC. AA. con respuesta afirmativa, n (% entre respuestas emitidas)	AND	ARA	AST	CAN	CANT	CAT	CLM	CyL	EXT	GAL	IB	LR	MAD	MUR	NAV	PV	VAL
9. Protocolos/procedimientos/guías relacionados con la humanización de la asistencia sociosanitaria en SM	4 (25,0)	No	No	No	No	No	No	No	N/C	No	No	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No
10. Medidas dirigidas al establecimiento de medidas destinadas a reducir el número de contenciones mecánicas	14 (87,5)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
11. Medidas dirigidas a la promoción y el fomento de los derechos de las personas con problemas de SM de cara a decisiones terapéuticas	10 (62,5)	Sí	No	Sí	No	No	Sí	No	N/C	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
12. Acuerdos dirigidos a que exista una adecuada coordinación entre la judicatura y los servicios de SM	7 (43,8)	No	No	Sí	Sí	Sí	No	Sí	N/C	No	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	No
13. Medidas para facilitar la participación de personas con problemas de SM y/o familiares/allegados en el diseño de iniciativas relacionadas con la humanización en SM	12 (80,0)	Sí	No	No	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	No	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
14. Propuestas de actividades dirigidas a la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social	16 (100)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
15. Medidas dirigidas a reducir el estigma hacia las personas con problemas de SM	16 (100)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	N/C	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

AND: Andalucía; ARA: Aragón; AST: Asturias; CAN: Canarias; CANT: Cantabria; CAT: Cataluña; CC. AA.: comunidades autónomas; CLM: Castilla-La Mancha; CyL: Castilla y León; EXT: Extremadura; GAL: Galicia; IB: Islas Baleares; LR: La Rioja; MAD: Comunidad de Madrid; MUR: Murcia; NA: Navarra; N/C: no ha contestado; PV: País Vasco; SM: salud mental; VAL: Comunidad Valenciana.

destinadas a reducir el número de contenciones mecánicas?, 11) ¿Dispone su C. A. de medidas dirigidas a la promoción y el fomento de los derechos de las personas con problemas de SM de cara a decisiones terapéuticas?, 12) ¿Hay en su C. A. algún acuerdo dirigido a promover adecuada coordinación entre la judicatura y los servicios de SM?, 13) ¿Incluye su C. A. medidas para facilitar la participación de personas con problemas de SM y/o familiares/allegados en el diseño de iniciativas relacionadas con la humanización en SM?, 14) ¿Incluye el plan de SM de su C. A. propuestas de actividades dirigidas a la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social?, y 15) ¿Incorpora el plan de SM de su C. A. medidas dirigidas a reducir el estigma hacia las personas con problemas de SM?

El cuestionario utilizado para dar respuesta al segundo objetivo fue confeccionado por un grupo multidisciplinar partiendo del plan de SM de una de las comunidades con estrategia de SM.

En tercer lugar, un grupo amplio y multidisciplinar de personas implicadas en la asistencia de la SM (usuarios de la red de la SM, asociaciones de pacientes y familiares, profesionales de la SM, responsables de instituciones y políticos y agentes sociales implicados en la atención a la SM de todo el territorio del estado español), propuso, tras consenso, los puntos clave comunes y prioritarios que debería incluir una estrategia común y homogénea de SM de calidad y sostenible, que tenga en cuenta, por encima de todo, a las personas con problemas de SM y a su entorno, y que proporcione los recursos necesarios y más adecuados para la promoción de su recuperación.

El grupo multidisciplinar de trabajo estuvo formado por 21 personas (12 varones y 9 mujeres), procedentes de Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Comunidad de Madrid y País Vasco, e incluyó a profesionales de la gestión sanitaria, la psiquiatría, la psicología clínica, la enfermería y el trabajo social, y a representantes de asociaciones de personas con enfermedad mental y problemas de SM y de asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental y problemas de SM.

El debate del grupo multidisciplinar comenzó con la identificación de aquellos implicados en la humanización de la asistencia sanitaria en SM. La técnica empleada en este caso fue el denominado *mapa de stakeholders*. Esta técnica nos permite identificar a todos los perfiles implicados en el ámbito concreto donde se aplica. El objetivo es poder entender más profundamente el entorno que rodea a las personas con problemas de SM/ciudadano dentro del ámbito de la SM. Los implicados identificados fueron: asociaciones de personas con problemas de SM y familiares, atención hospitalaria de psiquiatría, atención primaria, consorcios de investigación, empleadores del sector público y empresarios (sector privado), enfermería, especialistas en adicciones/conductas adictivas, farmacia comunitaria, fisioterapeutas, fuerzas de seguridad, medios de comunicación, personal de administración y servicios, personal de transportes, profesionales de la educación/ámbito educativo, cuerpos de seguridad, profesionales de urgencias, psicología clínica, psiquiatría, responsables de la gestión y planificación de la asistencia en SM, sanidad penitenciaria, sistema judicial, sociedades científicas y colegios profesionales, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, universidades (especialmente

los grados en ciencias de la salud), y seguros privados de salud. Una vez se obtuvo el *mapa de stakeholders*, el trabajo del grupo continuó mediante la técnica *Point of View*. Esta técnica ayuda a sintetizar las necesidades de las personas con problemas de SM/profesionales y la causa de estas, con el objetivo de realizar un estudio posterior para averiguar cómo podríamos dar solución a las cuestiones planteadas.

Los procesos de consenso se realizaron, tras la aplicación del método Delphi modificado y basado en el *Design Thinking*, mediante trabajo en grupos focales, compuestos por los integrantes del grupo multidisciplinar, con un análisis de Pareto y diagrama Ishikawa (o espina de pescado), seguidos de puesta en común.

