



PROGRAMA DE BIENESTAR EMOCIONAL



2022-2024

Instituto de Salud
Pública y Laboral
de Navarra



Nafarroako Osasun
Publikoaren eta Lan
Osasunaren Institutua





“Ser capaz de prestarse atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con otros”

Erich Fromm.

Indice

1. INTRODUCCIÓN	4
2. MARCO CONCEPTUAL	5
2.1. BIENESTAR EMOCIONAL.....	5
2.2. DETERMINANTES SOCIALES Y DE DESIGUALDADES EN SALUD	6
2.3. UNA SALUD/ONE HEALTH.....	7
2.4. OBJETIVOS PARA UN DESARROLLO SOSTENIBLE	8
2.5. INICIATIVA HEALTHIER TOGETHER EU.....	9
3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.....	10
3.1. ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR EMOCIONAL	10
3.2. EJES DE DESIGUALDADES Y RESULTADOS EN SALUD MENTAL.....	12
3.2.1 .Clase social, nivel socioeconómico.....	12
3.2.2. Cuidados y género.....	13
3.2.3. Grupos de edad.....	14
3.3. ATENCIÓN AL MALESTAR EMOCIONAL.....	19
3.4. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	22
3.5. PRIORIDADES DETECTADAS.....	22
4. OBJETIVOS Y POBLACIÓN DIANA	23
4.1. OBJETIVOS GENERALES.....	23
4.2. POBLACIÓN DIANA:	24
5. METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA	24
5.1. PRINCIPIOS RECTORES	24
5.2. LÍNEAS DE ACCIÓN	25
5.3. RECURSOS Y MEDIOS.....	26
5.4. LÍNEAS DE ACCIÓN 2022-2023	28
6. CRONOGRAMA	32
7. EVALUACIÓN	33
8. BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS	37
ANEXO A. MODELO ESCALONADO DE ATENCIÓN	37
ANEXO B. ESCALERA DE ATENCIÓN A TRAVÉS DE LAS DISTINTAS ETAPAS VITALES.....	38
ANEXO C. DATOS ESTADÍSTICOS: ENCUESTA Y REGISTRO.....	42
ANEXO D. ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.....	46

Introducción

La salud pública recoge el conjunto de actividades organizadas por las Administraciones públicas, junto con la sociedad, destinadas a prevenir la enfermedad, así como a promover la salud de las personas. En este proceso responde a las posibles amenazas a la salud de la población que se detecten, tanto a nivel individual como colectivo, a través de acciones sanitarias, sectoriales y transversales [\(1\)](#)

[El Plan de Salud Pública de Navarra 2022-2025](#) recoge dentro de sus ejes de trabajo, en el Eje I. la elaboración de un nuevo Programa de Bienestar Emocional (BE) dentro del Programa general de Estilos de Vida, junto con la alimentación y el ejercicio físico, la prevención de adicciones con y sin sustancia y la salud sexual, todos ellos interrelacionados. Así mismo, se detalla que la percepción del estado de salud de la población navarra empeora del año 2017 al año 2020 en todos los grupos de edad y aumenta el porcentaje de personas que han requerido atención en salud mental, presentando peores datos las mujeres y los grupos de población más vulnerables. Entre otros indicadores de salud, se muestra que ha aumentado el consumo de psicofármacos con mayor prescripción en las mujeres. El Plan también recoge en su Eje II. la necesidad de desarrollar acciones de Salud comunitarias locales en colaboración entre los equipos de Salud Pública, atención primaria y servicios sociales, entes locales y otras organizaciones sociales.

Previamente a la pandemia producida por la COVID-19, los datos recogidos por la OMS en 2019 apuntaban a un aumento en el malestar emocional de la población, con especial relevancia en la población infantojuvenil, donde en uno de cada siete jóvenes entre 10 y 19 años debutaba un trastorno mental. La llegada de la pandemia ha generado una crisis sanitaria, social y económica, que ha puesto en evidencia diferentes carencias en la salud de la población, incidiendo de manera acusada en el BE percibido, con especial incidencia en poblaciones en situación de vulnerabilidad psicosocial. Esta vulnerabilidad psicosocial puede verse agravada por el contexto actual de incertidumbre consecuencia de la situación de guerra en Europa y la crisis energética global.

Los acontecimientos, eventos o experiencias vividas individual y colectivamente provocan cambios en la percepción de lo que puede hacernos daño o causar sufrimiento. La experiencia de vulnerabilidad y pérdida de referencias provoca temor, malestar y sensación de pérdida de control sobre nuestra vida. Unas personas están más expuestas que otras a sufrir de manera desigual el reparto de estos sentimientos y emociones.

Comprender qué provoca cambios en nuestro estado de bienestar, lo que contribuirá significativamente a la búsqueda de soluciones que mejor se ajusten a las necesidades de hoy, requiere de una definición más amplia de salud, que contemple además de la salud humana, la salud animal y la salud medio ambiental.

No obstante, el hecho de que los cambios sociales y medioambientales desafíen la capacidad de respuesta de las administraciones públicas, personas y comunidades no implica necesariamente que se articulen nuevos recursos y/o servicios sino, más bien, la transformación de los mecanismos y dispositivos propios del sistema normalizado para atender las nuevas necesidades y casuísticas. Desde este punto de vista, puede fomentarse el aumento en la capacidad de respuesta de las personas y sus comunidades.

De modo que, y de acuerdo con el [último informe de la OMS sobre salud mental,\(2\)](#) realizado en 2022 y en el que se “exhorta a todas las partes interesadas a colaborar en la revalorización de la salud mental

y en el compromiso asumido con esta, en la reorganización de los entornos que influyen en la salud mental y en el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud mental”, les corresponde a las distintas entidades públicas y sociales de nuestra comunidad generar espacios de sinergia que promuevan el BE, sustentando y ofreciendo herramientas para que se generen espacios de apoyo y ayuda a la población.

Alcanzar una salud para todas las personas, sin dejar a nadie atrás, en el año 2030 de forma sostenible, implica armonizar un crecimiento económico sostenible, inclusión social y la protección del medio ambiente y nos recuerda la necesidad de consolidar el compromiso de las administraciones públicas, de los agentes sociales y la agenda política. Lo que por otra parte supone la aprobación de políticas, planes... que aborden los determinantes sociales y de desigualdades en salud.

1. Marco conceptual

1.1. Bienestar Emocional

La Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualiza la salud mental como un estado de bienestar donde el individuo desarrolla sus propias habilidades, puede lidiar con los eventos estresantes normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de realizar contribuciones dentro de su comunidad (2). En base a esta definición, se generaron, dentro del enfoque salutogénico, modelos de bienestar integrativos, que contemplarían los siguientes componentes: bienestar, como bienestar hedónico; bienestar psicológico, referido al funcionamiento óptimo individual; y bienestar social, que recoge el funcionamiento óptimo en la comunidad.

Así, diferentes autores que han estudiado el bienestar entre los que destacan Decy y Ryan, Ryff, Seligman, Lyubomirsky y Diener, evidencian que el denominado BE es un constructo multidimensional que no es sinónimo de ausencia de enfermedad, pudiendo distinguir conceptos nucleares como: Bienestar psicológico; Salud mental positiva; Calidad de vida relacionada con la salud; Propósito; y Bienestar subjetivo(3) (4)(5)(6).

En relación con lo expuesto, el BE puede ser entendido de forma dimensional, como un continuum entre la percepción de bienestar en un extremo y en el otro el malestar. La frecuencia, intensidad y duración de ese malestar podrá marcar la línea entre lo patológico y lo no patológico, aunque a menudo pueda resultar complejo realizar esta distinción.

Es importante destacar que distintas investigaciones apuntan a que existe una relación bidireccional causal entre la percepción de BE y la mejora de salud general, que conllevaría la mejora de resultados en salud y a la reducción de la discapacidad en la población. Debe señalarse que estudios observacionales transversales, así como prospectivos evidencian que la percepción de bienestar se asocia con cambios a nivel fisiológico. La revisión sistemática realizada en 2011 por Diener et al. (7) ya encontró que el estado BE se asociaba con un 20 % de menor riesgo de mortalidad por cualquier causa en personas sanas. Otro meta análisis que recogió 10 estudios con una población de más de 136.000 personas encontró que el propósito en la vida se asociaba tanto en la mortalidad por todas las causas como en los eventos cardiovasculares con una reducción del 17 % (RR 0,83 en ambos supuestos) (8).

Además, la soledad, entendida como “percepción de aislamiento social”, se asocia con el BE hallando una relación bidireccional entre ambos conceptos: la insatisfacción con las relaciones sociales predice un bajo BE y un bajo BE predice mayores sentimientos de soledad (9). En este sentido, se ha observado

que el aislamiento social tiene efectos sobre la mortalidad, aumentando el riesgo a lo largo de la vida. El aislamiento social se vincula además con comportamientos no saludables como fumar, inactividad física y sueño pobre; y en personas mayores se asocia con la disminución del estado funcional y aumento de la mortalidad [\(10\)](#).

Las relaciones sociales están estrechamente ligadas al BE como vemos, y se ha demostrado que pueden llegar a reducir en un 50 % la mortalidad por cualquier causa con un tamaño del efecto comparable a otro tipo de conductas protectoras de salud como dejar de fumar o frente a la obesidad de grado 2 y 3 [\(11\)](#)[\(12\)](#). Estos estudios sugieren que la participación en el vecindario, la familia y la vida social es importante para la salud a nivel individual y poblacional.

1.2. Determinantes sociales y de desigualdades en salud

La salud de la población se conforma sobre las características biológicas de las personas, junto con las circunstancias en las que nos desarrollamos (nacemos, crecemos y envejecemos). Así, podemos hablar de los determinantes en salud (Figura 1), recogiendo tanto los diversos estilos de vida como las redes sociales y comunitarias, además de las distintas políticas socioeconómicas, educativas, ambientales, culturales, las condiciones laborales y de vida. Políticas que tienen en cuenta el apoyo social y la accesibilidad al sistema de salud.

Los países miembros de la OMS en 2013 adoptamos el [Plan de Acción Integral sobre Salud Mental \(13\)](#) con metas centradas en el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza, la atención de la salud en la comunidad, los sistemas de información, la investigación, con el foco puesto en la promoción y la prevención. Desde esta perspectiva la OMS afirma que los determinantes más importantes en salud, son de naturaleza económica y cultural, se distribuyen de manera desigual en la población, generando inequidades en torno a la salud que deben ser abordadas desde las políticas públicas [\(14\)](#)[\(15\)](#) y estos incidirán de manera específica en el BE [\(16\)](#)

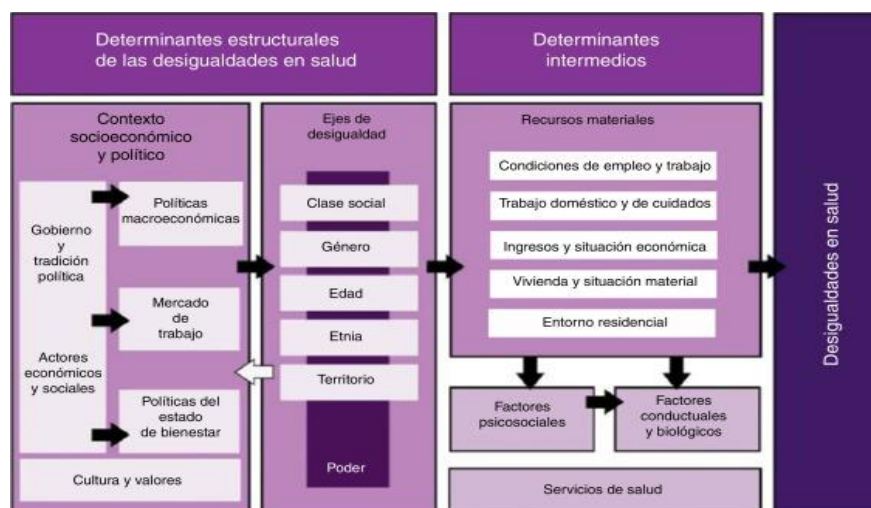
Figura 1. Modelo de determinantes de la salud adaptado de Dahlgren y Whitehead, 1991



La Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad y Política Social en 2008 solicitó la constitución de una Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (CRDSS-E). En 2010 la Comisión presentó el documento [«Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España»](#)[\(16\)](#), junto con un documento que la CRDSS-E había realizado previamente sobre el análisis de la situación de las

desigualdades en salud en España y las políticas para reducirlas en España y Europa². El marco conceptual adoptado por el CRDSS-E distingue entre determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud, con los siguientes ejes de desigualdad: clase social, género, edad, etnia y territorio en el que se vive.

Figura 2. Determinantes estructurales de las desigualdades y ejes de desigualdad¹



Existe suficiente evidencia científica sobre la influencia que ejerce en la salud mental a lo largo de la vida la exposición a la adversidad social y económica. La pobreza tiene un efecto negativo en la salud mental, conductual y emocional de los niños y jóvenes (17) a través de una serie de vías que pueden expresarse en distinto momentos vitales. Del mismo modo, la precarización de la salud mental puede llevar a la pobreza.

1.3. Una salud/One Health

Siguiendo el enfoque de One Health (Una sola salud) (18), podemos también observar la necesidad de mirar más allá del concepto tradicional de salud, y considerar que los tres elementos que conforman la salud (salud animal, salud humana y salud medioambiental) a la hora de considerar los factores de riesgo y de protección del BE.

Figura 3. Modelo ONE Health/Una salud de ISGlobal



¹ Adaptado de Navarro (2004) y Solar y Irwin (2007) por la [Comisión para reducir las desigualdades en salud](#) en España.

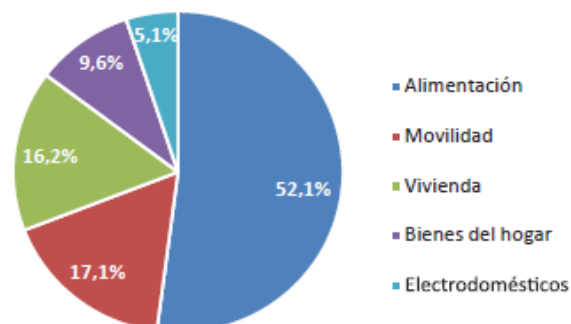
En este sentido hay estudios recientes que muestran la relación entre los fenómenos extremos medioambientales, como el cambio climático, y el impacto en nuestro BE (19). Desde la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental ya han informado que en 2022 las olas de calor han aumentado las atenciones de urgencia relativas a problemas de salud mental y malestar emocional en un 10%.

