

# XXV Cursos Internacionales de Verano 2016

UNIVERSIDAD DE GRANADA  
CONSEJERÍA DE CULTURA DE LA CIUDAD  
AUTÓNOMA DE MELILLA  
Campus de Melilla, 25-29 de julio de 2016

MODELOS TEÓRICOS DEL  
PROGRAMA PUENTE PARA  
LA ATENCIÓN DE PERSONAS  
PRIVADAS DE LIBERTAD CON  
TRASTORNO MENTAL GRAVE

Trabajo del alumno:  
Enrique Álvaro Brun  
C.I.S. Victoria Kent, Madrid

---

## Contenido

Introducción .....	2
Modelo de vulnerabilidad-estrés .....	2
Modelo de recuperación en salud mental .....	7
Atención de salud mental humanizada .....	11
Bibliografía .....	14

## Introducción

El XXV Curso Internacional de Verano 2016 *“Salud Pública: Aspectos Legales, Sanitarios y Asistenciales”*, del Campus de Melilla de la Universidad de Granada dedicó la jornada del día 27 de julio a la atención médica en los centros penitenciarios como una oportunidad para la reinserción en la salud, destinando la última ponencia a la rehabilitación de los enfermos mentales en las Unidades Puente.

En este trabajo se describen los fundamentos teóricos del Programa Puente que permiten establecer las estrategias de intervención con personas que presentando Trastorno Mental Grave (TMG) cumplen condena en centros de inserción social. En primer lugar se expone el modelo de vulnerabilidad-estrés, modelo teórico de intervención en que está basado el programa. Seguidamente se relatan principios de los servicios orientados al paradigma de la recuperación. Por último se señalan los principios para la humanización de la atención de salud mental en prisión al considerar que el proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta.

## Modelo de vulnerabilidad-estrés

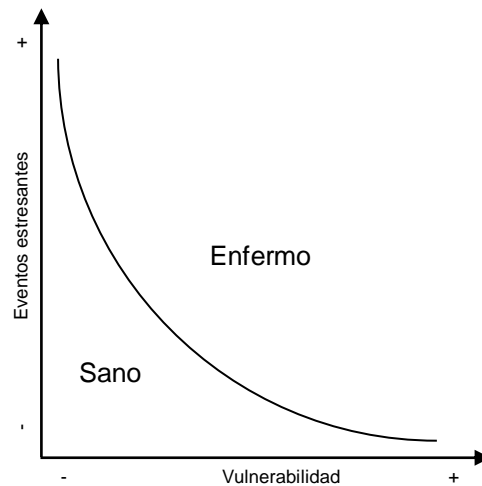
La teoría vulnerabilidad-estrés de la esquizofrenia ha supuesto el marco de comprensión más importante creado hasta el momento para el entendimiento de esta enfermedad. Desde esta teoría se propone que, para que una persona desarrolle ese trastorno mental es necesaria la confluencia de dos factores, uno sería la vulnerabilidad a la enfermedad y el otro sería la presencia de factores de estrés que precipitan la aparición de ésta o provocan la recaída.

Por tanto, el modelo considera que existe una predisposición a la psicosis de naturaleza genética o adquirida como consecuencia de daño cerebral. La vulnerabilidad, sin embargo, no se considera suficiente

para manifestar el trastorno sino que necesita ser “desencadenada” por procesos ambientales. Los componentes ambientales pueden ser biológicos (por ejemplo una infección o el consumo de alcohol y drogas) o psicológicos (por ejemplo situaciones vitales estresantes, exámenes, cambios de residencia o de trabajo, etc.).

La intensidad del estrés ambiental necesario para desencadenar la psicosis difiere de una persona a otra, del mismo modo que el grado de vulnerabilidad. En este sentido, existirían personas con una alta vulnerabilidad a la enfermedad y que, por tanto, necesitarían niveles menos elevados de estrés para desarrollar la enfermedad, y por otras personas con baja vulnerabilidad que necesitarían niveles más elevados de estrés para desarrollarla (figura 1). En consecuencia, lo que permanecería estable sería la vulnerabilidad a la enfermedad, no la enfermedad en sí misma.