Resultados

Identificación de las medidas y acciones relacionadas con la humanización que incluyen los planes de salud mental de las comunidades autónomas

El análisis de la situación actual de los planes estratégicos autonómicos de SM con relación a la humanización de la asistencia sanitaria mostró que de las 17 CC. AA. españolas, 14 tienen planes de SM vigentes: Andalucía¹⁵, Aragón¹⁶, Asturias¹⁷, Canarias¹⁸, Cantabria¹⁹, Castilla-La Mancha²⁰, Cataluña²¹, Comunidad de Madrid^{22,23}, Comunidad Valenciana²⁴, Extremadura²⁵, Islas Baleares²⁶, La Rioja²⁷, Murcia²⁸ y Navarra²⁹. Se espera que próximamente se publique el plan de Galicia, que se encuentra en fase de elaboración.

El grupo de expertos identificó las acciones promotoras de humanización en los planes de SM de las distintas CC. AA. y las clasificó en 4 grupos: 1) Humanización y mejora de la calidad de la atención en SM, 2) Promover la participación de usuarios y familiares en el cuidado de su SM, 3) Lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental y 4) Extremar la atención y humanización de los cuidados de las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social.

El análisis realizado ha puesto de manifiesto que la mayoría de planes y estrategias de SM de las CC. AA. no incluyen líneas de acción identificadas directamente como humanizadoras. Sin embargo, sí contienen enfoques humanizadores en varias de sus líneas estratégicas.

La [tabla 1](#) recoge las principales acciones de humanización presentes en los planes de SM de las CC. AA., organizadas en 2 grupos: 1) acciones dirigidas a las personas con problemas de SM y cuidadores y 2) acciones dirigidas al entorno sociosanitario.

Análisis de la implantación de las medidas y acciones de humanización en cada uno de los distintos planes y estrategias de salud mental de las comunidades autónomas

El cuestionario fue respondido por 16 de las 17 CC. AA. La [tabla 1](#) presenta las respuestas de cada una de las CC. AA. al cuestionario. El grado de implantación en las CC. AA. se

situó en un rango del 6,3% (ejemplo: presupuesto específico) y 100% (ejemplo: planes de formación), con un promedio de implantación del 64,1% de las CC. AA.

Identificación de los puntos clave comunes y prioritarios de una estrategia común y homogénea de salud mental de calidad y sostenible

El grupo de trabajo identificó los siguientes aspectos clave comunes y prioritarios que toda estrategia de SM de calidad debería tomar en consideración:

- La humanización en SM debe ser considerada un eje vertebrador y transversal en todas las líneas estratégicas en SM, así como en todas las áreas de intervención asistencial, planificación, gestión y participación tanto en el ámbito sanitario como en el sociosanitario. Para ello, el grupo de trabajo propone: a) establecer controles de calidad e indicadores medibles y objetivables relacionados con derechos humanos, consentimientos autorizados, instrucciones previas de los pacientes; b) emplear cuestionarios de satisfacción y calidad percibida para profesionales de las instituciones sanitarias y sociosanitarias, así como para las personas atendidas y sus familiares o allegados.
- Los protocolos de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales deben desarrollarse o mejorarse, de forma que permitan establecer conjuntamente «mapas o rutas» asistenciales donde la accesibilidad, equidad y continuidad asistencial ayuden al sostenimiento de ambos sistemas y favorezca la intervención a personas con situaciones de vulnerabilidad y riesgo y exclusión social.
- Los planes y estrategias de SM deben incluir un presupuesto específico para el diseño e implementación de planes de humanización, así como identificar una persona responsable del plan.
- Los planes y estrategias de SM y los contratos-programa de cada uno de los centros deben incluir indicadores concretos que permiten valorar el alcance de los objetivos propuestos en relación con la humanización en la SM, proponiendo medidas correctoras y evaluándolas de forma continua. La prestación de servicios sanitarios a personas con problemas de SM presenta áreas de mejora. Entre ellas, destacan: a) formación de todos los profesionales sanitarios que atienden a personas con problemas de SM; b) protocolización y estudio de las intervenciones involuntarias en general y de las contenciones mecánicas en particular; c) proponer la creación de la categoría de enfermera especialista en SM como figura garante de los cuidados humanizados en todas las CC. AA., así como la catalogación de los puestos de trabajo específicos, promoviendo unos cuidados de calidad en todos los sentidos; d) implementación de cuestionarios de experiencia del paciente como usuario de los servicios sanitarios, y e) mejorar del cumplimiento de la legislación sobre protección de datos en las personas con problemas de SM.
- La experiencia de las CC. AA. que han instaurado protocolos, procedimientos o guías de humanización debería ser implementada, con las adaptaciones necesarias, en el resto de CC. AA.

- La perspectiva de las personas con enfermedad mental y sus familiares deberían ser incluidas en la estrategia de humanización de los servicios de SM.
- Las estructuras residenciales para los pacientes con trastorno mental grave requieren una revisión que mejore sus condiciones y promueva un cuidado basado en la humanización. La formación de los equipos de atención primaria (médico, personal de enfermería, trabajo social) en SM podría ser mejorada, especialmente en lo que respecta a la lucha contra el estigma que presentan las personas con problemas de SM y enfermedades mentales. Los equipos de atención primaria deberían disponer del tiempo suficiente, más allá de la resolución de la demanda asistencial, para realizar actividades comunitarias de educación para la SM.

La [tabla 2](#) resume las principales acciones de humanización en los planes de SM.