Acostumbrados a analizar y comprender la realidad compartimentándola, este concepto y el modelo que de él se deriva para el diseño de intervenciones en salud, exige adecuar éstas teniendo en cuenta las transformaciones económicas, tecnológicas, y sociales de las últimas décadas que han impulsado cambios notables en la relación animales-seres humanos-ecosistemas.

Los avances tecnológicos han modificado la forma en la que nos relacionamos con otras personas, nos ha permitido viajar a lugares poco explorados o inhabitados o han modificado nuestros patrones o decisiones de consumo (alimentación, ejercicio físico, descanso...) todo lo cual tiene importantes efectos sobre la salud de seres humanos, animales y medioambiente.

El Ministerio de Consumo (19) ha publicado recientemente un informe sobre el impacto ecológico del consumo en nuestro país. Este informe destaca que las presiones e impactos ecológicos -que van más allá del cambio climático- están explicadas hasta en un 52,1% por las decisiones de consumo relativas a la alimentación. Tras la huella de consumo, con mayor impacto sobre el cambio climático, está la movilidad (el transporte) que representa el 17,1% y la vivienda (construcción y consumos asociados) con el 16,2%.

Gráfico 1. Huella de Consumo de España por áreas de consumo, 2018.



Fuente: Ministerio de Consumo/EC-JRC, Sostenibilidad del consumo en España.

El impacto de las decisiones sobre el consumo de alimentos es consistente con la literatura científica sobre la materia: el modo en que nos alimentamos repercute en nuestra salud individual (enfermedades cardiovasculares, bienestar emocional...) y en la salud del planeta (cambio climático – deforestación, contaminación suelos, agua y aire...-) y, como consecuencia de estas interrelaciones, de nuevo en nuestra propia salud (enfermedades zoonóticas).

1.4. Objetivos para un Desarrollo Sostenible

En el marco de los Objetivos para un Desarrollo Sostenible, el objetivo 3 recoge la necesidad de garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Este objetivo recoge varias metas, entre ellas:



3.4. Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar.

3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.

Mejorar la salud mental y el bienestar emocional no será posible sin la adopción de medidas destinadas al cumplimiento del resto de objetivos recogidos por la OMS para no dejar a nadie atrás. De hecho, los ODS representan una oportunidad única para promover la salud pública a través de una estrategia integrada de políticas públicas en diferentes sectores (el enfoque “salud en todas las políticas”, planteado por la OMS) buscando sinergias y poniendo énfasis sobre las consecuencias que las políticas públicas tienen sobre los sistemas de salud, los determinantes de la salud y el bienestar.

1.5. Iniciativa Healthier Together EU



Por otra parte, según el informe realizado en junio de 2022 desde la Comisión Europea, [*Healthier Together-EU Non-Communicable Diseases Initiative*](#) (20), la promoción del bienestar psicológico, así como la prevención de los trastornos mentales debe ser una prioridad de los estados miembros de la Unión Europea. Se ha constatado que la edad media de aparición de cualquier trastorno mental es de 14 años (para los trastornos de ansiedad y personalidad es de 11 años, mientras que para la depresión mayor es de 31 años). Por ello, es imprescindible promover la salud mental y el BE. El desarrollo de habilidades sociales y emocionales en la primera infancia es el pilar básico para lograr este objetivo, siendo necesario continuar su promoción en todas las edades. Los programas escolares basados en la promoción y prevención de problemas de salud mental son eficaces para llegar a un gran número de jóvenes, así como para poder realizar una detección temprana de estos posibles problemas de salud. El informe, entre varias de sus recomendaciones, recoge que los lugares de trabajo *“deben desarrollar políticas que promuevan una buena salud mental en el trabajo aumentando la concienciación y las competencias de las personas que ocupan puestos directivos y apoyar a los y las empleadadiscus con problemas de salud mental en su reincorporación laboral”*. Los estudios también indican que medidas relacionadas con el estilo de vida, como el aumento de la actividad física, una dieta sana y equilibrada y unos patrones de sueño saludables, también tienen un impacto beneficioso en el BE, tanto en personas adultas como en niñas y niños.

Para finalizar, indicar que el constante desarrollo de las sociedades avanzadas hace necesario un esfuerzo permanente de reconceptualización de aquellos fenómenos que se dan en su seno. La definición de colectivos que por sus características propias y contextuales se encuentran en situaciones de riesgo social es una de las que más afectada se ve por estos fenómenos de cambio social, ya que los cambios estructurales, socioeconómicos y culturales son los que definen sus procesos de socialización delimitando, a su vez, las dificultades en que se pueden encontrar. Concretamente, se están dando importantes cambios y apareciendo situaciones hasta ahora desconocidas, que afectan directamente a la socialización de nuestra infancia. El maltrato entre iguales, en todas sus formas físicas o psicológicas (cyberbullying, acoso escolar...), los movimientos migratorios (menores refugiados/as, menores no acompañados/as) y por último el fenómeno de los “mass media” con la abusiva transmisión de contenidos violentos, el consumismo como centro relacional y la masiva difusión de imágenes estereotipadas relativas a todas las esferas relacionales interpersonales, así como las diferentes nuevas

fórmulas de adicciones conductuales, son un campo de investigación, prevención y vigilancia que necesita la suficiente implicación de las diferentes administraciones(21).

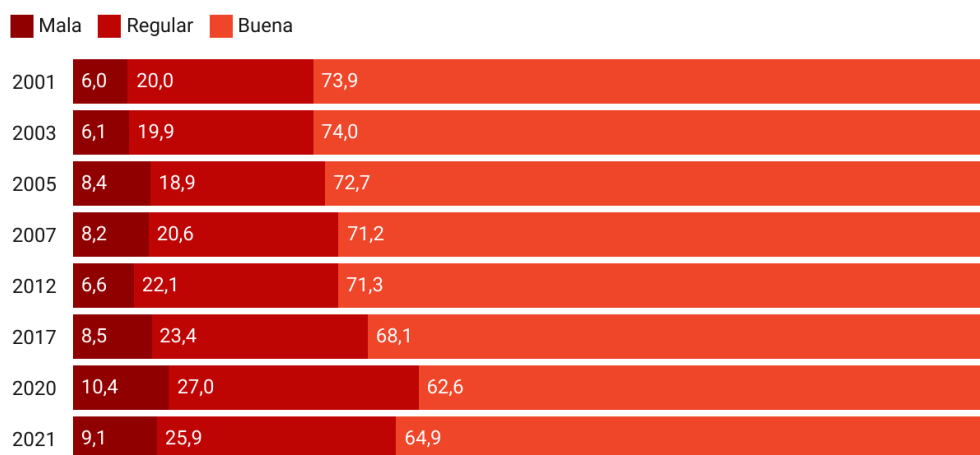
No obstante, la mayoría de las personas muestran una gran resiliencia, aunque se observa que las que están expuestas a circunstancias desfavorables tales como la pobreza, la desigualdad (económica o de clase, ser mujer, pertenecer a una minoría étnica, tener previamente una enfermedad física o psíquica, la discapacidad, pertenecer al colectivo LGTBIQ+) y la violencia, tienen un mayor riesgo de sufrir cualquier forma de malestar emocional. Estos riesgos se pueden manifestar a lo largo de todas las etapas de la vida, pero su impacto es mayor en los momentos sensibles del desarrollo y en los denominados cambios evolutivos, siendo especialmente perjudiciales durante la infancia. Potenciar nuestras habilidades sociales y emocionales, una educación de calidad, un trabajo digno, la seguridad en la comunidad, el reparto justo de la riqueza, la cohesión y el cuidado sostenible del medio ambiente, la no discriminación por razón de género, etnia...en definitiva, una sociedad libre de cualquier tipo de desigualdad fortalecerá la resiliencia de la población.

2. Análisis de situación

2.1. Estado de salud y bienestar emocional²

Valoración de salud autopercebida en el último año. Aunque el 65% de la población navarra considera su salud como buena o muy buena en 2021, en los últimos 20 años la tendencia general es a un aumento de la población que considera su salud como ‘mala’ o ‘regular’. En 2001 el 26,0% hacía esta valoración, en 2012 aumentó a 28,7% y en el último registro pre-pandemia (2017) 31,9%. En el año 2021 es un 35,0% la población que valora su salud como ‘mala’ o ‘regular’.

Gráfico 2. Valoración de salud autopercebida por la población navarra en el último año (2001-2021) *



Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, (na)stat. Encuesta Social y de Condiciones de Vida 2001, 2003, 2005, 2007, 2012, 2017, 2020 y 2021.

*Construcción de la escala: Mala (muy mala o mala); Regular; Buena (buena o muy buena)

² Para la elaboración de los puntos 3.1 y 3.2 hemos recogido los datos y referencias publicados por el Instituto Navarro de Estadística, relacionados con la salud mental en la Encuesta Social y Condiciones de Vida en el año 2021.

[La Encuesta social y condiciones de vida](#) indaga además sobre las redes de apoyo que tienen las personas que viven en Navarra. Se pregunta sobre tres aspectos diferentes: la posibilidad de “contar con personas que se preocupen por lo que te sucede”, la posibilidad de “hablar con alguien de diferentes tipos de problemas cotidianos” y la disponibilidad de “ayuda en caso de enfermedad”³.

La población que “cuenta con personas que se preocupan de lo que les sucede” [Figura10](#) y que “tiene la posibilidad de hablar con alguien sus problemas” tanto como desea, se reduce algo más de 10 puntos porcentuales de 2017 a 2021, mientras que quienes responden con insatisfacción (responden “mucho menos” o “menos” de lo que desean) en la mayoría de las categorías ganan más de 5 puntos porcentuales.

Cuando se pregunta por ‘la ayuda que se recibe cuando se está enfermo’ [Figura11](#) disminuyen el número de personas que dicen recibir tanta ayuda como desean en cerca de 6 puntos porcentuales en 2021 respecto año 2017, disminución que se traslada en su mayoría a quienes están insatisfechas con la ayuda que reciben.

En la nota de prensa publicada por (na)stat se resume además otros aspectos relacionados con el género, el tamaño poblacional de los lugares de residencia, etc. Llegando a las siguientes conclusiones:

1. Las mujeres están más insatisfechas que los hombres con la ayuda que reciben cuando están enfermas y las personas que viven en municipios con menos de 2.000 habitantes presentan mejores cifras que el resto de municipios.
2. Las mujeres creen tener mejores redes de apoyo que los hombres para hablar sus problemas o tener personas que se preocupen por ellas, pero no sienten que dispongan de la ayuda que desean cuando caen enfermas en la misma medida que ellos.
3. Por tamaño poblacional, las personas que viven en núcleos poco poblados (municipios de menos de 2.000 habitantes) son las que más satisfechas están en todos estos aspectos.

Salud mental. Comparación 2017-2021. El “alto bienestar general” (indicador que se relaciona con la salud mental) es declarado por el 73.5 % de la población navarra en 2021, aunque la percepción general es que su salud ha empeorado respecto al año 2017. Un 26,5% declara un “bajo bienestar general” en las dos semanas previas a la encuesta (crece 3,5 puntos porcentuales respecto a 2017) y un 91 % de personas declara no necesitar atención en salud mental, aunque se ha producido un aumento de 1,9 puntos el porcentaje de personas que dicen haber necesitado atención en salud mental durante el último año, siendo en 2021 un 9,0% de la población.

Tabla 1. Bienestar general de la población según variables sociodemográficas y socioeconómicas en los años 2017 y 2021 (%).

	2017		2021	
	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
<i>Total</i>	23	7,1	26,5	9

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, (na)stat

³ En el tratamiento de estas tres preguntas se ha excluido la categoría de respuesta “No sabe / No contesta” en el cálculo de los porcentajes presentados para ambos años. En 2017, esa categoría de respuesta englobaba una media del 17,6% del total de respuestas para las tres preguntas y en 2021 un 5,2%.

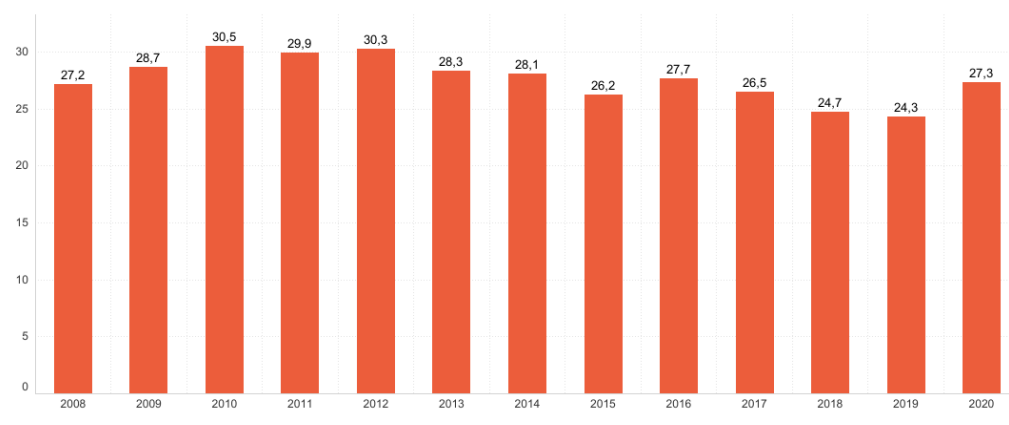
2.2. Ejes de desigualdades y resultados en salud mental

Se ha constatado que la desigualdad en la distribución de la riqueza conduce a un deterioro en las relaciones sociales, en el capital humano y la salud de sus ciudadanos y ciudadanas (22), se ha señalado, además, que en una sociedad con inequidad viven personas con diferencias en el acceso a la salud y condiciones de vida. Lo que genera a su vez un aumento en los indicadores de salud mental y física (23).