Figura 1. Relación entre la vulnerabilidad y los eventos vitales estresantes (1)

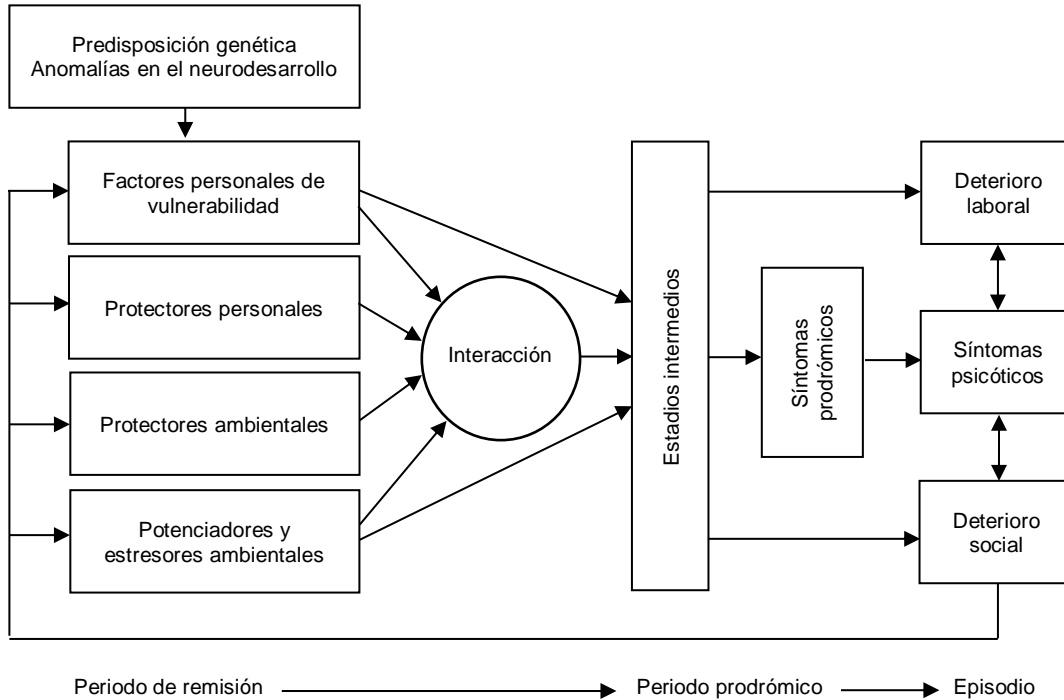


Esta teoría fue formulada inicialmente por Zubin (2) y tiene sus antecedentes en los trabajos de Meehl (3) y de Rosenthal (4). Estos autores plantean una visión más esperanzadora de la evolución de los episodios esquizofrénicos desmontando la idea de que la persona puede tener una “enfermedad incurable” al considerar que la persona con un TMG debe tener un papel más activo en la evolución de su trastorno.

El modelo vulnerabilidad-estrés propone que tanto las disposiciones personales previas como los condicionantes sociales son las que modulan las relaciones causales entre los eventos estresantes y la psicopatología. De este modo, ciertas disposiciones personales, tales como los estilos de vida de afrontamiento adaptativos, protegen a la persona frente al desarrollo de la enfermedad ante la presencia

de factores del estrés. Sin embargo, otro tipo de factores como ciertos rasgos de personalidad, podrían potenciar el papel patógeno del estrés. Del mismo modo, situaciones en las que se cuenta con apoyo familiar y social pueden atenuar el riesgo de psicosis mientras que otras situaciones familiares y sociales pueden ser potenciadoras en personas constitucionalmente predispuestas (figura 2).