Discusión

La defensa de la humanización de los cuidados sanitarios ha estado presente en las profesiones médicas y afines, con mayor o menor fortuna, desde hace siglos y, sobre todo, desde mediados del siglo ^{xx}^{30,31}. Sin embargo, pese a los importantes esfuerzos realizados en los últimos años en la mejora de la asistencia en el campo de la SM^{32,33}, los planes y estrategias de SM no han incorporado, o lo han hecho muy recientemente y solo en algunos casos, la humanización entre sus objetivos o líneas principales. Por ello, los resultados de este estudio tienen una especial importancia, pues ponen sobre la mesa la situación actual de la humanización en los distintos planes de SM de las CC. AA. de España y proponen, a partir de un grupo de trabajo plural y multidisciplinar, una hoja de ruta para mejorar la humanización del cuidado de la SM que debería ser un pilar de la esperada estrategia de SM que prepara el Ministerio de Sanidad español.

La palabra humanización está de moda, aparece en congresos y jornadas médicas, se habla de ella en debates y mesas redondas. La estructura administrativa y política de varias CC. AA. ha creado direcciones generales dedicadas a la humanización de la asistencia sanitaria³⁴. Sin embargo, la humanización debe salir de los documentos y pasar a la acción en los planes de salud, debe servir como punta de lanza en la lucha contra el estigma y la discriminación a nivel social y sanitario general que aún viven muchas personas con problemas de SM por el hecho de tener problemas de SM³⁵, ser fundamento de la defensa de una relación terapéutica respetuosa y empática como eje de la actividad asistencial^{36,37} y promover la identificación de prioridades asistenciales tomando a la personas con problemas de SM y a sus familiares como centro de la actividad³⁸. Carlos Mañas Gómez lo ha recordado con palabras elocuentes: «Si la humanización de la asistencia sanitaria psiquiátrica no se materializa vía sensorial (con la mirada sincera, con un tono de voz cómplice...), capaz de bautizar una comunicación bidireccional entre el afectado y el especialista, es una humanización incompleta»³⁹.

Iniciativas como el presente proyecto¹ o como el documento de consenso sobre la humanización de la asistencia

Tabla 2 Principales acciones de humanización en los planes de SM

Ámbitos	Dirigidas a las personas con problemas de SM y cuidadores	Dirigidas al entorno sociosanitario
Humanización y mejora de la calidad de la atención en SM	<p>Educación y formación de personas con problemas de SM y cuidadores en relación con su salud física.</p> <p>Fomentar la participación de personas con problemas de SM y familiares en planes de mejora tanto en los servicios de SM comunitarios como de los servicios de hospitalización.</p> <p>Promover el asociacionismo y la información de personas con problemas de SM, familiares y allegados sobre asociaciones y herramientas de soporte.</p> <p>Información y asesoramiento a las personas con problemas de SM, familiares y sus allegados sobre recursos y/o tratamientos médicos, psicosociales y sociales para afrontar su situación vital.</p>	<p>Identificación de los centros de SM y centros hospitalarios, normas de acogida, cartera de servicios, y de todos y cada uno de los miembros del equipo asistencial.</p> <p>Humanización de espacios tanto ambulatorios como hospitalarios.</p> <p>Mayor oferta de actividades para personas con problemas de SM y familiares y/o allegados.</p> <p>Disponibilidad de espacios fuera del entorno asistencial sanitario para jóvenes en situación de riesgo o con problemas de SM.</p> <p>Creación de unidades de hospitalización abiertas para personas con problemas de SM.</p> <p>Estandarización de criterios de calidad de unidades de hospitalización y centros ambulatorios.</p> <p>Mejora de la explicación de la prescripción y pautas de tratamiento.</p> <p>Mayor participación de la farmacia comunitaria/de cercanía en la educación de las personas con problemas de SM y monitorización de la adherencia al tratamiento.</p> <p>Incluir la atención a los problemas de SM desde los servicios sociales en las estrategias de cronicidad y atención sociosanitaria.</p> <p>Establecimiento de medidas destinadas a reducir/evitar el número de contenciones mecánicas y medidas coercitivas empleando estos parámetros como indicadores de calidad.</p> <p>Reducir las hospitalizaciones involuntarias y métodos coercitivos, empleando estos parámetros como indicadores de calidad.</p> <p>Incluir en los pactos de gestión indicadores de humanización en SM.</p> <p>Incluir recuperación funcional, calidad de vida, empoderamiento e inserción de personas con problemas de SM.</p> <p>Mejorar la atención de personas con problemas de SM y familiares por parte del personal no asistencial.</p> <p>Formación sobre SM de todo el personal sanitario, sociosanitarios y no sanitario en contacto con personas con problemas de SM.</p> <p>Coordinación eficaz entre los distintos dispositivos sanitarios y sociosanitarios.</p> <p>Mejorar la accesibilidad a los servicios y la atención a la salud de las personas con enfermedad mental.</p> <p>Creación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio.</p>

Tabla 2 (continuación)