2.2.1. Clase social, nivel socioeconómico.

El coeficiente de Gini considera la distribución entre todos los estratos de ingresos y cuantifica la concentración de la renta (cuanto mayor es el valor del indicador mayor es la desigualdad en la renta). Desde hace varios años este indicador muestra que la distribución de la renta en Navarra es más igualitaria que en el Estado (27,3 en 2020 frente al 32,1 estatal) a pesar de que en 2020 en Navarra aumentó la brecha en 3 puntos en relación a 2019 – año con el mejor registro de la serie (24,3)-.

Gráfico 3. Evolución del Coeficiente de Gini⁴. Navarra-2008-2020



Fuente: Observatorio de la realidad social. Consultado 12/08/2022.

Cabe esperar que la ola que vivimos tras la crisis económica de 2007, como se refleja en el gráfico, vuelva a aparecer a partir del 2020 último año de referencia. Es previsible que se observen entonces los efectos de la COVID-19, de la crisis energética como consecuencia de la guerra entre Ucrania y Rusia, acompañada del aumento de la inflación y de la posible recesión en Europa.

Según recoge la Tabla 2, en 2021 quienes hacen una mejor valoración de su salud mental responden al perfil de nivel socioeconómico ‘medio-alto’ o ‘alto’, viendo como la creencia de necesidad de atención en salud mental es de casi el doble en los niveles ‘bajo’ o ‘medio-bajo’ (13,4%) respecto a los niveles ‘medio-alto’ o ‘alto’ (8,1%). Este mismo fenómeno se puede observar relacionado con la percepción del “Bajo bienestar general”, con el 34,4 % en los niveles ‘bajo’ o ‘medio-bajo’ frente al 15,1% en ‘medio-alto’ o ‘alto’.

⁴ Coeficiente de Gini: Medida para evaluar la desigualdad social a partir de los ingresos disponibles. El valor va de 0 a 1 (se dan los valores en porcentaje, multiplicado por 100) El valor 0 equivale a perfecta igualdad y donde 1 se corresponde con desigualdad.

Tabla 2. Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%).

Porcentajes horizontales	2017		2021	
	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
Nivel socioeconómico				
Nivel 'bajo' y 'medio-Bajo'	29,3	7,7	34,3	13,4
Nivel 'medio'	19,9	6	25,3	7,1
Nivel 'medio-alto' y 'alto'	15,9	9,9	15,1	8,1

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, (na)stat

El trabajo y el empleo sigue siendo un factor estructurante de nuestras vidas, no sólo por los recursos económicos y materiales que aporta sino como lugar donde existen y se generan riesgos psicosociales que tienen efectos sobre la salud física y mental de las personas.

Entre los problemas de salud relacionados con el trabajo el estrés ocupa hoy el segundo lugar tras los trastornos musculo esqueléticos. La organización del trabajo (carga de trabajo, autonomía, participación,) y factores relacionales (acoso moral, sexual, maltrato y otras conductas hostiles) son las dimensiones que se relacionan con los riesgos psicosociales.

En Navarra los motivos de los procesos de incapacidad temporal (IT) por contingencias comunes (no reconocidos como accidentes de trabajo o enfermedades profesionales) debido a los trastornos mentales supusieron el 5,7% de los procesos de IT tramitados en el año 2019 (el 6.9% de los procesos de IT en mujeres y el 4,5% en hombres) y consumieron el 13,5% de los días de baja laboral del año -el 10,8% de días de baja de los hombres y el 15,8% de los días de baja de mujeres- (Fuente: ISPLN).

2.2.2. Cuidados y género.

Cuidados. Hablar de cuidados implica abordar un concepto complejo y clave en nuestra sociedad. Los cuidados exigen trabajo (remunerado o no), rutinas y la satisfacción de necesidades que se intensifican en determinadas etapas vitales (infancia, vejez), debido a la enfermedad, el duelo emocional o las situaciones de vulnerabilidad materiales (vivienda, renta...) Todo ello implicando grandes tareas de planificación y supervisión que a su vez demandan una hábil gestión mental.

Según el informe diagnóstico “[Radiografía de los cuidados en Navarra](#)” (24) realizado por el Instituto Navarro para la Igualdad, con datos de la ESyCV del año 2016, quienes tienen por principal ocupación las labores del hogar en el cien por cien de los casos son realizadas por mujeres⁵ y son mujeres en la gran mayoría quienes afirman realizar las tareas de cuidados que contempla la encuesta.

Por otra parte, un 13% de los hogares navarros cuentan con ayuda externa para realizar las tareas domésticas y de atención a menores y dependientes. En la mayoría de los casos se desarrolla por mujeres de origen extranjero y frecuentemente de manera precaria e informal.

⁵ El INAI/NABI, en el marco de las políticas públicas de igualdad entre mujeres y hombres ha impulsado Pacto Foral y Pactos Locales por los Cuidados <https://pactoscuidados.igualdadnavarra.es/>

En 2021 quienes hacen una mejor valoración de su salud mental son los hombres, y una baja autopercepción de necesitar atención en salud mental, en comparación con las mujeres [Figura12](#).

Tabla 3. Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%).

Porcentajes horizontales	2017		2021	
	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
Sexo				
<i>Hombre</i>	19,2	5,9	22,2	5,8
<i>Mujer</i>	26,8	8,3	30,7	12,1

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, (na)stat

Género. El Hecho Sexual Humano habla de tres registros que se dan en todos los seres humanos, y que las personas las vivimos de forma conjunta: la sexuación (estructuras, identidad sexual sentida), la sexualidad (vivencias de las identidades) y la erótica (expresión). El género es una construcción social que interiorizamos desde los primeros años de vida e impregna todo lo anterior. La diversidad del hecho sexual humano conlleva una gran pluralidad de cuerpos, de identidades sentidas, de orientaciones del deseo, de expresiones y gustos.

Sea cual sea la manera propia en la que cada persona se define, se vive y se relaciona, los estereotipos sociales mayoritarios de masculinidad y feminidad siguen ejerciendo una presión e influencia que repercutirán en la capacidad de gestión emocional y sobre el bienestar emocional de las personas.

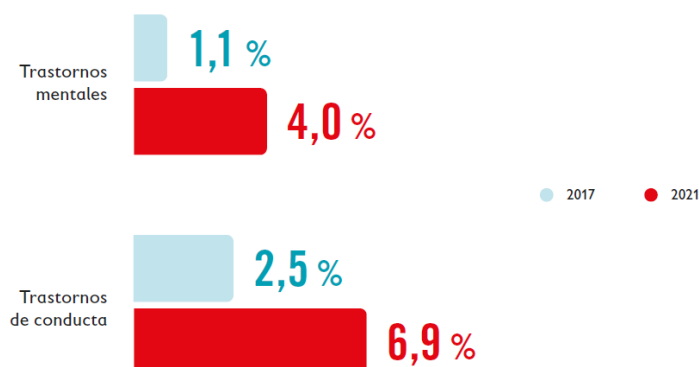
2.2.3. Grupos de edad.

La pandemia ha generado la oportunidad a las distintas administraciones de reflexionar sobre las carencias en salud y bienestar de los distintos grupos poblacionales según la edad. Recoger las diferentes necesidades según nuestro desarrollo personal es un requisito de cualquier análisis de situación social que se realice. Cada etapa vital se caracteriza por unas necesidades sociales diferentes marcadas por la cultura en la que crecemos.

Infancia/adolescencia. En Navarra no se ha hecho un análisis específico de las repercusiones que ha podido tener la pandemia de COVID-19 sobre el BE de las niñas y niños y adolescentes, así como de la situación actual.

En [el informe de 2021 elaborado por Save The Children](#) se destaca el empeoramiento de la salud mental en la población de 4-14 años en el período 2017-2021, tanto en los datos sobre trastornos mentales y de conducta:

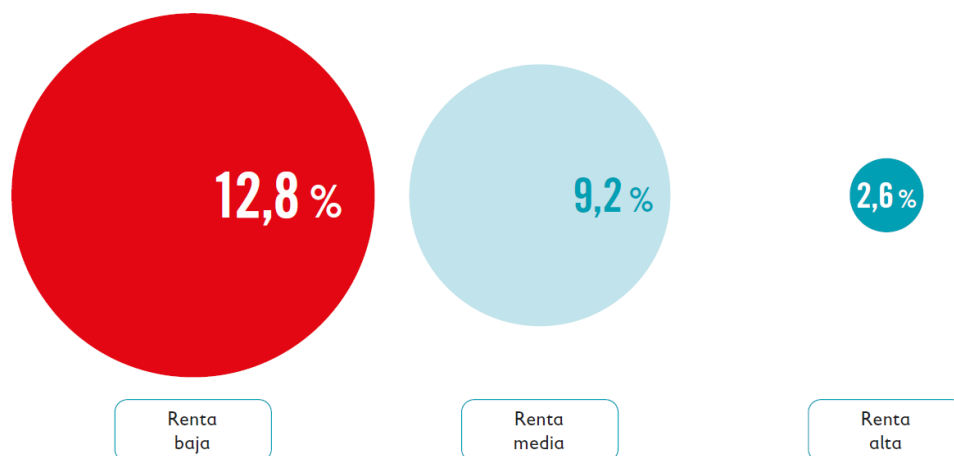
Figura 4. Evolución de los trastornos mentales y de conducta en niños y niñas de entre 4 y 14 años (2017-2021)



Fuente: Informe "Crecer saludablemente". Save the Children.

Como la evidencia señala, tiene mayor peso en menores de familias de rentas bajas.

Figura 5. Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta por nivel de renta



Fuente: Informe "Crecer saludablemente". Save the Children.

En 2020 se realizó un [metaanálisis en Canadá \(25\)](#) que recogió 116 artículos que presentaban datos sobre un total de 127.923 niñas y niños y adolescentes que concluía que la repercusión sobre el BE, medido a través de sintomatología ansiosa o depresiva, había sido muy importante, indicando la necesidad urgente de actuaciones profesionales y políticas para paliar los posibles efectos asociados sobre la salud mental de esta población, incidiendo en los subgrupos de mayor riesgo o vulnerabilidad.

Por otro lado, la [Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad 2022-2026 \(26\)](#), en su página 32 recoge que, en Navarra, ya en el año 2017 el 14,14% de niños y niñas de 4 a 14 años estaban riesgo de mala salud mental⁶.

Juventud. El Instituto Navarro de la Juventud, ha realizado un estudio denominado “Juventud, salud mental y bienestar emocional” que ofrece datos que deben ser analizados con detenimiento y a los que es necesario dar respuesta. Por un lado, la juventud navarra se ha visto especialmente afectada por la pandemia, debido a la importancia que este colectivo concede a la cercanía con sus iguales y alternativas de ocio, pese a ello, ha mantenido una buena percepción de su BE con un 21 % que califica este indicador como excelente, el 27% “muy bueno” y el 42.4% como “bueno”. Por otro lado, el informe recoge que el 54.4 % de los y las jóvenes sienten que su BE ha empeorado tras el inicio de la pandemia. Dentro de este análisis, el impacto negativo en el BE parece manifestarse en mayor grado entre las mujeres, entre quienes un 55,9% dice encontrarse peor que antes de la pandemia, frente al 52,7% de los hombres. El entorno educativo/formativo, parece tener también relevancia en el malestar de la juventud.

Estos datos adquieren una relevancia central en el análisis de situación dado que, según recoge el informe ya mencionado, *Healthier Together-EU Non-Communicable Diseases Initiative*, la edad media de aparición de cualquier trastorno mental es de 14 años (para los trastornos de ansiedad y personalidad es de 11 años, mientras que para la depresión mayor es de 31 años).

De acuerdo con los datos de 2021 de la Encuesta Social y de Condiciones de Vida ha aumentado en 13,5 puntos el porcentaje de jóvenes que afirman haber sentido “bajo bienestar emocional” respecto al año 2017, aumentando en menor proporción quienes “creen necesitar atención en salud mental” (2,6 puntos porcentuales). [Figura12](#)

Tabla 4. Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%).

Porcentajes horizontales	2017		2021	
	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
Edad				
15 a 29 años	13,3	8,1	26,8	10,7
30 a 44 años	23,5	6,3	27,7	11,4
45 a 59 años	26,5	7	30,1	9,3
60 o más años	25,5	7,3	22,4	5,9

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, (na)stat

La juventud es una etapa de cambio vital que en sí misma supone un momento temporal de vulnerabilidad, situación que puede agravarse entre la población de menores no acompañada que recibe Navarra.

Personas Adultas. En lo referente a población de 18 o más años, a través de la encuesta del ISPLN “Estudio sobre el estado de salud de la población navarra durante el confinamiento” realizada en el

⁶ El abordaje de la salud mental en la infancia es un objetivo prioritario tal y como señalan instituciones como [UNICEF](#).

mes de abril de 2020, un 16% refirió dificultades para dormir, un 10% nerviosismo, un 8% miedo, un 7% cansancio y agotamiento y un 6% bajo estado de ánimo.

Tras los meses más duros de la pandemia, los datos recogidos a través de la ECyCV2021, muestran un empeoramiento de la autopercepción de bienestar general y salud mental entre las personas adultas de 30 a 59 años.

Estos datos, junto con los referidos al consumo de psicofármacos recogidos en las páginas 21 y 22 de este documento, es necesario completarlos con datos que recojan el bienestar percibido en los entornos laborales.

Mayores. En esta etapa, es relevante el fenómeno emergente de la soledad entre las personas mayores, con importantes afecciones a la salud mental entre algunas de ellas. Según el estudio cuantitativo y cualitativo “[La soledad de las personas mayores que viven solas](#)” (27) realizado en 2020 por Cruz Roja en Navarra, las personas de 65 o más años que viven en hogares unipersonales presentan 2,40 puntos sobre un máximo de 6 en lo referente a su soledad emocional en la escala Jong Gierveld Loneliness Scal (JDGLS)

Según los datos recogidos en 2021 a través de la Encuesta Social y de Condiciones de vida quienes hacen una mejor valoración de su salud mental según diferentes grupos de edad son las personas mayores de 60 años, disminuye respecto a 2017 el porcentaje de quienes sienten haber experimentado “bajo bienestar general” y quienes “creen necesitar atención en salud mental”.

En Navarra en 2018, un 31,7% de las personas de 80 o más años que residen en viviendas viven solas.

Tabla 5. Personas mayores de 80 años que viven solas, año 2018.