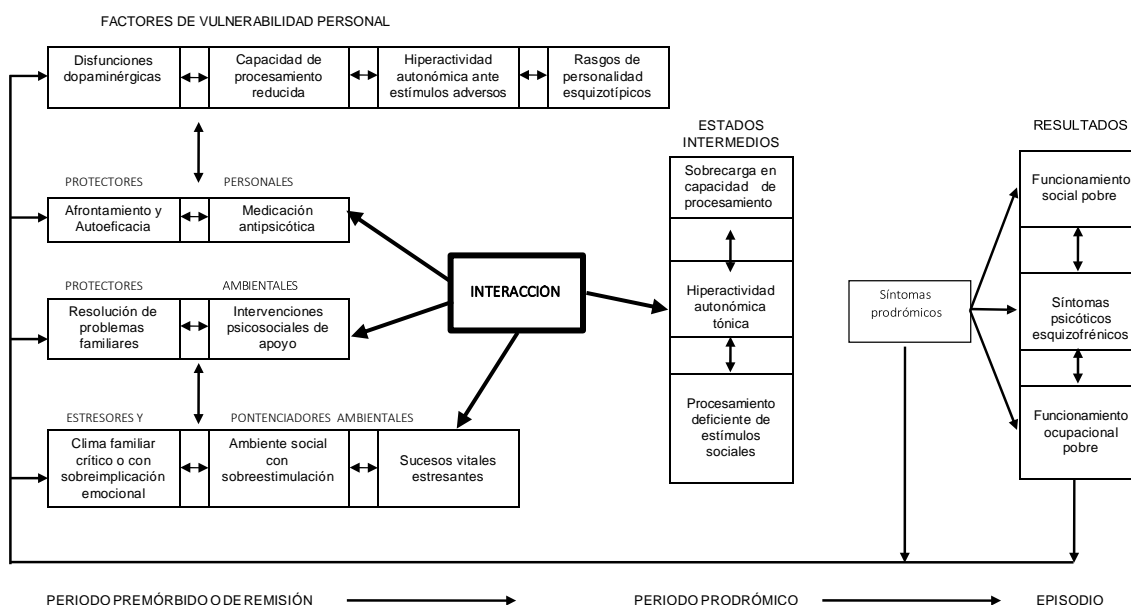
Figura 2. Modelo de vulnerabilidad-estrés



En definitiva cada persona participa en cierto grado de vulnerabilidad a la esquizofrenia que se traducirá en un episodio de esquizofrenia bajo la acción de determinados agentes estresógenos. La variable vulnerabilidad se define aquí como un rasgo dimensional, duradero, relativamente estable y permanente, mientras que un episodio de esquizofrenia es concebido como un estado que puede remitir y, por tanto, está limitado en cuanto a su duración temporal (5). De otra forma, lo que es realmente estable en la esquizofrenia es la vulnerabilidad, no la enfermedad, siendo el curso de los trastornos esquizofrénicos episódico y no crónico. Entre las variables planteadas actualmente como fuentes de vulnerabilidad se encuentran alteraciones en algunos sistemas de neurotransmisión, cambios estructurales del sistema nervioso, alteraciones de la capacidad de procesamiento, rasgos de personalidad esquizotípica, entre otros. Los modelos de vulnerabilidad desarrollados en los últimos años han contribuido al desarrollo conceptual de la esquizofrenia, ocasionando un cambio de paradigma (6) a partir del cual se han sugerido diversos

desarrollos teóricos que han dado lugar a nuevas formas de intervenir en la enfermedad que se han agrupado bajo la etiqueta de tratamientos psicosociales, configurando las prácticas clínicas en el tratamiento y la rehabilitación de la esquizofrenia tal y como se entienden en la actualidad, siendo un ejemplo de ellos el modelo de vulnerabilidad-estrés-afrentamiento-competencia de Nuechterlein y Dawson (7) que se recoge en la figura 3.

Figura 3. Modelo de diátesis-estrés (8)



Actualmente se afirma que las reagudizaciones en el curso de la esquizofrenia están asociadas a un estrés ambiental, llegándose a identificar dos tipos del mismo con potencial suficiente como para aumentar el riesgo de recaídas (9):

- Ambiente estresante, donde se incluye el medio familiar.
- Acontecimientos biográficos estresantes, precediendo éstos en tres semanas al comienzo de la enfermedad.

El concepto de vulnerabilidad psicosocial desde su origen y en su evolución ha ido experimentando un desarrollo adaptándose a los numerosos campos científicos que lo han ido utilizando, desde perspectivas muy distantes entre sí, como por ejemplo la antropología y la ingeniería. Ciencias como la sociología, la medicina, la psicología lo han ido incorporando a su campo de estudio. Quizás el enfoque más primario fuera el de la geografía donde se presta gran atención a la vulnerabilidad ante los desastres naturales. La sociología y el trabajo social, por su parte, introducen el concepto para tratar de estudiar a los grupos

vulnerables ante diferentes contextos sociales y la exclusión social. En medicina el concepto de vulnerabilidad psicosocial también ha sido aplicado al ámbito de las adicciones (10) que frecuentemente se asocian a la esquizofrenia y también a otros TMG.

Al aplicar el modelo vulnerabilidad-estrés se encuentran factores predisponentes de la enfermedad mental que no son modificables entre los que se pueden mencionar los siguientes:

- Factores genéticos.
- Disfunciones bioquímicas.
- Déficit cognitivos.
- Personalidad esquizoide.