Ámbitos	Dirigidas a las personas con problemas de SM y cuidadores	Dirigidas al entorno sociosanitario
Avanzar en la participación de usuarios y familiares en el cuidado de su SM	<p>Establecimiento de grupos de autoayuda, educativos y/o informativos para la salud dirigidos a familiares y allegados para conocer el problema de SM del familiar.</p> <p>Formar a las personas con problemas de SM, familiares y/o allegados en habilidades y competencias para la toma de decisiones.</p> <p>Fomentar la participación de personas con problemas de SM y sus familiares en la toma de decisiones.</p> <p>Formación de personas con problemas de SM, familiares y/o allegados en humanización de la SM.</p> <p>Fomentar la figura del «paciente experto» como herramienta de ayuda.</p>	<p>Establecimientos de un buzón de sugerencias y de evaluación de la atención recibida en todas las estructuras de atención a personas con problemas de SM.</p> <p>Facilitar encuestas de satisfacción y formularios de reclamación y agradecimiento.</p> <p>Mejora de la información facilitada a personas con problemas de SM y familiares.</p> <p>Facilitar el acceso de personas con problemas de SM, familiares y/o allegados al equipo multiprofesional.</p> <p>Utilizar (y diseñar) instrumentos de medición de la percepción del cuidado humanizado ofrecidos por los distintos profesionales y desde la perspectiva de las personas con problemas de SM.</p> <p>Facilitar la participación de las personas con problemas de SM, familiares y/o allegados en actividades inclusivas de su entorno.</p>
Lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental	<p>Establecer acciones encaminadas a reducir el autoestigma.</p> <p>Establecer acciones orientadas al empoderamiento de las personas con problemas de SM.</p>	<p>Acercar los servicios de SM comunitario a la atención ambulatoria del resto de especialidades y/o potenciar la atención comunitaria de los servicios de SM en entornos normalizados donde se realiza el resto de la atención sanitaria comunitaria.</p> <p>Adecuar el vocabulario y las noticias relacionadas con SM en la prensa generalista.</p> <p>Formación del personal en contacto con problemas de SM y de otros sectores para la reducción del estigma.</p> <p>Formación del personal en formación (MIR, PIR, EIR, etc.) y del futuro profesional sanitario (Grados en Ciencias de la Salud y Grados de Ciencias Sociales).</p> <p>Educación infantil y juvenil para la reducción del estigma a edades tempranas.</p> <p>Promoción y fomento de los derechos de personas con problemas de SM de cara a decisiones planificadas anticipadas, especialmente en ingresos involuntarios, hospitalizaciones o contenciones mecánicas.</p> <p>Campañas en medios de comunicación y activismo en redes sociales destinadas a sensibilizar a la población con relación a la SM y promoción de la SM en positivo.</p> <p>Campañas divulgativas de personas conocidas que hayan sufrido trastornos mentales.</p> <p>Establecimiento de medidas específicas para la formación y el empleo de personas con problemas de SM.</p>

Tabla 2 (continuación)

Ámbitos	Dirigidas a las personas con problemas de SM y cuidadores	Dirigidas al entorno sociosanitario
<p>Extremar la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social</p>	<p>Formación en cuidados y apoyo específico a familiares sobre manejo y habilidades para la atención a estas personas con problemas de SM. Identificación y atención de las personas con TMG que viven solos, no disponen de ayuda familiar y/o rechazan ayudas de soporte social, así como trabajar en colaboración con servicios sociales generales y de urgencia social.</p> <p>Formación en cuidados saludables y promoción de la salud para fomentar los autocuidados.</p> <p>Generar sistemas de discriminación positiva que faciliten el acceso a la red de atención de las personas con enfermedad mental grave y duradera en situación de exclusión social.</p> <p>Potenciar la figura de enfermería mental comunitaria.</p>	<p>Adaptación de unidades de hospitalización a población geriátrica y a niños y adolescentes.</p> <p>Adaptación de espacios diferenciados en los servicios de SM para adultos y niños/adolescentes.</p> <p>Mayor coordinación y desarrollo de mecanismos de corresponsabilidad con servicios sociales para una atención primaria integral y con continuidad de cuidados.</p> <p>Mayor coordinación con los recursos de otros sistemas de protección social que inciden sobre la calidad de vida de los pacientes: educación, vivienda, empleo, justicia, etc.</p> <p>Fomento de programas de prevención primaria y secundaria en centros de atención a la infancia y en centros escolares.</p> <p>Intervenciones coordinadas para el seguimiento de los proyectos laborales, académicos o de calidad de vida.</p> <p>Programas para mejorar la accesibilidad a la asistencia sanitaria de personas con patología dual, discapacidad intelectual y TEA.</p> <p>Programas específicos dirigidos a personas sin hogar con problemas de SM.</p> <p>Mejora de instalaciones de la red asistencial que garanticen la privacidad y reduzcan el estrés de las personas con problemas de SM.</p> <p>Refuerzo de recursos asistenciales y de soporte en estructuras como pisos con diferentes niveles de supervisión para las personas con problemas de SM graves y duraderos que eviten el desgaste y la claudicación familiar y/o allegados; y potencien los proyectos de vida independientes.</p> <p>Establecer mecanismo de evaluación centrada en las personas con enfermedad mental grave para valorar la situación de dependencia multifuncional y que requieran de valoraciones de dependencia.</p>

SM: salud mental; TEA: trastorno del espectro del autismo; TMG: trastorno mental grave.

en las unidades de hospitalización psiquiátrica breve, promovido por la Sociedad de Psiquiatría de Madrid³⁹, favorecen la implantación de medidas de humanización con un impacto real sobre la práctica clínica y la actividad asistencial sanitaria y sociosanitaria.

Los resultados de este trabajo servirán como punto de partida para el diseño de futuros programas y planes estratégicos que permitan alcanzar objetivos como concienciar en el entorno sociosanitario de la necesidad de humanizar el ámbito de la SM. Además, permitirán extender la humanización a todo el sistema sociosanitario, fomentar la equidad y la homogeneidad en la implantación de políticas de humanización en el ámbito de la SM e impulsar la participación de todas las instituciones y agentes implicados en el proceso de humanización. Esta participación deberá incluir en el diseño y planificación de estrategias el estímulo de la evaluación y seguimiento de proyectos de humanización, y el conocimiento y la experiencia compartida en humanización en el ámbito de la SM. Estos objetivos se lograrán mediante la identificación de buenas prácticas y a través de la consulta a CC. AA., o mediante la definición de unos indicadores de calidad percibida sobre qué entendemos por una atención en SM humanizada.