	Total	Hombres	Mujeres
Total personas de 80 o más años	39.825	14.891	24.934
Personas que residen solos de 80 o más años	12.620	2.908	9.712
% de personas de 80 o más años que residen solas	31,7	19,5	39,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto de Estadística de Navarra, (na)stat (Padrón de datos de habitantes 1 enero 2018)

2.2.4. Territorio y país de origen.

Territorio. La distribución geográfica de la población y las diferentes pirámides de población acomoda en el espacio desigualdades permanentes. Así, junto a la especificidad demográfica de cada zona o territorio de Navarra se ha ido consolidando modelos de vida que potencian a su vez la demarcación con capacidades para el desarrollo social y de las personas.

En 2021 quienes hacen una mejor valoración de su salud mental viven en municipios poco poblados o en la zona sur de Navarra (ESyCV). [Figura12](#)

Tabla 6. Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%).

Porcentajes horizontales	2017		2021	
	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
Tamaño de municipio				
De 2.000 o menos	20,3	4,5	22,3	6,8
Entre 2.001 y 10.000	19,3	6,1	25,9	6,1
De 10.000 o más	25,4	8,2	29	10,7
Zona Navarra 2000 (agrupación) *				
Zona norte	20,7	4,7	25,3	7,8
Pamplona	25,7	8,4	28,8	11,2
Zona media	21,2	5,8	26,9	5,5
Zona sur	18,5	5,8	21,3	5,7

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, (na)stat

País de origen. El proceso migratorio y establecer la residencia en nuevo país implican una serie de desafíos y situaciones que pueden llegar a ser traumáticas, que en ocasiones se manifiestan como enfermedades, malestares o dolencias. Sin embargo, no necesariamente la población migrante por el hecho de serlo es necesariamente población vulnerable. Podremos en todo caso hablar de grupo potencialmente vulnerable.

Tabla 7.. Distribución de la población nacida en el extranjero en Navarra

	% Población nacida en el extranjero	% Europa	% África	% América Central y Sur	% América Norte	% Asia	% Oceanía
TOTAL	16,15	3,89	3,57	7,88	0,27	0,52	0,02

Fuente: Observatorio de la realidad social. Consultado 28/07/2022

Es importante comprender cómo se produce y qué significado ha adquirido para la población extranjera el proceso migratorio y de integración en Navarra. Las diferentes motivaciones para abandonar el país de origen pueden provocar en las poblaciones migrantes, de acuerdo con la literatura científica, una serie de duelos que, a su vez, pueden comprometer su salud y bienestar emocional: duelo por la familia y los seres queridos que se quedan atrás; duelo por la lengua vehicular; por la pérdida de referentes culturales y estilos de vida (alimentación, vestido...); por el cambio de paisaje, luminosidad, temperatura, olores...; por la pérdida de estatus social y del contacto con el grupo de pertenencia o étnico, así como el afrontamiento de nuevas situaciones en contextos desconocidos que pueden poner en riesgo la integridad física y mental.

Entre la población de origen extranjero aumenta el porcentaje de quienes sienten haber percibido un “bajo bienestar general” en las dos últimas semanas (ESyCV, 2021).

Tabla 8. Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%).

Porcentajes horizontales	2017		2021	
	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental	“Bajo bienestar general” en las dos últimas semanas	Cree necesitar atención en salud mental
Española	23,1	7,1	26,5	9,4
Otra	22,4	8	27,6	**

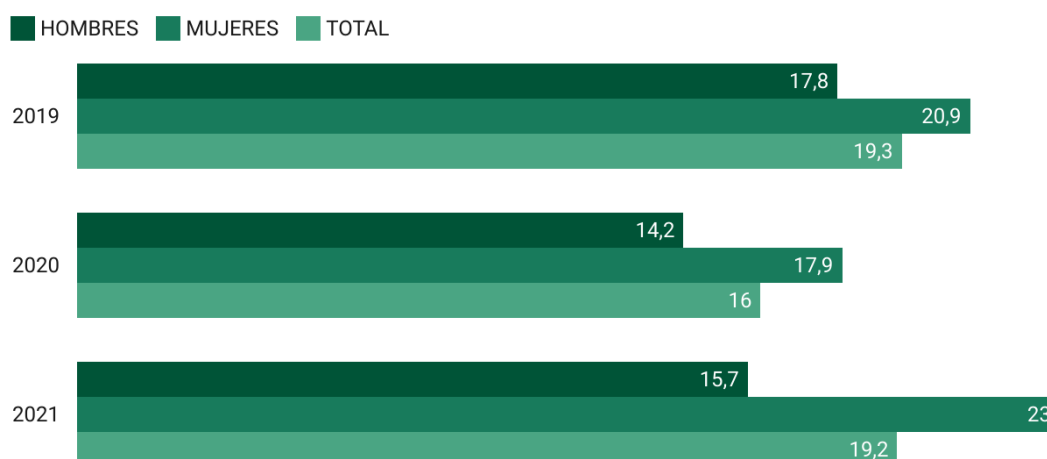
Fuente: Instituto de Estadística de Navarra, (na)stat

(**) sin muestra suficiente para cumplir criterios de calidad en los resultados

2.3. Atención al malestar emocional

En este momento, en Navarra, el malestar emocional está siendo atendido, de forma mayoritaria, en el ámbito de atención primaria, salud mental, tercer sector y centros de psicología de ámbito privado [Tabla10](#). Esta situación está conllevando una sobrecarga en los equipos de atención primaria y un aumento de las listas de espera en salud mental. Es relevante destacar que hay una alta tasa de derivación a especializada de salud mental de los denominados Trastornos Mentales Comunes y problemas psicosociales⁷ (aquellos códigos que la CIE-10 recoge como: **“factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios”**). Si agrupamos los trastornos mentales comunes con baja afección sintomatológica y los códigos Z obtenemos los datos recogidos en el gráfico 7:

Gráfico 4. Tasas de atención por diagnóstico agrupado como “malestar emocional” 2019-2021

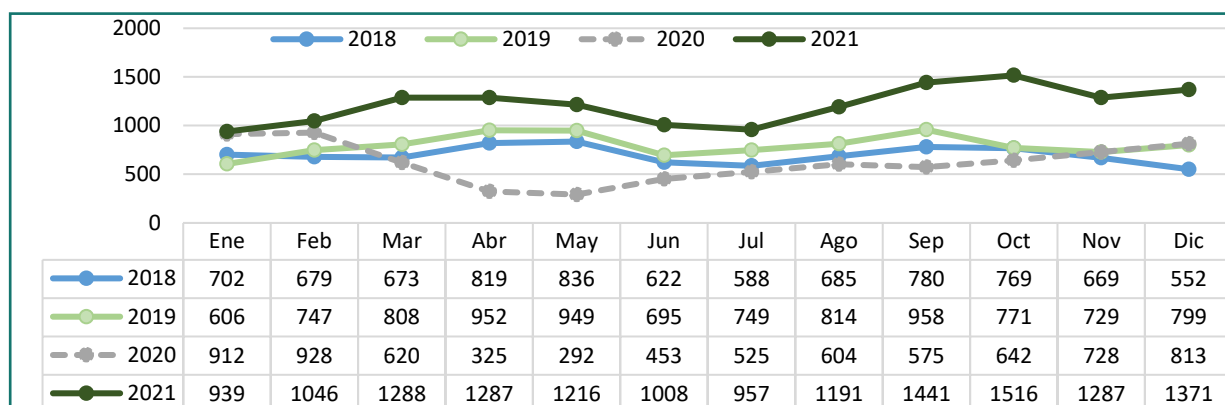


Fuente: Datos facilitados por la Gerencia de Salud Mental. Fuente Bardena

⁷ En esta línea se plantea reforzar dos líneas de acción: mejora de la capacitación de los y las profesionales y el normalización y aumento de los recursos comunitarios como herramienta para el abordaje de los malestares psicosociales.

Pese al aumento de recursos destinados a atención especializada en salud mental sigue siendo un reto la gestión de las listas de espera.

Gráfico 5. Personas en Lista de Espera-PRIMERA CONSULTA CENTROS DE SALUD MENTAL



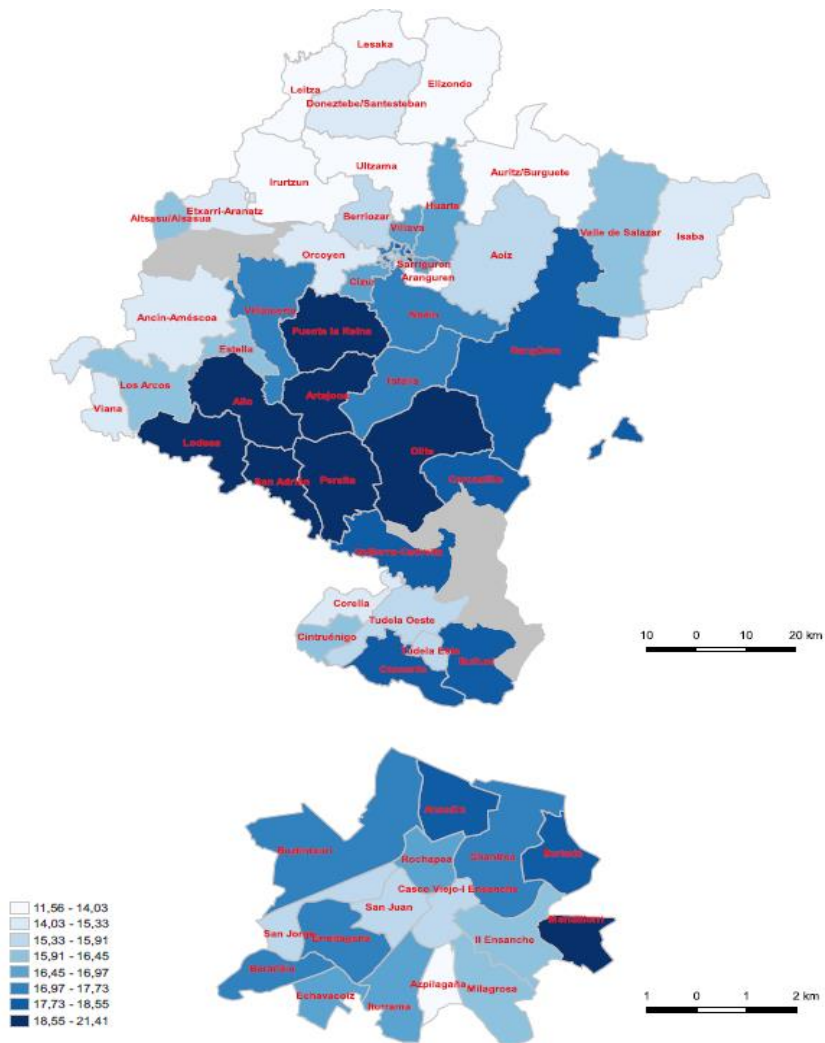
Fuente: Sistema de Información Sanitaria de Navarra (SISNA)

Durante el periodo más duro de la pandemia, el tejido asociativo y comunitario ha puesto en marcha numerosas iniciativas destinadas a amortiguar el impacto psicoemocional de esta anómala situación [Tabla11](#). La ciudadanía ha sido capaz de articular respuestas a la situación logrando la implicación de la administración. Ahora bien, a la administración le corresponde guiar y dirigir las iniciativas públicas con la participación de los distintos sectores (públicos y privados) con el objetivo de asegurar una actuación ordenada que evite duplicidades, alcanzar un uso adecuado de los recursos, evaluar la gestión administrativa para mejorar el funcionamiento de los servicios y orientar los servicios hacia y para el ciudadano.

Si nos fijamos en el consumo de psicofármacos como medida de malestar emocional, en 2020 el [último informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes \(JIFE\) \(28\)](#) informaba de que España era el país donde más benzodiacepinas se consumían de una lista de 85 países de todo el mundo. Según el Observatorio de Salud Comunitaria de Navarra, casi dos de cada diez mujeres navarras tomaron ansiolíticos o antidepresivos en 2020, el doble que los hombres, aunque los dos sexos han sufrido un ligero aumento comparando con los datos recogidos en 2017. [Tabla12](#) y [Tabla13](#)

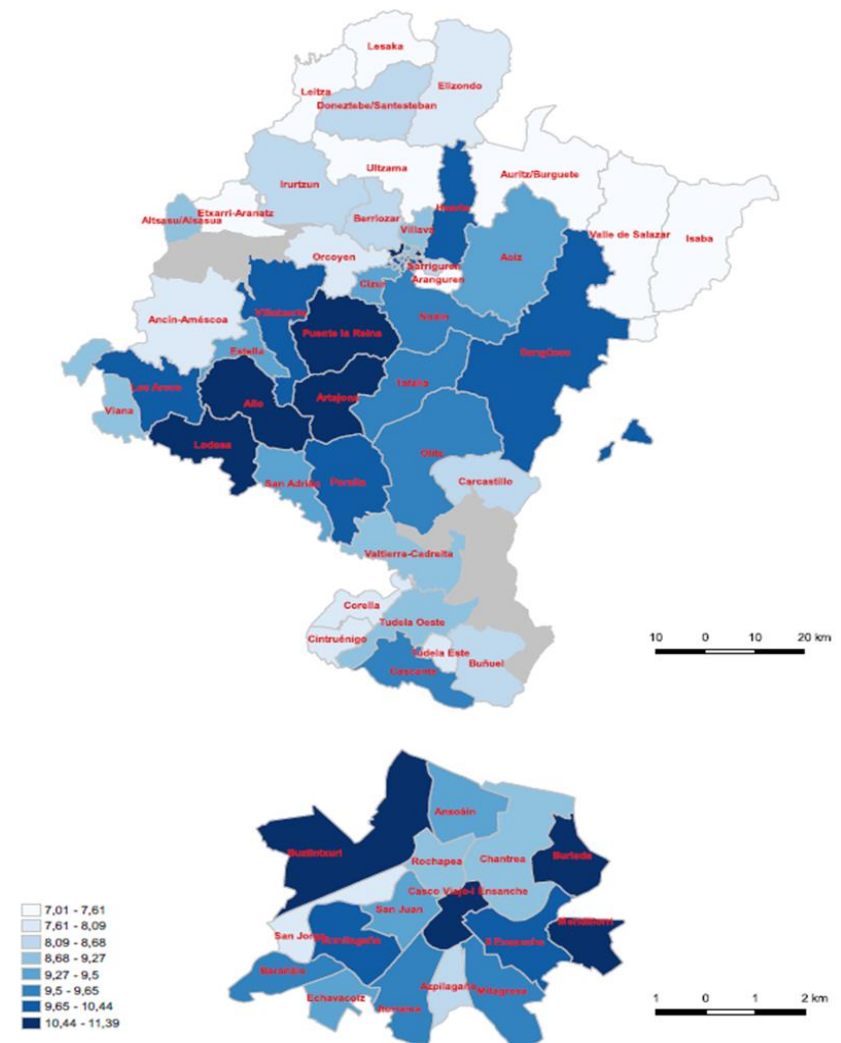
Por otro lado, la sociedad ha normalizado otras maneras de afrontar el malestar como el consumo de alcohol y otras drogas.