Por tanto en los recursos para el tratamiento de pacientes con TMG se pretende intervenir sobre los factores modificables. El Programa Puente en los centros de inserción social actúa sobre factores modificables protectores buscando:

- Establecer o reforzar las redes sociales de apoyo.
- Mejorar las habilidades personales de afrontamiento.
- Mejorar la ocupación.
- Adquirir conciencia de enfermedad.
- Lograr adecuada adherencia al tratamiento.
- Mejorar las habilidades familiares en resolución de problemas.
- Mejorar la comunicación familiar.

También es objetivo del Programa Puente actuar sobre las situaciones desencadenantes del TMG evitando:

- El abandono de la medicación.
- El consumo de tóxicos.
- El ambiente social muy exigente.
- Los acontecimientos vitales estresantes.

Asegurar el tratamiento farmacológico de forma supervisada o directamente observada, y las intervenciones orientadas a la reducción de la oferta y de la demanda de drogas en el medio penitenciario son medidas que buscan evitar situaciones de riesgo para el desarrollo de la enfermedad mental. Por otro lado la suspensión de la ejecución de la pena, las medidas alternativas a la prisión y las medidas de

seguridad tienen la intención de evitar que la persona con TMG se someta a una situación especialmente estresante al permitir la derivación a recursos asistenciales antes de ingresar en prisión.

Los estresores son acontecimientos vitales que exigen al individuo una adaptación. Según Zubin, para que un acontecimiento sea considerado como un factor estresante de esquizofrenia, debe reunir los siguientes requisitos (11):

- Producir una pérdida.
- Ser no deseable.
- Ser nuevo.
- Ser inesperado.
- No poderse anticipar.
- Ser incontrolable.
- Conllevar un desajuste importante de la rutina diaria.
- Incidir negativamente en la red de relaciones personales.

En buena medida estas características pueden reconocerse en las personas que tienen que ingresar en prisión.

Además, a los enfermos mentales les resulta más difícil adecuarse al medio penitenciario. Contribuye a ello el alejamiento de su familia y de su medio social, la disciplina estricta de la cárcel, las dificultades de convivencia con otros reclusos y la doble estigmatización que supone el ingreso en prisión de una persona que además presenta un TMG. Cuando no es posible evitar el ingreso en prisión el cumplimiento de la pena en régimen abierto permite disminuir el riesgo de aparición del TMG (figura 1) pues la intensidad del acontecimiento vital estresante es menor cuando el ingreso se produce en un centro de inserción social ya que en ellos:

- Las normas de seguridad y disciplina son menos estrictas.
- Se puede mantener en mayor medida la red de relaciones personales.
- Se posibilita que se mantenga la vinculación con los recursos terapéuticos comunitarios.

## Modelo de recuperación en salud mental

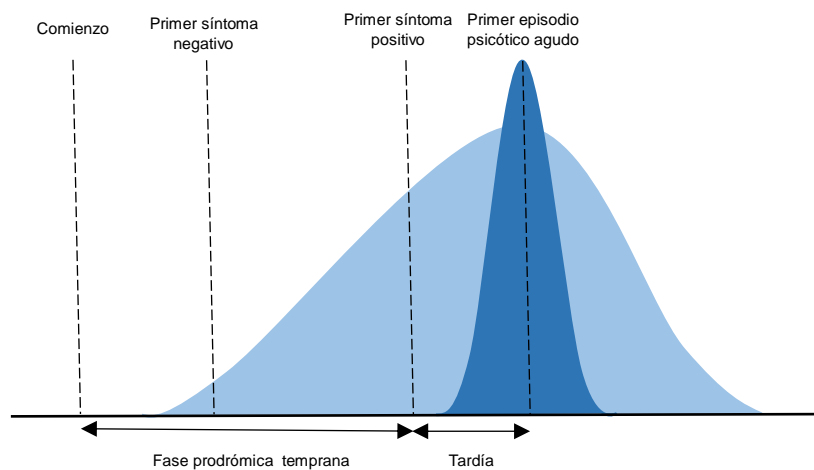
Además de su importancia en el estudio de la etiología de la esquizofrenia, el paradigma de vulnerabilidad-estrés fue la base para el desarrollo de terapias cognitivo-conductuales, de entrenamiento cognitivo integrado, o de programas de estrategias de afrontamiento, siendo modelo de referencia en el tratamiento

y rehabilitación psicosocial de la esquizofrenia (12). El modelo vulnerabilidad-estrés permite que la intervención psicosocial se oriente a la recuperación entendida como funcionamiento e integración.