En este trabajo, la revisión de las estrategias de SM a nivel estatal y autonómico, la discusión con expertos y asociaciones de pacientes del ámbito de la SM y la aportación de los responsables de los planes estratégicos autonómicos han permitido destacar que existen esfuerzos a nivel nacional y autonómico orientados a la mejora de la atención sociosanitaria de las personas con problemas de SM y cuidadores en el ámbito de la SM. Dichos esfuerzos son heterogéneos y, a pesar de que presentan grandes fortalezas, es necesario seguir trabajando para la mejora de la atención sociosanitaria de las personas con problemas de SM y cuidadores en el ámbito de la SM. Con respecto a la humanización, si bien la mayoría de los planes y estrategias no contienen líneas de acción identificadas directamente como humanizadoras (solo 9 CC. AA. tienen un apartado específico de humanización en su plan de SM), sí que contienen enfoques humanizadores en varias de sus líneas estratégicas.

El estudio ha puesto de manifiesto que existe la necesidad de establecer una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social a los retos relativos a la humanización del área de SM, prestando especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación de las personas con problemas de SM y apoyo a los cuidadores.

Las principales áreas de mejora detectadas por el grupo de expertos se centran en la comunicación a personas con problemas de SM, la formación tanto a personal sanitario como no sanitario en contacto con personas con problemas de SM, la mejora de espacios tanto de hospitalización como ambulatorios, la reducción (con el objetivo último de su eliminación) de las medidas coercitivas (incluyendo las contenciones mecánicas). El 87,5% de las CC. AA. que respondieron al cuestionario del segundo objetivo (es decir, 14 de las 16) afirmaron incluir medidas destinadas a reducir el número de contenciones mecánicas. Esto supone un buen punto de partida, y es asimismo encomiable el esfuerzo de las CC. AA. por establecer vías de diálogo con la judicatura. Pero esto es insuficiente. Hay que seguir avanzando en la

mejora de las condiciones de la atención a las personas con problemas de SM. Según enfatizan varios estudios recientes y el informe para finalizar con la reclusión y las contenciones mecánicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2019, la reducción al mínimo (con el horizonte de cero) de las contenciones mecánicas exige la disponibilidad de suficientes recursos humanos, la mejora continua de la formación en SM, las presencia de estrategias de lucha por la diversidad y contra la discriminación y el estigma, la existencia de espacios físicos y arquitectónico adecuados y la aprobación de una legislación adaptada al marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad⁴⁰⁻⁴².

Además, debemos tener en cuenta los resultados, y sus importantes derivaciones éticas, de las recientes investigaciones realizadas en nuestro país por sanitarios especialmente sensibilizados con este tema. Estos estudios señalan que las contenciones mecánicas se asocian con los ingresos involuntarios⁴³, y que este tipo de ingresos se asocian con un aumento del riesgo para la propia vida o la de terceros, mayor gravedad global y más síntomas psicóticos positivos y maníacos^{44,45}. De acuerdo con el estudio europeo EUNOMIA entre el 15 y el 40% de los ingresos en Europa son involuntarios. Dentro de esta categoría, entre el 30 y el 50% de las personas con ingreso involuntario reciben, en algún momento del ingreso, contención mecánica. Esto significa que entre el 4,5 y el 20% de las personas ingresadas en una unidad de agudos de psiquiatría recibe contención mecánica. Este amplio rango se aprecia también en las diferentes cifras entre CC. AA. Por ejemplo, la contención mecánica se aplicó en torno al 15% de las personas ingresadas en una unidad de agudos de psiquiatría en Andalucía⁴⁶, mientras que en el País Vasco fue del 6%⁴⁵. Quizá estas cifras estén influidas por el hecho de que algunas unidades de hospitalización son abiertas y, por lo tanto, podrían estar más entrenadas en las técnicas de desescalada. De hecho, estudios recientes sobre el efecto de la aplicación de un protocolo de desescalada en la reducción de las contenciones mecánicas han demostrado su eficacia en Andalucía y Cataluña^{46,47}. En relación con esto, se ha señalado que la coerción en la práctica clínica se asocia con un aumento del consumo de sustancias⁴⁸. Por tanto, la erradicación de los métodos coercitivos en la práctica clínica, lucha contra el consumo de sustancias como política general, la creación de programas de detección temprana⁴⁹ y la educación en las escuelas serían excelentes estrategias.

En relación con la formación en SM, es importante reconocer que el 100% de las 16 CC. AA. que respondieron al cuestionario del segundo objetivo, contienen programas formativos dirigidos a la formación sobre SM de todo el personal sanitario y no sanitario en contacto con personas con enfermedad mental. Esto supone una fortaleza de nuestro sistema público de salud. Y contrasta con la situación que denuncia la OMS sobre los insuficientes recursos humanos en los ámbitos sanitario y no sanitario con formación en SM en el mundo¹². El Plan de acción sobre Salud Mental (2013-2020) de la OMS incluye, entre las acciones propuestas destacadas, «contribuir a la formación del personal de salud para que aprenda a reconocer trastornos mentales»¹².