Figura 6. Mapa distributivo del consumo de ansiolíticos o antidepresivos en mujeres en Navarra (%).



Fuente Observatorio de Salud comunitaria de Navarra, 2020

Figura 7. Mapa distributivo del consumo de ansiolíticos o antidepresivos en hombres en Navarra (%).



Fuente Observatorio de Salud comunitaria de Navarra, 2020

2.4. Estilos de afrontamiento

En el informe realizado por Proyecto 21 para el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, se recoge además que, ciertos comportamientos de riesgo como las adicciones comportamentales y con sustancias, así como las relacionadas con violencia interpersonal, podrían responder a una estrategia para afrontar las dificultades emocionales, impactando de forma directa y negativa en el BE y físico de las personas. El [informe sobre Adicciones comportamentales de 2020](#) realizado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (29), recoge, así mismo, la interacción entre conductas de riesgo y conductas adictivas. Además, las encuestas ESTUDES y EDADES recogen el aumento progresivo de este tipo de conductas y sus interacciones en los últimos años valorados (2017/2019).

2.5. Prioridades detectadas

Siguiendo los objetivos marcados en el [Plan de Salud Pública 2022-2025](#), será prioritario promover la acción comunitaria fomentando la participación de los diferentes agentes, fortaleciendo las redes colaborativas a diferentes niveles (local, zonas básicas...), y colocando la autodeterminación de las personas y de la comunidad en el centro de los procesos de acción comunitaria. Así, será imprescindible tener presente las prioridades detectadas en la Encuesta Social y de Condiciones de vida de 2021 realizada por (na)stat: que se recogen de forma resumida en la Figura 6 se recoge el resumen de las prioridades detectadas

Figura 8. Prioridades detectadas relativas al Bienestar General: ⁸

NIVEL SOCIOECONÓMICO	
Descenso en esta dimensión de salud en población de nivel económico "medio", habiendo sentido mayor necesidad de atención en Salud Mental los niveles económicos "bajo" y "medio-bajo"	
NIVEL DE ESTUDIOS	
Descenso en la autopercepción de bienestar emocional en estudiantes de etapa universitaria	
DESCENSO GENERAL DEL BIENESTAR EMOCIONAL	
Tanto en hombres como mujeres	Más acusado en las mujeres en todos los ejes de desigualdad
EDAD	
La población de 30-44 años es la que más ha aumentado en su creencia de necesitar atención en Salud Mental y la de 15-29 años la que percibe un descenso mayor en su bienestar	
POBLACIÓN DE ORIGEN MIGRANTE	
Mayor percepción de empeoramiento en su bienestar emocional	
ÁREAS GEOGRÁFICAS	
Descenso comparativamente mayor en la Zona Norte de Navarra, seguido de la Zona Media y de Pamplona	

⁸ Para la elaboración de la figura hemos recogido los datos publicados por el Instituto Navarro de Estadística, relacionados con la salud mental en la Encuesta Social y Condiciones de Vida en el año 2021.

Será necesario ofrecer a cada persona los servicios y ayudas disponibles en la comunidad con el objetivo de proporcionar bienestar y solucionar los problemas de origen social, evitando la medicalización y/o la psicologización de los malestares, facilitando oportunidades para la actividad física, el aprendizaje, el voluntariado, la ayuda mutua, grupos de empoderamiento y autoayuda, estimular la creatividad y la cultura y otro tipo de apoyos que se valoren como necesarios.

La situación recogida en este análisis requiere una actuación multinivel, desde un enfoque integral y equitativo, para dar respuesta a las necesidades en salud de la sociedad navarra, poniendo el foco en los colectivos y personas en situación de mayor vulnerabilidad, según los ejes de desigualdad ya descritos, y desde una perspectiva evolutiva contemplando las distintas etapas vitales. El trabajo de potenciar el BE de la población requiere potenciar la autonomía de las personas en su propia salud.

La atención a la salud mental de forma proporcionada a la necesidad, patología vs no patología, gravedad e intensidad sintomatológica, constituye un reto ineludible para las diferentes políticas implicadas

3. Objetivos y Población diana

3.1. Objetivos generales

En línea con las metas planteadas, y atendiendo a las distintas etapas vitales, las diferentes culturas y entornos, y todo ello bajo una perspectiva de género, los objetivos generales necesarios para el desarrollo del proyecto serán los recogidos en la siguiente tabla:

Tabla 9. **Objetivos generales**

OBJETIVOS GENERALES	Promover la salud emocional
	Fomentar factores protectores en la población y Prevenir el malestar emocional, así como posibles problemas de salud mental
	Promover entornos favorables ofreciendo alternativas de Bienestar Emocional
	Desarrollar recursos destinados a aumentar el conocimiento en Bienestar Emocional
	Capacitar y empoderar a las personas en su BE poniendo el foco en la no medicalización del malestar emocional
	Potenciar el incremento de herramientas para la detección precoz de factores psicosociales que intervienen en el desarrollo de las personas dentro de su comunidad, así como la detección temprana de zonas geográficas de mayor vulnerabilidad.

3.2. Población diana:

El programa está destinado a toda la población que habita en Navarra, con especial atención a las diferentes edades y los distintos territorios de nuestra Comunidad, focalizado en potenciar los factores de protección en las personas en situación más desfavorable por diferentes razones (económicas, de origen, situación administrativa, sexo, género, orientación sexual, identidad sexual, y cualquier otra que pueda ser detectada).

De acuerdo con el informe ***Healthier Together-EU Non-Communicable Diseases Initiative*** las diversas poblaciones y áreas en las que se han identificado más claramente la eficiencia de las actuaciones dirigidas a prevenir el malestar emocional serían:

- a) En el ámbito de la salud materno-infantil mediante programas de apoyo a la crianza de los hijos e hijas y/o servicios de atención temprana a la infancia.
- b) En niñas, niños y adolescentes mediante el aprendizaje social y emocional como parte integrada de su educación.
- c) El cuidado específico del bienestar psicológico en el lugar de trabajo.
- d) Planes de intervención dirigidos a prevenir el suicidio y las autolesiones.
- e) La atención a la soledad no deseada y al ánimo depresivo en las personas mayores.

4. Metodología para el desarrollo del Programa

4.1. Principios rectores

- **Integralidad.** Las actuaciones abordarán de manera conjunta los factores de riesgo y de protección relacionados con la persona, y los contextos, con un enfoque multiestratégico y teniendo en cuenta aspectos físicos, psicológicos y sociales.
- **Participación.** Las decisiones y acciones se centrarán en las personas y las comunidades para favorecer su desarrollo y conseguir resultados. Es necesaria una implicación activa de toda la ciudadanía en el abordaje del bienestar emocional.
- **Evidencia.** Las recomendaciones e intervenciones se sustentarán en la evidencia de efectividad demostrada, profesionalidad y ética.
- **Equidad e interculturalidad.** Facilitar en igualdad de condiciones y sin discriminación, el acceso de toda la población a las prestaciones preventivas, asistenciales y de inclusión social, con carácter público y gratuito, prestando una especial atención a aquellos grupos sociales en situación de mayor vulnerabilidad o con mayores dificultades para el acceso y aprovechamiento de los servicios y recursos, respetando la diversidad cultural.
El [Anexo A](#), Modelo de atención escalonada y el [Anexo B](#), Escalera de atención a través de las distintas Etapas Vitales, recogen el modelo de apoyo al fomento del Bienestar Emocional propuesto por el ISLPN junto con la relación de los actores necesarios para su desarrollo.
- **Perspectiva de Género.** Incorporar la perspectiva de género como marco analítico y a desarrollar las herramientas necesarias que permitan visibilizar, analizar y hacer frente a la diferencia en la percepción y en el desarrollo del BE entre hombres y mujeres.

- **Intersectorialidad, transversalidad e interdisciplinariedad.** Ofrecer un enfoque y un abordaje multifactorial, intersectorial y multidisciplinar, y aspirar a una optimización de esfuerzos y recursos mediante la coordinación y cooperación de los distintos agentes.
- **Eficiencia y sostenibilidad.** Apostar por una gestión eficiente de los recursos que garanticen la eficacia y la sostenibilidad del sistema y su evaluación; y que permita asegurar la ejecución de las políticas acordadas, mediante la consignación presupuestaria correspondiente y suficiente.
- **Adaptabilidad** a las situaciones y necesidades cambiantes del fenómeno.

De esta manera, la acción comunitaria necesaria para hacer frente a esta situación, requerirá un trabajo intersectorial, potenciando los factores de protección y la actuación sobre los factores de riesgo detectados. Atención Primaria, por su trayectoria de atención a la salud comunitaria, junto con Salud Mental, Educación, Juventud, Derechos Sociales, INAI y Salud Pública, serán los ejes vertebradores de esta iniciativa, que requerirá, desde una perspectiva de construcción de salud y de acción social y comunitaria, el protagonismo e implicación de los diferentes colectivos sociales y asociaciones, así como de las entidades locales y sociales.

4.2. Líneas de Acción

- Potenciar la información y comunicación con divulgación de material de apoyo para población y profesionales mediante: (a) contenido específico en la web de la Escuela de Salud de autoformación con contenidos y recursos educativos (psicoeducativos, socioeducativos y desde una perspectiva pedagógica) sobre BE; (b) elaboración y difusión de materiales educativos (folletos, cartelería, videos...); (c) diversas acciones comunicativas en RRSS y otros medios.
- Ofertar formación a la población a través de la Escuela de Salud: Se generará contenido de autoformación basado en los [módulos canadienses](#) sobre Bienestar elaborados con el aval de la *Canadian Mental Health Association* (Asociación canadiense de Salud Mental) y *BC Partners for Mental Health and Substance Use Information* (Asociación de Columbia Británica para la salud mental y la información sobre el consumo de sustancias) que estarán disponibles para su visualización y realización en la web de la Escuela de Salud, así como para su descarga en formato PDF; Se reforzará de forma transversal en los distintos talleres de la Escuela de Salud, en formato presencial y online, *“La caja de herramientas de Bienestar Emocional como brújula de mi salud”*⁹.
- Definir el contenido y metodología sobre Bienestar Emocional para transversalizar los recursos educativos destinados a profesionales a través de: (a) formación y soporte a profesionales de ámbito sanitario, sociosanitario y educativo, así como monitores/as y personal técnico de Juventud; (b) reanudar la formación destinada al fortalecimiento de los vínculos padre/madre-hijo/hija (período perinatal y postnatal); (c) transversalizar la educación afectivo sexual en

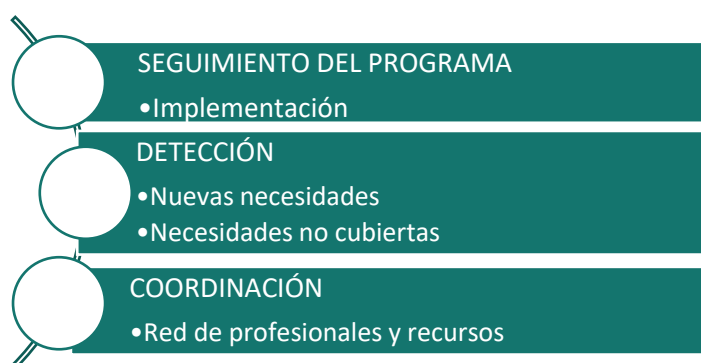
⁹ Teniendo en cuenta la formación específica sobre interculturalidad y perspectiva de género a profesionales de salud que está contemplada en el [Plan de Acogida a Personas Migrantes de Navarra \(2021-2026\)](#), recogida en: M41. Mejora de los procedimientos para la atención en salud mental de las personas migrantes, así como formación específica sobre interculturalidad y perspectiva de género a profesionales de salud.

- población joven; (d) transversalizar la educación sobre abuso y dependencias comportamentales y de sustancias.
- IV. Apoyar al trabajo de las Redes sociales y comunitarias: soporte técnico y económico a través de la creación de una línea de subvención para entidades sociales y locales.
 - V. Elaborar un catálogo de bibliografía relacionado con BE (autoayuda, otros...). Junto con el Servicio de Bibliotecas Públicas de Navarra se generarán espacios de lectura y bienestar.
 - VI. Realizar un diagnóstico de zonas de alta vulnerabilidad en base a los diferentes factores de riesgo detectados, que son: (a) soledad no deseada; (b) violencia de género; (c) población de origen migrante-especialmente menores y jóvenes que migran en solitario, con atención a las niñas y mujeres-; (d) población infantojuvenil; (e) pobreza infantil; (f) maternidades vulnerables; (g) elaboración de perfiles por Zonas de BE; (h) cualquier otro no detectado en el momento actual.
 - VII. Fomentar y/o fortalecer el trabajo intersectorial en distintas etapas vitales colaborando en los distintos programas y servicios, tales como: a) programa Laguntza, SKOLAE e iniciativas que puedan surgir con del departamento de Educación; (b) Servicio laboral del ISLPN; (c) la Estrategia de Envejecimiento Activo; (d) programa AdinEderra, Nosotras- EmakumeON, Programa Nosotros-Noski: Construyendo Masculinidades Igualitarias de INAI; (e) ENAJ- Juventud ; (f) Programa, (g) Programa Kideak, Activos de Acogida a Personas Migrantes, Activos en Convivencia Intercultural de Políticas Migratorias; (i) Escuela ENAJ (Juventud); (j) posibles colaboraciones con las universidades de navarra.