El modelo de recuperación, al integrar aspectos biológicos, cognitivos, de personalidad y sociales, responde al intento de adoptar una estrategia multidisciplinar tal y como exige en la actualidad el modelo biopsicosocial de la salud.

Por remisión se entiende desaparición o atenuación significativa de los síntomas. Pero la recuperación hace referencia además al funcionamiento e integración. El proceso de recuperación comprende el control de la propia enfermedad y de la propia vida a pesar de los signos significativos de la enfermedad (figura 4).

Figura 4. Fases del trastorno psicótico (13)



El modelo orientado a la recuperación centra la atención en el enfermo y no sólo en la enfermedad, y tratando de aprovechar mejor los recursos conjuntos de los profesionales sanitarios, de las familias y del entorno social comunitario. Esto se concreta en:

- Aceptación de que no se trata de luchar con enfermedades sino de cuidar personas enfermas y por lo tanto es preciso afrontar vivencias diferentes de las mismas enfermedades, las cuales, a su vez, son únicas e irrepetibles.
- Integración de la persona en sus círculos y redes sociales, sin apartarla espacial y socialmente.



- Dedicación mayor del tiempo del personal sanitario a las tareas específicas para las que están cualificados.
- Utilización masiva de los nuevos sistemas de información y comunicación.

No hay una única definición del concepto de recuperación para pacientes con problemas de salud mental. La recuperación se centra en las vías de adaptación de estas personas y les ayuda a tener el control de sus vidas, a pesar de tener una seria enfermedad mental (14). La recuperación aporta una visión holística del individuo y se centra en la persona, no solo en sus síntomas. El proceso de recuperación es visto como un trayecto, no un destino, y para lograrlo una persona con problemas mentales necesita la ayuda de amigos, familia y profesionales, usando nuevas e innovadoras estrategias. Promueve el que la gente avance en sus vidas, desarrollando metas y relaciones que le den sentido. Las personas enfermas pueden no tener un control total de sus síntomas, pero pueden tener un control de sus vidas. Así se trata de mantener por ejemplo:

- Buenas relaciones.
- Seguridad financiera.
- Trabajo u ocupación satisfactoria.
- Crecimiento personal.
- Un buen ambiente en la vida.
- Desarrollo de las perspectivas personales culturales y espirituales.
- Desarrollo de resistencia a la adversidad o estrés ante el futuro inmediato.

Además, la recuperación se asocia a los siguientes factores:

- Soporte familiar.
- Ausencia de abuso de sustancias.
- Duración del periodo de psicosis no tratada.
- Respuesta inicial al tratamiento farmacológico.
- Adhesión al tratamiento.
- Alianza terapéutica.
- Funcionamiento cognitivo.
- Ausencia de síntomas negativos.
- Buen funcionamiento premórbido.
- Acceso a tratamiento integrado, coordinado y continuado.

En resumen, la recuperación en la esquizofrenia se alcanza cuando se cumplen las siguientes condiciones (15):

- Remisión prolongada de los síntomas.
- Funcionamiento laboral-ocupacional.
- Vida independiente.
- Relaciones sociales.

Para alcanzar la recuperación (16) se requieren:

- Condiciones internas
  - Esperanza.
  - Confianza en la capacidad para restablecerse (*healing*).
  - Capacitación (*empowerment*).
  - Conexión con el entorno.
- Condiciones externas
  - Respeto a los derechos de las personas.
  - Cultura positiva hacia la capacidad de recuperación.
  - Servicios orientados hacia la recuperación.

Por otro lado, las barreras para una adecuada asistencia a las personas que presentan TMG de curso crónico son las siguientes:

- Insuficiencia de conocimientos.
- Tratamientos poco eficaces.
- Insuficiencia e inadecuación de recursos y servicios.
- Dificultades para aplicar de forma rutinaria la asistencia más eficaz.
- Estigma y discriminación.

Los servicios de salud mental orientados a la recuperación deben reunir las siguientes características (17):

- Autonomía.
- Continuidad de cuidados.
- Efectividad.
- Accesibilidad.
- Integralidad.

- Equidad.
- Responsabilidad.
- Coordinación.
- Eficiencia.