Las reflexiones aportadas por los responsables de las estrategias de las CC. AA. permiten identificar más específicamente medidas humanizadoras dentro de las líneas

estratégicas ya existentes de los planes de SM¹⁵⁻²⁹, así como medidas o acciones que se están desarrollando fuera de los planes. Todas las estrategias coinciden en orientar sus acciones hacia la reducción del estigma, hacia la mejora de los elementos asistenciales a los que tienen acceso los implicados y hacia la mayor participación de personas con problemas de SM, familiares y allegados en las decisiones que les afectan. Con relación a este último punto, el 100% de las 16 CC. AA. que respondieron al cuestionario del segundo objetivo dijeron disponer de medidas dirigidas a fomentar la participación activa de personas con problemas de SM y familiares/allegados en los planes de mejora de los servicios. Esto puede ser visto, de nuevo, como una fortaleza de nuestro sistema público de salud.

Esta revisión de las estrategias de SM ha sacado a la luz la carencia general en la dotación presupuestaria de los planes de SM. La dotación económica de las líneas, medidas o acciones relacionadas con la humanización en SM necesita mayor disponibilidad de recursos para poder alcanzar los objetivos establecidos.

El éxito de los planes de SM, incluyendo el de las estrategias de humanización, exige, según concluye el grupo de trabajo multidisciplinar, el desarrollo y uso de indicadores asociados a las líneas estratégicas y objetivos, pues estos son necesarios para la correcta evaluación del seguimiento y de los resultados de los planes.

Este trabajo no está exento de limitaciones. El cuestionario utilizado para dar respuesta al segundo objetivo («análisis de la implantación de las medidas y acciones de humanización en cada uno de los distintos planes y estrategias de SM de las CC. AA.») no incluye preguntas que podrían ser muy relevantes, como con la existencia de unidades abiertas de hospitalización. Ello podría introducir un sesgo en la valoración de este objetivo. Para minimizar el riesgo de este sesgo, el cuestionario fue consensuado por el grupo de trabajo, que multidisciplinar y con representatividad del territorio del estado español. Por otro lado, este trabajo analiza las medidas de humanización incluidas en los planes de SM. Ello deja fuera de foco algunas medidas y líneas estratégicas humanizadoras que no están incluidas en un plan de SM⁵⁰⁻⁵². Para dar cabida a estas acciones, la encuesta cumplimentada por los responsables de las CC. AA. (tabla 1) ha recogido información de medidas o acciones humanizadoras que se están desarrollando dentro y fuera de los planes de SM.

El análisis de estos puntos ha permitido identificar aspectos clave comunes y prioritarios que toda estrategia de SM de calidad debería tomar en consideración. Aspectos clave que podrían materializarse en 5 propuestas de acción:

1. Realizar una campaña de difusión de impacto nacional mediante un lema claro y directo en favor de la SM y prevención de conductas suicidas que tenga resonancia en los medios de comunicación y redes sociales con la colaboración de personalidades conocidas que aporten su experiencia y apoyo a otras personas que están pasando por circunstancias parecidas.
2. Promover foros de encuentro entre profesionales, pacientes, familias y/o cuidadores donde germine un fructífero diálogo que se pueda traducir en la mejora del trato y del tratamiento en forma de respeto por la

dignidad, derechos y trato empático en la atención socio sanitaria con el horizonte de suprimir las medidas coercitivas atención holística y personalizada.

3. Crear la plataforma de entidades de apoyo que sirva de red para generar experiencia compartida, coordinar recursos y tener presencia y voz propia en los órganos de gobierno.
4. Implementar un plan de educación para la salud en materia de SM desde las edades escolares. Para ello, contar con programas de paciente experto o con experiencia es una de las más eficaces formas de acercar la ayuda entre iguales a las personas en situación de vulnerabilidad.
5. Incorporar en los planes de estudios y de formación continuada de los profesionales sociosanitarios el desarrollo de competencias y habilidades en la relación terapéutica de tal modo que incorpore a la persona como experto en su propia salud, protagonista de su plan de vida y principal agente de cuidados.

Conflicto de intereses

David Fraguas ha recibido financiación como asesor o ponente de Angelini, Casen Recordati, Janssen, Lundbeck y Otsuka. Ha recibido fondos de investigación del Instituto de Salud Carlos III (Ministerio de Ciencia e Innovación) y de la Fundación Alicia Koplowitz.

Julio Zarco ha recibido financiación como asesor o ponente de Boehringer, Gilead, Grunenthal y Lundbeck.

Vicent Balanzá-Martínez ha recibido becas o financiación como asesor o ponente en los últimos 5 años de las siguientes entidades: Angelini Spain, Angelini Portugal, Bristol-Myers-Squibb, Ferrer, Janssen, Juste, Lundbeck, Nutrición Médica y Otsuka.

Marina Díaz-Marsá ha recibido financiación como asesora o ponente de Angelini, Casen Recordati, Janssen, Lundbeck, Otsuka, Roche y Servier.

Iria Grande ha recibido financiación como asesor o ponente de Angelini, Casen Recordati, Janssen Cilag, Lundbeck, Otsuka y SEI Healthcare.

Elena de las Heras Liñero ha recibido financiación como ponente y asesor para Janssen, Lundbeck y como ponente de Adamed.

Celso Arango ha recibido financiación como asesor o ponente de Acadia, Angelini, Boehringer, Gedeon Richter, Janssen Cilag, Lundbeck, Minerva, Otsuka, Roche, Sage, Servier, Shire, Schering Plough, Sumitomo Dainippon Pharma, Sunovion y Takeda.

Juan Francisco Blázquez García, Cecilia Borràs Murcia, Ana Cabrera, Julián Carretero, Agustina Crespo, Vicente Gasul, Miguel A. González, Carmen Muela Fermín Mayoral, Guadalupe Morales Cano, José Ramón Pagés Lluoyot, José Romo, Bibiana Serrano Marín y Antonio Lozano Saucedo declaran no tener conflicto de intereses.

Financiación

Este proyecto ha recibido financiación de Lundbeck. Lundbeck no ha participado en el diseño, en el análisis de resultados ni en la redacción del manuscrito.

Agradecimientos

David Fraguas thanks the support of the Spanish Ministry of Science and Innovation, Instituto de Salud Carlos III (SAM16PE, PI14/00397, PI17/00481, PI20/00216), co-financed by ERDF Funds from the European Commission, «A way of making Europe», CIBERSAM, Fundación Alicia Koplowitz.

Iria Grande thanks the support of the Spanish Ministry of Economy, Industry and Competitiveness (PI16/00187, PI19/00954) integrated into the Plan Nacional de I+D+I and cofinanced by the ISCIII-Subdirección General de Evaluación y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), and the Comissionat per a Universitats i Recerca del DIUE de la Generalitat de Catalunya to the Bipolar Disorders Group (2017 SGR 1365), CERCA Programme / Generalitat de Catalunya.

Vicent Balanzá-Martínez was supported by the Spanish Ministry of Science and Innovation. Instituto de Salud Carlos III (PI16/01770, PROBILIFE Study).

Marina Díaz- Marsá was supported by the Spanish Ministry of Science and Innovation, Instituto de Salud Carlos III (B-06/013, PI 070176, PI 10-00625, PI 13/00781, PI 16/01949, PI 19/01256); co-financed by ERDF Funds from the European Commission, «A way of making Europe», CIBERSAM. Madrid Regional Government (B2017/BMD-3740 AGES-CM-2), European Union Structural Funds. European Union Seventh Framework Program under grant agreements FP7-HEALTH-2013-2.2.1-2-603196 (Project PSYSCAN) and FP7-HEALTH-2013-2.2.1-2-602478 (Project METSY); CIBERSAM, Fundación Alicia Koplowitz.

Celso Arango was supported by the Spanish Ministry of Science and Innovation. Instituto de Salud Carlos III (SAM16PE07CP1, PI16/02012, PI19/024), co-financed by ERDF Funds from the European Commission, «A way of making Europe», CIBERSAM. Madrid Regional Government (B2017/BMD-3740 AGES-CM-2), European Union Structural Funds. European Union Seventh Framework Program under grant agreements FP7-4-HEALTH-2009-2.2.1-2-241909 (Project EU-GEI), FP7-HEALTH-2013-2.2.1-2-603196 (Project PSYSCAN) and FP7-HEALTH-2013-2.2.1-2-602478 (Project METSY); and European Union H2020 Program under the Innovative Medicines Initiative 2 Joint Undertaking (grant agreement No 115916, Project PRISM, and grant agreement No 777394, Project AIMS-2-TRIALS), Fundación Familia Alonso, Fundación Alicia Koplowitz and Fundación Mutua Madrileña.

Bibliografía

1. Humanización en Salud Mental. Fundación HUMANS. 2020. ISBN 978-84-17372-95-8.
2. Salagre E, Arango C, Artigas F, Ayuso-Mateos JL, Bernardo M, Castro-Fornieles J, et al. Diez años de investigación traslacional colaborativa en enfermedades mentales: el CIBERSAM. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019;12:1-8.
3. Moliner M. Diccionario de uso del español María Moliner (3.ª ed.). Gredos, Madrid. 2007.
4. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients Caregivers, and Healthcare Providers. *A Systematic Review. Patient.* 2019;12:461-74.
5. Zarco J. No es lo mismo humanización que humanismo: Hacia el humanismo sociosanitario. *Ser médico: El Blog de Julio Zarco.* 2017 [consultado 19 May 2021].
6. Zarco J. De la noosfera a la homósfera sociosanitaria clave de la humanización. *Ser médico: El Blog de Julio Zarco.* 2017 [consultado 27 Sep 2020].
7. Letamendi J. *Discurso sobre la naturaleza y el origen del hombre.* Barcelona: Ramírez y Cía; 1867.
8. Organización de Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental (Resolución 6/119, de 17 de diciembre de 1991). Ginebra. 2006 [consultado 22 Feb 2021] Disponible en: https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf.
9. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo, 2006: Nueva York. 2007 [consultado 22 Feb 2021] Disponible en: <https://www.un.org/development/desa/disabilities-convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>.
10. Sociedad Española de Psiquiatría., Positioning of the Spanish Society of Psychiatry on the United Nations Convention of the Rights of Persons with Disabilities. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2020;13:177-9.
11. Gómez Peñalver J, Fernández de Henestrosa Serra C, Ayuso-Mateos JL. United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The effects of the debate. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2021.
12. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre Salud Mental (2013-2020). Ginebra. 2013 [consultado 22 Feb 2021] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=1DA8F1D282FA95542A3DD3B3879478AC?sequence=1.
13. Ministerio de Sanidad Política social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013). Madrid. 2011.
14. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Notas de Prensa-Carcedo: «El Ministerio está impulsando una nueva Estrategia de Salud Mental» [consultado 22 Feb 2021] Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4392>.
15. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. 2016.
16. Departamento de Sanidad, Gobierno de Aragón. Plan de Salud Mental (2017-2021). 2017.
17. Consejería de Sanidad, Gobierno del Principado de Asturias. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020. 2015.
18. Consejería de Sanidad, Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023. 2019.
19. Consejería de Sanidad y asuntos sociales, Gobierno de Cantabria. Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. 2014.
20. Gobierno de Castilla-La Mancha. Plan de Salud Mental de Castilla-La Mancha 2017-2025. 2017.
21. Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Estratègia 2017-2019. 2017 y Plan Director de Salud Mental y Adicciones de Cataluña 2017-2020.
22. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. 2018.
23. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. 2016.
24. Conselleria de Sanitat Universal i salut pública, Generalitat Valenciana. Estratègia Autònoma De Salut Mental 2016-2020. 2016.

25. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Junta de Extremadura. III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020. 2017.
26. Conselleria Salut. Servei Salut Illes Balears. Pla estratègic de salut mental de les Illes Balears 2016-2022. 2016.
27. Servicio Riojano de Salud. Gobierno de La Rioja. III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020. 2016.
28. Gerencia Regional de Salud Mental. Región de Murcia. Programa de Acción para el Impulso y Mejora de la Salud Mental en la CARM 2019-2022. 2018.
29. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023, 2020.
30. Laín Entralgo P. *Hacia el verdadero humanismo médico*. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. Alicante. 2016. Publicación original en: *Revista de Occidente*. 1985;47:33-47 [consultado 23 Feb 2021] Disponible en: <http://www.cervantesvrtual.com/obra/hacia-el-verdadero-humanismo-medico/>.
31. Hernández Monsalve M. *La entrevista clínica Análisis de la comunicación médico-enfermo en la consulta ambulatoria*. Tesis doctoral. Universidad de Alcalá. 1991.
32. Guimón Ugartechea J. *De la cuna al asilo: ¿cuál es el futuro de la salud mental en Europa?* Bilbao: Universidad de Deusto; 2016.
33. Desviat M. *Cohabitar la diferencia De la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5; 2016.
34. Fundación Humans. *Análisis de situación de los aspectos humanísticos de la atención sanitaria en España*. 2017 [consultado 23 Feb 2021] Disponible en: <http://www.fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2017/10/analisis-aspectos-humanisticos-atencion-sanitaria-espana.pdf>.
35. Guimón Ugartechea J. *La discriminación de los pacientes mentales: un reto para los Derechos Humanos*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2004.
36. Alegría M, Nakash O, Johnson K, Ault-Brutus A, Carson N, Fillbrunn M, et al. Effectiveness of the DECIDE Interventions on Shared Decision Making and Perceived Quality of Care in Behavioral Health with Multicultural Patients: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2018;75:325-35.
37. Allen ML, Cook BL, Carson N, Interian A, La Roche M, Alegria M. Patient-Provider Therapeutic Alliance Contributes to Patient Activation in Community Mental Health Clinics. *Adm Policy Ment Health*. 2017;44:431-40.
38. Dewa LH, Murray K, Thibaut B, Ramtale SC, Adam S, Darzi A, et al. Identifying research priorities for patient safety in mental health: An international expert Delphi study. *BMJ Open*. 2018;8, e02136.
39. Sociedad de Psiquiatría de Madrid. *Humanización de la Asistencia en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud, Mental, Madrid. 2019.
40. Ye J, Wang C, Xiao A, Xia Z, Yu L, Lin J, et al. Physical restraint in mental health nursing: A concept analysis. *Int J Nurs Sci*. 2019;6:343-8.
41. Oostermeijer S, Brasier C, Harvey C, Hamilton B, Roper C, Martel A, et al. Design features that reduce the use of seclusion and restraint in mental health facilities: A rapid systematic review. *BMJ Open*. 2021;11, e046647.
42. Organización Mundial de la Salud. *Strategies to end seclusion and restraint*. WHO Quality Rights Specialized training. 2019 [consultado 14 Jul 2021] Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329605/9789241516754-eng.pdf>.
43. Pérez-Revuelta JI, Torrecilla-Olavarrieta R, García-Spínola E, López-Martín Á, Guerrero-Vida R, Mongil-San Juan JM, et al. Factors associated with the use of mechanical restraint in a mental health hospitalization unit: 8-year retrospective analysis. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021, <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12749>.
44. Figuerido JL, Gutiérrez M, Mosquera F, Laguna B, González Pinto A. Hospitalización contra la voluntad en primeros episodios psicóticos: factores asociados. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000;28:275-8.
45. Gil M, Martín C, Laborde M, Saez de Adana E, González-Pinto A. *Dianas terapéuticas para disminuir ingresos involuntarios y medidas coercitivas*. Madrid: Top 10 de Psiquiatría; 2019.
46. Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspect Psychiatr Care*. 2015;51:260-7.
47. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*. 2017;17:328.
48. Barbeito S, Vega P, Ruiz de Azúa S, Saenz M, Martínez-Cengotitabengoa M, González-Ortega I, et al. Cannabis use and involuntary admission may mediate long-term adherence in first-episode psychosis patients: A prospective longitudinal study. *BMC Psychiatry*. 2013;13:326.
49. Arango C, Bernardo M, Bonet P, Cabrera A, Crespo-Facorro B, Cuesta MJ, et al. When the healthcare does not follow the evidence: The case of the lack of early intervention programs for psychosis in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017;10:78-86.
50. Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria, Consejería de Sanidad. *Plan de humanización y de apoyo psicológico en la asistencia sanitaria de Castilla y León*. 2020. [consultado 14 Jul 2021] Disponible en: <https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100Detalle/1284216489702/Actuacion/1284987094619/Informe>.
51. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. *Marco Estratégico 2021-2024*. 2020.
52. Xunta de Galicia. *Estrategia SERGAS 2020*. 2020 [consultado 14 Jul 2021] Disponible en: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS.ESTRATEGIA.2020.280316.cas.pdf>.