4.3. Recursos y medios

Para el desarrollo del programa se creará un Equipo Motor en la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas que se reunirá, al menos, de forma bimestral con los siguientes objetivos:

Figura 9. Objetivos del Equipo Motor de BE



Por otro lado, las figuras integrantes de este equipo motor serán:

Coordinadoras del programa: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas

- ✓ Responsables del Programa de Acción comunitaria y local: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas.
- ✓ Responsables del Programa de Etapas de la vida:
 - a. Infancia, adolescencia: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas

- b. Juventud: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas
- c. Adultos: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas
- d. Mayores: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas
- ✓ Supervisión: Jefatura de sección del Servicio de Promoción de Salud y Salud en todas las políticas y del servicio de Promoción de Salud Comunitaria.
- ✓ Comunicación: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas

Así mismo, se generarán distintas Comisiones de trabajo, según sea necesario, en las que participarán:

- a. El Programa de Estilos de vida, incluyendo alimentación y ejercicio físico, prevención de adicciones con y sin sustancia y sueño. Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas
- b. El Programa Escuela de salud: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas
- c. El Programa de Equidad en salud: Personal técnico de la Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas
- d. La Sección del Observatorio de Salud Comunitaria: Personal técnico de la Sección del observatorio.

Respecto a la necesidad de implicación multisectorial, el trabajo conjunto y sinérgico con otros Departamentos de Gobierno de Navarra será nuclear para el buen desarrollo del programa. Destacaremos la necesaria colaboración con:

- a. Grupo de Trabajo interdepartamental de Bienestar Emocional, compuesto por: Departamento de Educación; Derechos Sociales; Políticas Migratorias; Salud Mental; Atención Primaria; INAI; Juventud y Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial. Se propone la realización de reuniones cuatrimestrales y cuando se considere oportuno, con el objetivo de realizar el seguimiento del programa y la detección de necesidades emergentes.
- b. CASSYR
- c. Observatorio Joven
- d. Observatorio de la Muerte Digna
- e. Departamento de Cultura y Deporte: Bibliotecas de Navarra
- f. Entidades locales y sociales

Finalmente, se potenciará el trabajo de las diferentes entidades sociales y municipales. Para ello se creará una nueva línea de subvenciones para la generación, desarrollo y/o continuidad de sus propios proyectos de BE en ámbito comunitario.

4.4. Líneas de Acción 2022-2023

Desde una perspectiva salutogénica y de abogacía de la salud, el Instituto de Salud Pública de Navarra desarrollará las siguientes líneas de acción:

DESCRIPCIÓN ACCIÓN		AGENTES INTERVINIENTES	TEMPORALIDAD INICIO
I. Información y Comunicación con divulgación de material de apoyo para población y profesionales	Folleto de Bienestar Emocional para población general.	ISLPN: Grupo motor de BE Salud Mental	Enero 2022. Ya realizado en 2021
	Folleto en 9 idiomas autoimprimible desde la web del ISLPN	ISLPN: Grupo motor de BE Salud Mental Políticas Migratorias	Mayo 2022 Ya realizado
	Acciones comunicativas en RRSS y otros soportes. Acciones comunicativas específicas en web y RRSS de Juventud.	ISLPN: Grupo motor de BE Mesa interdepartamental de BE	Noviembre de 2022
II. Oferta de formación a la población a través de la Escuela de Salud: presencial y online	Generar un espacio en la Web de La Escuela de Salud con contenidos y recursos educativos destinados a la autoayuda y autoformación en BE. Módulos de autoformación del Programa canadiense de bienestar .	ISLPN: Grupo motor de BE	Noviembre de 2022
	La formación recogerá diferentes aspectos transversales como el género, la edad, claves y competencias interculturales (duelo migratorio)		
	De forma transversal en las distintos talleres de la Escuela de Salud se reforzará <i>“La caja de herramientas de Bienestar Emocional como brújula de mí salud”</i>	ISLPN: Grupo motor de BE Escuelas de Salud	Segundo semestre de 2023
III. Catálogo de bibliografía (autoayuda, otros...). Espacios de lectura y bienestar	Marcapáginas con infografía de BE y dirección de la web de BE	ISLPN: Grupo motor de BE Bibliotecas de Navarra	Último trimestre de 2022
	Biblioterapia: leer fomenta el BE. Se puede generar catálogos específicos (autoestima, habilidades sociales, resiliencia, diccionario emocional etc.)		
	Creación del “espacio de BE” en las bibliotecas que se adhieran al programa		
	Programar-apoyar técnicamente de forma colaborativa talleres relacionados con BE		

DESCRIPCIÓN ACCIÓN		AGENTES INTERVINIENTES	TEMPORALIDAD INICIO
IV. Apoyo al trabajo de las Redes comunitarias y Mentoría Social en intervenciones con formato grupal: soporte técnico y económico.	Creación de una línea de Subvenciones para Entidades Sociales y Locales. Recogerá contenidos y metodología previamente definida.	Departamento de Salud Dirección del ISLPN Jefatura de Sección de Promoción de Salud y Salud en todas las Políticas ISLPN: Grupo motor de BE	Segundo trimestre de 2023
	Apoyo técnico por parte del Grupo motor de BE y de cualquier otro sector necesario para intervenciones comunitarias.		
V. Definición del contenido y metodología sobre Bienestar Emocional para transversalizar los recursos educativos destinados a profesionales	Oferta de formación y soporte de forma general a profesionales del ámbito sanitario, sociosanitario, y educativo de Navarra, así como monitores/as de tiempo libre, educadores/as físico-deportivos de navarra, personal técnico de juventud etc...	ISLPN: Grupo motor de BE Mesa interdepartamental de BE	Primer trimestre de 2023
	Retomar y reforzar la formación destinada al fortalecimiento de los vínculos de la diada madre-padre/hijo-hija, con el objetivo de fomentar un apego seguro. Período perinatal y postnatal.	ISLPN: Grupo motor de BE CASSYR: Ginecología, Matronas y educadores/as sanitarias. Atención Primaria (Pediatría, Enfermería y Trabajo Social) PNDD	
	Transversalizar la educación afectivo sexual como eje de BE, con especial incidencia en la población joven		
	Transversalizar la educación relativa al abuso y dependencias comportamentales y de sustancias		

DESCRIPCIÓN ACCIÓN		AGENTES INTERVINIENTES	TEMPORALIDAD INICIO
VI. Realización de un diagnóstico de zonas de alta vulnerabilidad en base a los diferentes factores de riesgo detectados. Generación de perfiles de zona sobre BE	Soledad: viviendas unipersonales Violencia de género Población de origen migrante Menores y Jóvenes migrantes sin apoyo familiar con especial atención a niñas y mujeres jóvenes Población infanto juvenil Pobreza infantil Maternidades vulnerables	Observatorio de Salud comunitaria de Navarra y Grupo motor de BE Observatorio de la Realidad Social de Navarra Observatorio Joven Observatorio de la Muerte Digna Atención Primaria (Zonas Básicas) Salud Mental Educación INAI Activos en salud	Comienzo durante el primer semestre de 2023
VII: Trabajo interdepartamental para acciones específicas en los distintos sectores y en distintas etapas vitales	Apoyo técnico a distintos programas y recursos: Pacto Foral por los Cuidados Programa Laguntza Web Salud Joven Programa SKOLAE Estrategia de envejecimiento activo Programa Adin Ederra-Edad Hermosa Programa Nosotras- EmakumeON Proyecto Iguala Programa Nosotros-Noski: Construyendo Masculinidades Igualitarias Programa Kideak Escuela ENAJ (Juventud) Activos de Acogida a Personas Migrantes Activos en Convivencia Intercultural	• Grupo de trabajo interdepartamental de Bienestar Emocional: Juventud, INAI, Departamento de Educación, Políticas Migratorias, Departamento de Salud con todos sus organismos autónomos, Departamento de Derechos Sociales • Servicio de Salud Laboral del ISLPN	Segundo semestre 2022 (Inicio de contactos intersectoriales)



DESCRIPCIÓN ACCIÓN		AGENTES INTERVINIENTES	TEMPORALIDAD INICIO
	Otros: cualquier programa relacionado para su elaboración, desarrollo e implementación		

6. Cronograma

	AÑO 2022	AÑO 2023
Información y Comunicación. Sensibilización. Campaña MMCC		
Oferta de autoformación a través de la Escuela de Salud: Módulos Programa Canadiense		
Apoyo Técnico y Económico a Entidades Locales y Sociales		
Acciones Interdepartamentales y con otras Entidades		
Mapeo de zonas más vulnerables		

7. Evaluación

Indicadores provisionales de evaluación del programa¹⁰

ACCIÓN	COMPROMISO	INDICADOR
Material educativo: Folleto, carteles, videos y RRSS	Ofrecer un recurso psicoeducativo de ámbito general sobre BE para toda la población	Nº de folletos repartidos / población navarra Informe de RRSS y web
Formación: talleres con módulos educativos sobre BE para la web de la Escuela de Salud	Generar material educativo en formato online destinado a la población para que potencien su empoderamiento en salud y BE.	Nº de talleres generados y publicados en la web sobre BE en 2023: > 3
Definir el contenido y metodología sobre Bienestar Emocional para transversalizar los recursos educativos destinados profesionales. Generar espacios formativos y de defrieting	Promover la salud y el BE en todas las personas a través de la participación comunitaria e intersectorial.	Reinicio de las formaciones para profesionales de los CASSYR y AP – Pediatría . SI/NO
	Prevenir el malestar emocional de las personas. Prevenir y detectar de forma precoz posibles problemas de salud mental y conductas de riesgo.	Apoyo a la Mesa Joven de Salud en las actuaciones que promuevan: >2 acciones
	Fomentar los vínculos familiares, personales y sociales a través de la generación de espacios que pongan el foco en el logro de un apego seguro desde la infancia. Promover la transversalización de la educación afectivo sexual	Apoyo al Departamento de educación en el despliegue de los programas que ya ha comenzado a implantar: -Laguntza -Otros
Campaña Bibliotecas	Promover la salud y el BE en las personas a través de recursos comunitarios, con fomento de activos para la salud: • Brindar recursos culturales que apoyen el conocimiento y la reflexión sobre el BE • Generar espacios y ambientes favorables para el BE	Catálogo de recursos literarios/audiovisuales generado en octubre 2022: SI/NO
		Nº de marcapáginas repartidos en las Bibliotecas desde el inicio de la campaña hasta junio de 2023
		Nº de actividades realizadas en el rincón del BE de las bibliotecas: >3 actividades
Diagnóstico de zonas vulnerables	Asegurar la equidad en los recursos destinados a BE. Anticipar posibles necesidades en la población más vulnerable y prevenir el malestar emocional.	Elaboración de perfiles por zonas de BE para diciembre de 2023: SI/NO
Refuerzo, revisión y actualización del contenido de BE en los distintos talleres de la Escuela de Salud	Ofertar a las personas que acuden a los talleres de la Escuela de Salud información educativa actualizada que incida en la relación del BE con su salud general	Alfabetización en BE: Refuerzo y actualización de los módulos educativos sobre BE en la Escuela de Salud en diciembre de 2023 SI/NO

¹⁰ Los indicadores se intentarán desagregar, en la medida de lo posible, de acuerdo a los ejes de desigualdad en salud: edad, sexo, origen, territorio y clase social.

ACCIÓN	COMPROMISO	INDICADOR
Apoyo a las redes sociales y comunitarias	A través de la creación de una línea de subvención para Entidades sociales y locales con se priorizará: - Promover y Prevenir la salud y el BE en las personas a lo largo de todas sus etapas vitales: - con una mirada de equidad, con especial atención a las desigualdades y las distintas vulnerabilidades. - manteniendo el objetivo de combatir el autoestigma y el estigma sobre el malestar emocional, a través de acciones educativas sobre emociones, habilidades sociales, estilos de afrontamiento, vínculos sociales y personales...	Cración de la subvención 2023 SI/NO Nº de solicitudes de subvenciones para proyectos destinados a programas de BE: Población Joven-Población adulta- Población Mayor-Población con barrera idiomática y cultural >30 solicitudes
Satisfacción de profesionales	INDICADOR	
Atención primaria	>7 en encuesta de satisfacción generada a través de google forms con puntuación de 0-10	
Recursos sociocomunitarios	>7 en encuesta de satisfacción generada a través de google forms con puntuación de 0-10	
Educación	>7 en encuesta de satisfacción generada a través de google forms con puntuación de 0-10	
Juventud	>7 en encuesta de satisfacción generada a través de google forms con puntuación de 0-10	
Otras entidades	>7 en encuesta de satisfacción generada a través de google forms con puntuación de 0-10	
Satisfacción de las personas usuarias de las escuelas de salud	Obtención de la calificación bueno o muy bueno en el 70% de las encuesta de satisfacción en la pregunta añadida : ¿sientes que ha mejorado tu sensación de bienestar?	
Satisfacción de la población	INDICADOR	
En la web podrá expresar su experiencia recogida a través una escala de emoticonos		

Las acciones comunicativas serán valoradas en base a su impacto en los medios y RRSS.

8. Bibliografía

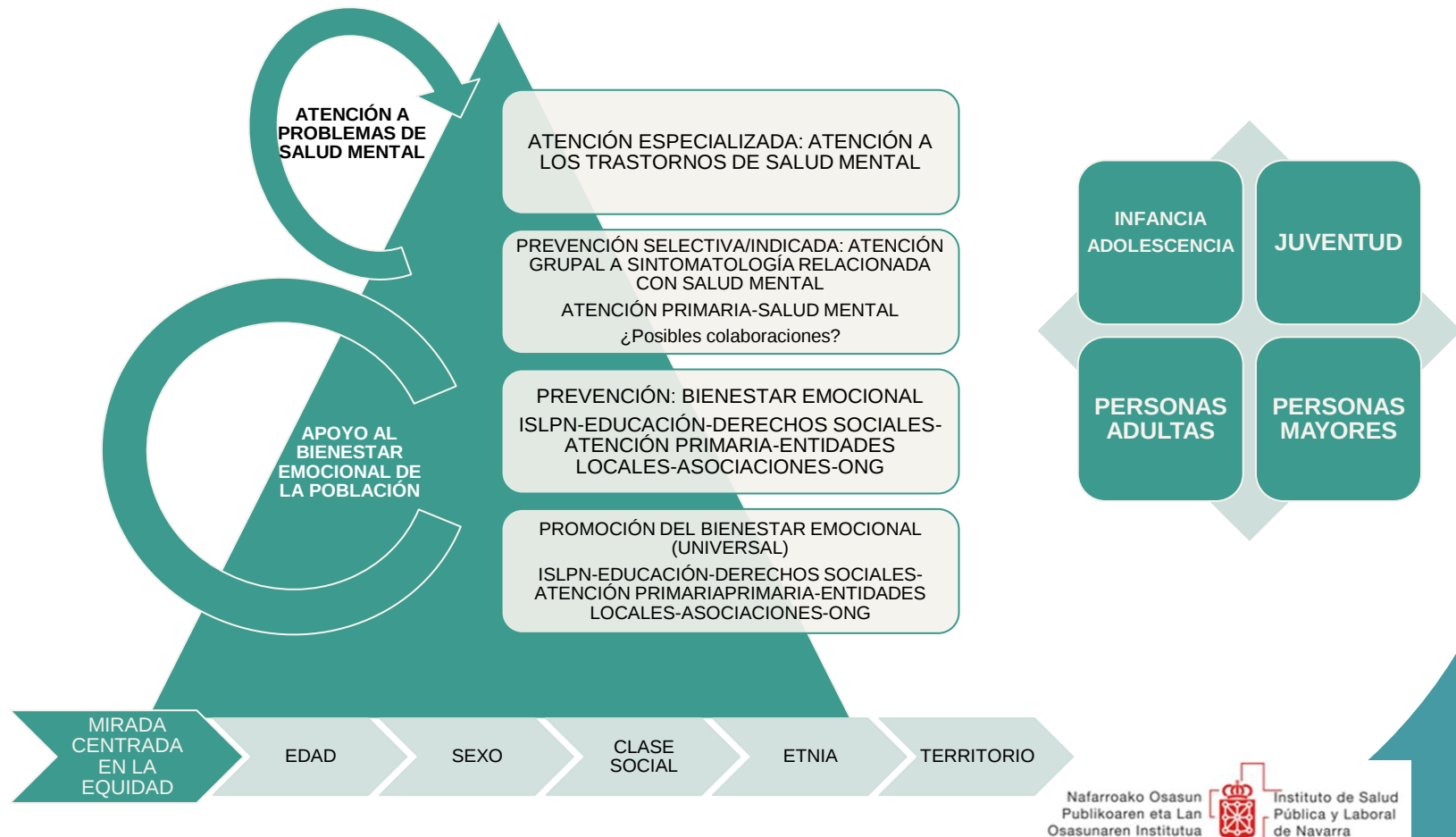
1. Gobierno de España. SALUD PÚBLICA. Ley 33/2011 General de Salud Pública. [Internet]. Boletín Oficial del Estado. 2011. p. 22. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud O. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general [World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary] [Internet]. 2022. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433519/retrieve>
3. Lyubomirsky S, King L, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? Psychol Bull. 2005;131(6):803–55.
4. Ryan, R. M., Curren, R. R., & Deci EL. What humans need: Flourishing in Aristotelian philosophy and self-determination theory. In: A. S. Waterman, editor. The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia [Internet]. American Psychological Association.; 2013. p. 57–75. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F14092-004>
5. Ryff CD. Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. Psychother Psychosom. 2013;83(1):10–28.
6. Seligman MEP. La auténtica felicidad. B de books; 2011. 448 p.
7. Diener E, Chan MY. Happy People Live Longer: Subjective Well-Being Contributes to Health and Longevity. Appl Psychol Heal Well-Being [Internet]. 2011 Mar 1;3(1):1–43. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>
8. Cohen R, Bavishi C, Rozanski A. Purpose in Life and Its Relationship to All-Cause Mortality and Cardiovascular Events: A Meta-Analysis. Psychosom Med [Internet]. 2016 [cited 2022 Jul 30];78(2):122–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26630073/>
9. Vanderweele TJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. On the reciprocal association between loneliness and subjective well-being. Am J Epidemiol. 2012;176(9):777–84. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3571255/>
10. Perissinotto CM, Stijacic Cenzer I, Covinsky KE. Loneliness in Older Persons: A Predictor of Functional Decline and Death. Arch Intern Med [Internet]. 2012 Jul 23;172(14):1078–84. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>
11. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLoS Med. 2010;7(7). Disponible en: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316>
12. Shor E, Roelfs DJ. Social contact frequency and all-cause mortality: A meta-analysis and meta-regression. Soc Sci Med [Internet]. 2015;128:76–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.010>
13. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para la Salud Mental 2013-2020 [Internet]. 2013. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=1FFD620047300C6D7969FACCD601F18A?sequence=1
14. Ministerio de Sanidad SS e I. Guía metodológica para integrar la Equidad en las Estrategias, Programas y Actividades de Salud [Internet]. 2012. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf
15. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de Políticas e desigualdades Sociales en salud en España [Internet]. Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior. Madrid; 2015. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf
16. Whitehead M, Dahlgren G. What can be done about inequalities in health? Lancet (London, England) [Internet]. 1991 Oct 26 [cited 2022 Jul 26];338(8774):1059–63. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1681366/>

17. Yoshikawa H, Aber JL, Beardslee WR. The effects of poverty on the mental, emotional, and behavioral health of children and youth. *Am Psychol.* 2012;67(4):272–84.
18. Soto S. One Health (una sola salud) o cómo lograr a la vez una salud óptima para las personas, los animales y nuestro planeta [Internet]. Instituto de Salud Global Barcelona. 2021 [cited 2022 Jul 26]. Disponible en: <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/one-health-una-sola-salud-o-como-lograr-a-la-vez-una-salud-optima-para-las-personas-los-animales-y-nuestro-planeta/90586/0>
19. Ministerio de Consumo/EC-JRC. Sostenibilidad del Consumo en España [Internet]. Vol. 7. Madrid; 2022. Disponible en: https://www.consumo.gob.es/es/system/tdf/prensa/Informe_de_Sostenibilidad_del_consumo_en_España_a_EU_MinCon.pdf?file=1&type=node&id=1126&force
20. European Commission. Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative. 2022;(June). Disponible en: http://ec.europa.eu/dgs/health_food-safety/index_en.htm
21. Balsells Bailón MÁ. La infancia en riesgo social desde la sociedad del bienestar. *Teoría la Educ Educ y Cult en la Soc la Inf.* 2003;
22. Wilkinson RG, Pickett KE. Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. *Soc Sci Med* [Internet]. 2006;62(7):1768-84. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953605004375>
23. Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, editores. *Social Epidemiology* [Internet]. Oxford University Press; 2014. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/med/9780195377903.001.0001>
24. Institutoa IN para la IB. Radiografía de los cuidados en Navarra [Internet]. Pamplona/Iruña; 2020. Disponible en: <https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-324-f-es.pdf>
25. Samji H, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, et al. Review: Mental health impacts of the COVID-19 pandemic on children and youth – a systematic review. *Child Adolesc Ment Health* [Internet]. 1 de mayo de 2022 [citado 26 de julio de 2022];27(2):173-89. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/camh.12501>
26. MINISTERIO DE SANIDAD. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026 [Internet]. 2022. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental.htm>
27. San Martín-Baquedano J, Jiménez-Martín E. La Soledad en las personas mayores que viven solas. Aproximación a la realidad de Navarra [Internet]. Pamplona; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3QxCdFr>
28. Unidas N. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2020 [Internet]. Viena; 2021. Disponible en: http://fileserv.idpc.net/library/INCB_AR2020_ES.pdf
29. Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, (DGPNSD) D del G para el PN sobre D. Adicciones comportamentales [Internet]. Informe sobre Adicciones Comportamentales. Juego y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y adicciones en España EDADES y ESTUDES España; 2020 p. 1-52. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es>

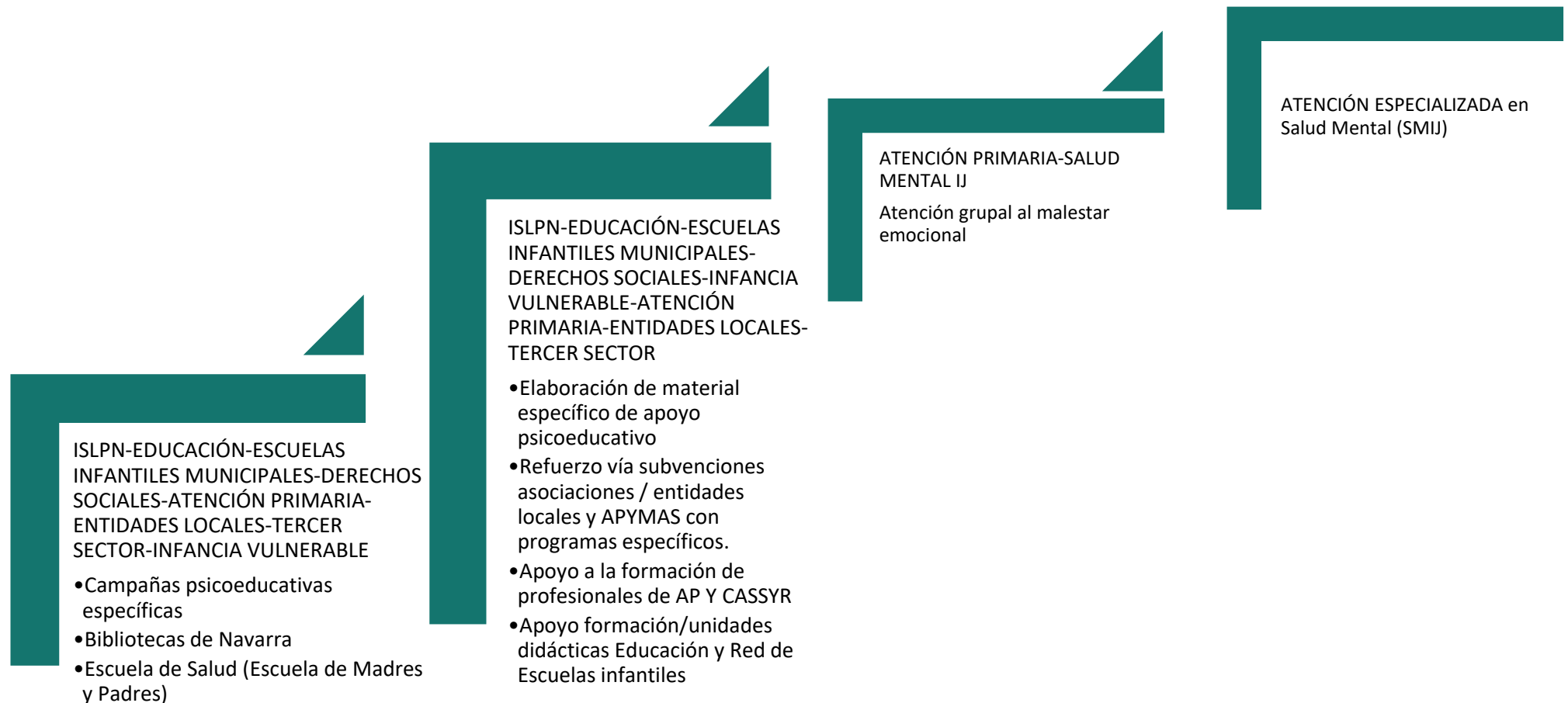
ANEXOS

Anexo A. Modelo escalonado de atención

PIRAMIDE DE ATENCIÓN ESCALONADA A LA POBLACIÓN



Infancia y adolescencia



Juventud

ISLPN-JUVENTUD-EDUCACIÓN (FP-INSTITUTOS-UNIVERSIDAD)-DERECHOS SOCIALES-ATENCIÓN PRIMARIA-ENTIDADES LOCALES-TERCER SECTOR-MESA JOVEN DE SALUD

- Campañas psicoeducativas específicas
- Bibliotecas de Navarra
- Escuela de Salud: Escuela de jóvenes
- Refuerzo en la web de material y apoyo a consultas genéricas.