La tarea asistencial clave en el modelo de recuperación, es ayudar a los pacientes a recobrar su sitio en las comunidades donde viven y tomar parte en actividades convencionales junto al respeto del mundo que les rodea. Y también es ese el principio inspirador del cumplimiento de la pena en régimen abierto en el que la actividad penitenciaria tiene por objeto potenciar las capacidades de inserción social positiva de los penados, realizando las tareas de apoyo y de asesoramiento y la cooperación necesaria para favorecer su incorporación progresiva al medio social aplicando los principios de:

- Atenuación de las medidas de control.
- Autorresponsabilidad.
- Normalización social e integración.
- Favorecer la integración evitando la desestructuración familiar y social.
- Coordinación con organismos e instituciones públicas o privadas que actúen en la atención y reinserción de los reclusos.

Hay una creciente evidencia de que el tomar parte en oportunidades sociales, educativas, formación, de voluntariado y el empleo, pueden contribuir al proceso de recuperación. El cumplimiento de penas privativas de libertad en tercer grado penitenciario facilita la aplicación de estos principios.

En resumen, el medio abierto permite la recuperación basada en la concepción holística de la “*persona en sociedad*” en la que se fundamenta modelo orientado a la recuperación.

## Atención de salud mental humanizada

Cuando una persona enferma, su dignidad encuentra amenazada. Enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta crucial que los profesionales que los atienden estén dispuestos a respetar a las personas y su dignidad.

La presencia de profesionales de la salud que prestan un trato humanitario a las personas enfermas, especialmente cuando están privadas de libertad, es insustituible. El trato humanitario supone mirar, hablar, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro (18).

Para humanizar se requiere una actitud mental, afectiva y moral que obliga al profesional a repensar continuamente sus propios esquemas mentales y a remodelar costumbres de intervención para que se orienten al bien del enfermo.

Los profesionales sanitarios deben tener riqueza de humanidad, manifestada especialmente por un compromiso con los sujetos vulnerables, que se traduce en una predisposición a comprender a las personas, su interioridad, su mundo, su cultura.

Humanizar es mucho más que ser cortés o amable, tiene un significado profundo y conlleva numerosas implicaciones (19). Humanizar supone atender a las personas con TMG desde su concepción global; pues son más que físico y corporeidad, son personas con emociones y sentimientos, personas que viven en un entorno concreto y en una familia, barrio, comunidad y sociedad. Personas singulares, únicas, que requieren respuestas personalizadas a sus necesidades y expectativas. Personas con derecho a decidir y deseosas de participar. Personas que necesitan el nivel de autonomía que les permita su vida, salud y bienestar. Personas con derechos y responsabilidades. Personas que no solamente tienen problemas y dificultades, en las que hay que implementar sus recursos y potencialidades.

La atención humanizada a las personas con TMG privadas de libertad conlleva organizar intervenciones al servicio de los enfermos, pensando y concibiendo los cuidados para resaltar la dignidad de estas personas (20).

Humanización no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos, es más de actitudes. En una organización humanizada existe un compromiso personal y colectivo por humanizar la realidad, las relaciones, las conductas y el entorno al tomar conciencia de la vulnerabilidad y de la necesidad de ayuda que tienen los pacientes.

Son muchas las barreras para dar una atención humanizada en una *“institución total”* como es la prisión. Entre los factores que dificultan el trato humanitario en prisión pueden mencionarse:

- La pérdida de autonomía.
- La estricta disciplina.
- El papel secundario de las actividades terapéuticas.
- La centralización del poder.
- La rigidez de la organización.
- La burocratización.

- La medicalización de la atención.
- El exceso de demanda y utilización de los servicios sanitarios.
- La falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales.

La humanización de la asistencia sanitaria es especialmente vital cuando las personas se encuentran en situaciones de fragilidad y vulnerabilidad como el ingreso en prisión de una persona que además presenta un TMG. Vivir y presenciar el dolor y el sufrimiento de la otra persona hace que el profesional de la salud sienta también su condición de vulnerabilidad haciéndole corresponsable en las tareas de paliar el sufrimiento desde la comprensión y la solidaridad mediante actitudes y conductas responsables y humanizantes, combatiendo la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales.