ISLPN-JUVENTUD-EDUCACIÓN (FP-INSTITUTOS-UNIVERSIDAD)-DERECHOS SOCIALES-ATENCIÓN PRIMARIA-ENTIDADES LOCALES-TERCER SECTOR

- Refuerzo vía subvenciones asociaciones / entidades locales y APYMAS con programas específicos
- Apoyo a la formación de profesionales de AP Y CASSYR
- Apoyo formación/unidades didácticas: Institutos, FP y Universidad.
- Seminarios para profesorado

ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL

- Atención grupal al malestar emocional

ATENCIÓN ESPECIALIZADA de Salud Mental (SMIJ)

Personas adultas

ISLPN-DERECHOS SOCIALES- ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD LABORAL

- Plan de promoción de condiciones de vida y trabajo saludables. BE
- Bibliotecas de Navarra
- Campañas psicoeducativas
- Escuela de Salud

ISLPN-DERECHOS SOCIALES- ENTIDADES LOCALES-ATENCIÓN PRIMARIA-TERCER SECTOR

- Refuerzo vía subvenciones asociaciones / entidades locales con programas específicos
- Apoyo a la formación de profesionales de AP Y CASSYR

ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD MENTAL

Atención grupal al malestar emocional

ATENCIÓN ESPECIALIZADA de Salud Mental (SM)

Personas Mayores

ISLPN-DERECHOS SOCIALES-
ATENCIÓN PRIMARIA-ENTIDADES
SOCIALES-ASOCIACIONES/ONG

- Campañas psicoeducativas
- Bibliotecas de Navarra
- Escuela de Salud

ISLPN-DERECHOS SOCIALES-
ENTIDADES LOCALES-ATENCIÓN
PRIMARIA-TERCER SECTOR-
CENTROS LOCALES DE ATENCIÓN
A PERSONAS MAYORES

- Refuerzo vía subvenciones
asociaciones / entidades locales
con programas específicos
- Apoyo a la formación de
profesionales de AP
Formación/apoyo a
profesionales en centros de
mayores

ATENCIÓN PRIMARIA-SALUD
MENTAL

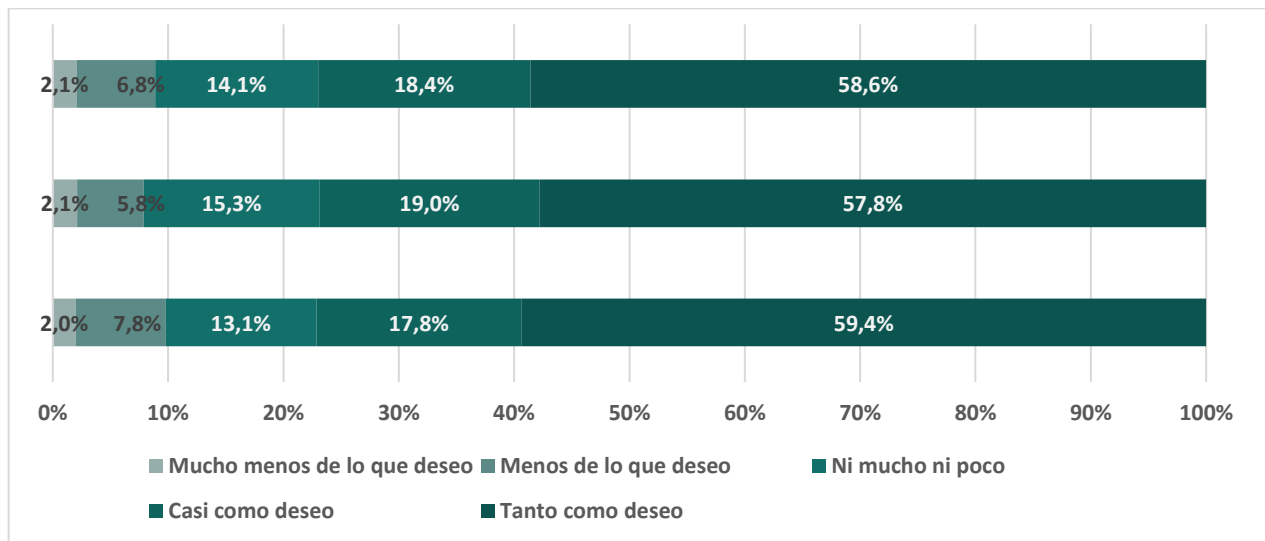
Atención grupal al malestar
emocional

ATENCIÓN ESPECIALIZADA en
Salud Mental (SM)

Anexo C. Datos estadísticos: Encuesta y registro.

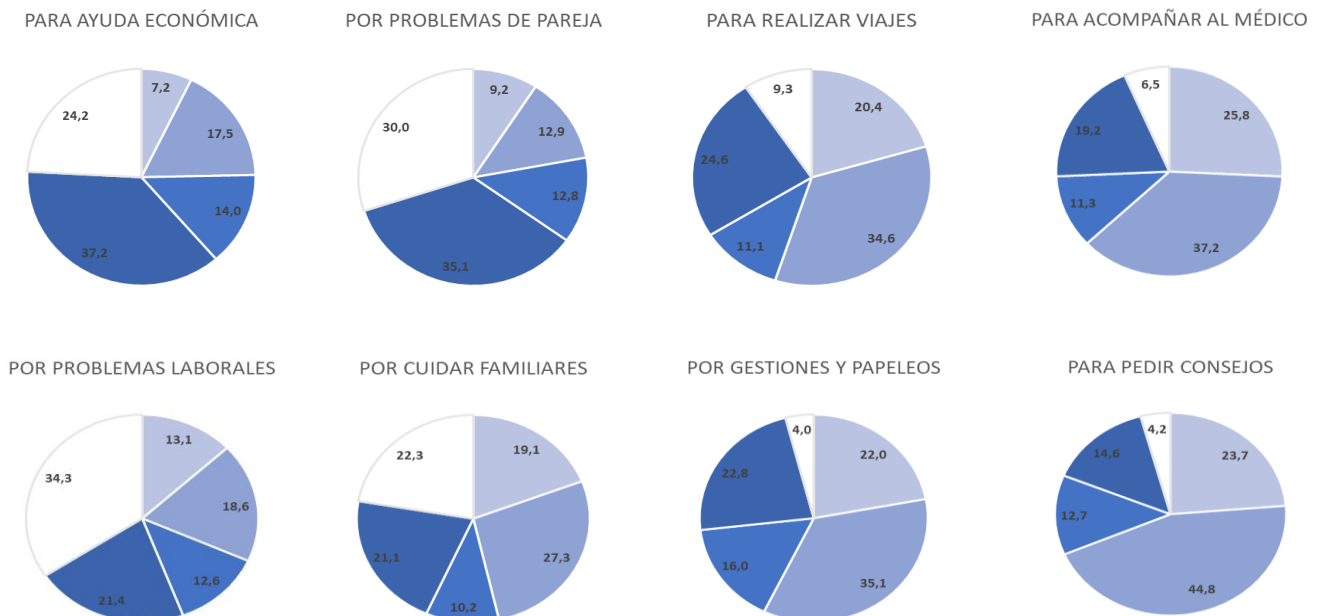
Relaciones-Red Social

Tabla 10. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede (2021)



Fuente: Observatorio de salud comunitaria de la ESyCV 2021.

Tabla 11. Frecuencia con la que recurre a familiares, amistades o personas conocidas en determinadas situaciones.



Fuente: Observatorio de salud comunitaria.

Necesidad y Atenciones de salud mental.

Tabla 12. Personas que han necesitado atención de salud mental (psicólogo/a o psiquiatra) en Navarra en los últimos 12 meses por sexo, edad y tamaño de municipio (%). Población de 15 y más años. ESyCV 2017, 2020 y 2021.



Fuente: Observatorio de salud comunitaria.

Tabla 13. Personas que han visitado a profesionales de Salud Mental (psicólogo/a, psicoterapeuta o psiquiatra) en Navarra en los últimos 12 meses por Comunidades Autónomas (%). Población de 15 y más años. EESE 2020.

	Total	Hombres	Mujeres
España	4,77	4,00	5,49
Andalucía	2,46	2,37	2,55
Aragón	3,25	2,20	4,26
Asturias	4,80	3,27	6,19
Balears, Illes	3,43	3,47	3,40
Canarias	4,25	3,33	5,14
Cantabria	2,76	3,07	2,47
Castilla y león	5,76	5,64	5,88
Castilla-la mancha	4,19	2,60	5,80
Cataluña	5,45	4,48	6,37
Comunitat Valenciana	6,63	6,56	6,70
Extremadura	2,61	1,56	3,63
Galicia	6,57	4,45	8,52
Madrid	5,76	4,82	6,60
Murcia	5,42	4,21	6,61
Navarra	4,18	3,64	4,69
País vasco	4,79	3,49	6,00
Rioja, La	4,53	3,53	5,50
Ceuta	3,81	1,29	6,37
Melilla	1,92	0,00	3,83

Fuente: Observatorio salud comunitaria a partir de EESE 2020

Tabla 14. Prevalencia declarada de trastornos mentales en población adulta

	2006	2009	2011	2014	2017	2020
Andalucía	12,8	9,25	9,48	12,38	12	7,9
Aragón	9,13	7,28	7,93	8,53	8,62	7,0
Asturias	17,63	9,88	15,71	13,82	18,68	12,7
Balears, Illes	14,72	10,71	8,85	10,54	8,07	11,2
Canarias	9,77	12,31	11,89	13,41	9,66	11,7
Cantabria	9,42	10,17	7,71	10,18	12,18	6,8
Castilla y León	9,25	7,73	8,5	9,35	10,31	10,5
Castilla - La Mancha	10,51	10,19	11,07	8,17	11,16	9,1
Cataluña	10,68	8,98	10,99	11,1	10,38	8,7
Comunitat Valenciana	11,03	10,43	9,43	9,22	10,42	9,9
Extremadura	12,99	10,7	10,64	13,92	8,78	7,2
Galicia	16,57	13,97	13,16	15,51	16,2	14,1
Madrid	9,98	7,56	5,43	7,33	8,2	7,2
Murcia	13,06	14,63	12,37	10,4	10,18	13,9
Navarra	11,8	8,81	11,13	9,23	10,72	7,9
País Vasco	10,91	7,25	8,17	9,22	10,18	9,2
La Rioja	4,16	8,06	4,53	8,99	8,11	8,0
Ceuta	10,23	5,84	8,15	18,85	7,76	8,0
Melilla	10,23	5,77	3,35	5,91	7,29	3,3
España	11,55	9,58	9,61	10,65	10,76	9,2

Fuente: Observatorio de salud comunitaria ENSE/EES

Consumo de antidepresivos y otras sustancias hipnóticas y sedantes

Tabla 15. Comparativa Navarra-España. Antidepresivos y sustancias hipnóticas y sedantes. Varios años

	DHD antidepresivos		DHD sustancias hipnóticas y sedantes	
	Navarra	España	Navarra	España
2010	67,19	63,99	43,55	27,89
2011	70,3	66,86	43,5	28,68
2012	68,83	66,22	43,17	28,79
2013	70,06	68,28	42,69	29,54
2014	72,75	71,3	43,21	30,6
2015	74,4	73,07	43,09	30,9
2016	77,85	75,96	44,47	32,07
2017	77,56	77,69	42,93	32,26
2018	79,73	80,43	42,63	32,55
2019	81,2	83,63	42,27	32,93
2020	83,11	86,87	43,33	34,23

Fuente: Observatorio de salud comunitaria.

Tabla 16. Consumo de Ansiolíticos y Antidepresivos. Año 2021

Código ZBS	Literal ZBS	Consumo de ansiolíticos y antidepresivos (2020) ^{27 y 28}		Código ZBS	Literal ZBS	Consumo de ansiolíticos y antidepresivos (2020) ^{27 y 28}	
		Mujeres	Hombres			Mujeres	Hombres
1	Altsasu/Alsasua	16,4	8,7	30	Valle de Salazar	15,9	7,3
2	Etxarri-Aranaz	14	7,4	31	Isaba	15,1	7,1
3	Irurtzun	13,1	8,3	32	Estella	16	9,3
4	Leitza	11,6	7,4	33	Villatuerta	17,1	9,9
5	Lesaka	11,9	7	34	Allo	20,9	10,9
6	Elizondo	13,3	8	35	Ancín-Améscoa	14	7,6
7	Doneztebe/Santesteban	14,6	8,1	36	Los Arcos	16	10,4
8	Ultzama	13,5	7,3	37	Viana	15,3	9,3
9	Auritz/Burguete	13,7	7,3	38	Lodosa	21,4	10,5
10	Aoiz	15,4	9,5	39	San Adrián	19	9,3
11	Huarte	16,7	9,6	40	Tafalla	17,1	9,6
12	Villava	16,6	8,9	41	Artajona	20,2	11,4
13	Burlada	18,2	10,4	42	Carcastillo	18,2	8,3
14	Berriozar	15,4	8,6	43	Olite	19	9,5
15	Orkoien	15,2	7,7	44	Peralta	18,6	10,4
16	San Jorge	15,9	8	45	Tudela Oeste	15,5	9
17	Rochapea	16,6	9	46	Tudela Este	15,5	8,1
18	Chantrea	17	9,2	47	Valtierra-Cadreita	18,1	8,9
19	Casco Viejo	15,9	10,7	48	Corella	15	7,7
20	Il Ensanche	16,3	10,3	49	Cintruénigo	16,3	7,7
21	Milagrosa	16,3	9,6	50	Cascante	18,2	9,6
22	Iturrama	16,9	9,6	51	Buñuel	17,8	8,6
23	San Juan	15,8	9,4	61	Azpilagaña	14	8,1
24	Ermitagaña	17,4	10,3	63	Mendillorri	18,7	10,6
25	Cizur	16,8	9,5	64	Ansoáin	17,8	9,3
26	Barañáin	17,5	9,5	65	Echavacoiz	16,8	9,5
27	Puente la Reina	19,3	10,9	66	Buztintxuri	17,6	10,9
28	Noáin	17	9,5	67	Sarriguren	16,5	8,3
29	Sangüesa	18,3	10,3	68	Aranguren	13,1	7,6

Total/Media Navarra (tasa bruta)	18,1	8,9
---	-------------	------------

Fuente: Observatorio de Salud Comunitaria a partir de ...

Anexo D. Índice de tablas y figuras

Índice de tablas y figuras

Tabla 1.	Bienestar general de la población según variables sociodemográficas y socioeconómicas años 2017 y 2021 (%)	11
Tabla 2.	Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%)	13
Tabla 3.	Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%)	14
Tabla 4.	Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%)	16
Tabla 5.	Personas mayores de 80 años que viven solas, año 2018	17
Tabla 6.	Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%)	18
Tabla 7.	Distribución de la población nacida en el extranjero en Navarra	18
Tabla 8.	Bienestar general de la población según variables sociodemográficas (2017 y 2021) (%)	19
Tabla 9.	Objetivos generales	23
Figura 1.	Modelo de determinantes de la salud adaptado de Dahlgren y Whitehead, 1991	6
Figura 2.	Determinantes estructurales de las desigualdades y ejes de desigualdad	7
Figura 3.	Modelo ONE Health/Una salud de ISGlobal	7
Figura 4.	Evolución de los trastornos mentales y de conducta en niños y niñas de entre 4 y 14 años (2017-2021)	15
Figura 5.	Porcentaje de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales y/o de conducta por nivel de renta	15
Figura 6.	Mapa distributivo del consumo de ansiolíticos o antidepresivos en mujeres en Navarra (%)	21
Figura 7.	Mapa distributivo del consumo de ansiolíticos o antidepresivos en hombres en Navarra (%)	21
Figura 8.	Prioridades detectadas relativas al Bienestar General:	22
Figura 9.	Objetivos del Equipo Motor de BE	26

Índice de gráficos

Gráfico 1.	Huella de Consumo de España por áreas de consumo, 2018	8
Gráfico 2.	Valoración de salud autopercebida por la población navarra en el último año	10
Gráfico 3.	Evolución del Coeficiente de Gini. Navarra-2008-2020	12
Gráfico 4.	Tasas de atención por diagnóstico agrupado como "malestar emocional" 2019-2021	19
Gráfico 5.	Personas en Lista de Espera-PRIMERA CONSULTA CENTROS DE SALUD MENTAL	20