Como antes se señaló, hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a padecer trastornos mentales. Pero además la mala salud mental también se asocia a determinantes sociales, como los cambios sociales rápidos, condiciones de trabajo estresantes, discriminación de género, exclusión social, modos de vida poco saludables, riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos. (21)

Entre los objetivos de la humanización en la atención de la salud mental en centros de inserción social pueden mencionarse los siguientes:

- Humanizar los espacios terapéuticos y personalizar el proceso de información y acogida a pacientes y a sus familiares al ingreso de personas con problemas de salud mental.
- Potenciar en el medio penitenciario la implicación y la participación activa de las personas con TMG en su proceso e itinerario integral de atención y de utilización de recursos, desde una base de continuidad de cuidados y garantizando la protección de sus derechos.
- Mejorar la humanización en la relación de comunicación y vínculo que se establecen entre los profesionales penitenciarios y los pacientes con TMG y sus familias.
- Mejorar y optimizar la capacitación de los profesionales penitenciarios, sanitarios y no sanitarios, en relación con la comunicación y manejo de los pacientes con problemas de salud mental.
- Articular y potenciar procesos de atención integral dirigidos a las personas con trastorno mental grave, a través de la coordinación de los recursos penitenciarios con los servicios sanitarios y sociales comunitarios y con otros ámbitos sociales (educativos, judiciales u otros que puedan ser relevantes para el proceso de intervención).

En resumen, el trato humanitario de las personas con TMG en los centros de inserción social requiere orientar la atención integral hacia a la autonomía y apoyo a la recuperación, asegurando su acceso a los recursos asistenciales, mejorando la relación con las familias y fortaleciendo la capacitación de los profesionales en el marco de una práctica colaborativa.

## Bibliografía

1. Zubin J, Steinhauer S. How to break the logjam in schizophrenia. *Journal of Nervous Diseres.* 1981; 169: p. 477-492.
2. Zubin J. Chronic schizophrenia from the standpoint of vulnerability. In Melnechuk T, editor. *Perspectives in schizophrenia research.* New York: Raven Press; 1980. p. 269-294.
3. Meehl P. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist.* 1962; 83: p. 651-657.
4. Rosenthal G. *Experimenter effects in behavior research.* New York: Appleton Century Crofts; 1970.
5. Buendía J. *Estrés y psicopatología.* Madrid: Pirámide; 1993.
6. Lemos S. Factores familiares (Expresión emocional) y evolución de la esquizofrenia. *Anales de la Psiquiatría.* 1985; 1(7): p. 295-306.
7. Nuechterlein K, Dawson M. A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophr Bull.* 1984; 10(2): p. 300-312.
8. Nuechterlein K, Dawson M, Gitlin M, Ventura J, Goldstein M, Spyder K, et al. Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: longitudinal studies of vulnerability and stress. *Schizophrenia Bulletin.* 1992; 18(3): p. 387-425.
9. Leff J, Vaughn C. The role of maintenance therapy and relatives expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two year follow-up. *Br J Psychiatry.* 1981 Aug; 139: p. 102-104.
10. García del Castillo J. Concepto de vulnerabilidad psicosocial en el ámbito de la salud y las adicciones. *Health and Addictions.* 2015; 15(1): p. 5-14.
11. Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology.* 1997 Apr; 86(2): p. 103-126.
12. Pastor A, Blanco A, Navarro D. *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave.* Madrid: Síntesis; 2010.
13. Vallina O, Lemos S, Fernández-Iglesias P. Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de psicología.* 2006; 24(1-3): p. 185-221.

14. Ozamiz J, Markez I, Ortíz A. Propuestas de un Modelo de Recuperación en Salud Mental. Norte de salud mental. 2014; 12(48): p. 89-94.
15. Liberman V, Samuels S, Ross L. The Name of the Game: Predictive Power of Reputations versus Situational Labels in Determining Prisoner's Dilemma Game Moves. Pers Soc Psychol Bull. 2004; 30(9): p. 1175-1185.
16. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. Psychiatric Services. 2001; 52(4): p. 482-485.
17. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. Br J Psychiatry. 2004 Oct; 185: p. 283-290.
18. Subdirección General de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. [Online].; 2016 [cited 2016 8 19. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>.
19. Spinsanti S. L'alleanza terapeutica. Roma: Borla; 1988.
20. Bermejo J. Humanizar la asistencia sanitaria. Bilbao: Descléer Bilbao: Descléer; 2014.
21. Funk M, Drew N, Saraceno B. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. [Online].; 2006 [cited 2016 8 19. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf).