

Plan Estratégico de Salud Mental



2010 • 2014

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Plan Estratégico de Salud Mental
2010 - 2014



ÍNDICE

Edición:
Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Diseño y maquetación:
Atela Comunicación Corporativa

Impresión:
Xxxx xxxx

Depósito Legal:
M-xxx xxxx x x

Índice

Presentación	7
Justificación y bases conceptuales	11
Marco legislativo y otros documentos de referencia	17
Recursos actuales de atención a la Salud Mental	21
Actividad desarrollada en los Servicios de Salud Mental de Distrito	49
Actividad desarrollada en Hospitalización Psiquiátrica	59
Objetivos y acciones	67
1. Oficina Regional de Coordinación a la Salud Mental	67
2. Atención ambulatoria	69
2.1. Servicios de Salud Mental	69
2.2. Hospitales de Día	77
2.3. Coordinación entre los Servicios de Salud Mental y Atención Primaria	79
2.4. Trastorno Mental Grave: Programa de Continuidad de Cuidados	87
2.5. Exclusión Social: Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales sin Hogar y Apoyo a la inserción social de enfermos mentales procedentes de Instituciones Penitenciarias	96
3. Atención hospitalaria	107
3.1. Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales	107
3.2. Centros Psiquiátricos y Unidades específicas	11
4. Atención Social: Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales	115
5. Atención en Salud Mental a niños y adolescentes	122
6. Atención psicogeriátrica	127
7. Áreas y Programas específicos	130
7.1. Trastornos de la Conducta Alimentaria	130

7.2. Trastornos de la Personalidad Graves	137
7.3. Alcoholismo, otras adicciones y comorbilidad psiquiátrica de las adicciones (Pacientes con diagnóstico dual)	140
7.4. Coordinación con la Oficina Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid	149
7.5. Sordera y Salud Mental	151
7.6. Atención a la Salud Mental de personas con discapacidad intelectual	153
7.7. Atención a las personas con trastornos del espectro autista	157
7.8. Atención a la Salud Mental en personal sanitario	162
8. Plan de Prevención del Suicidio	167
9. Lucha contra el estigma y la discriminación asociado a personas con trastorno mental en colaboración con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y las Asociaciones de familiares	176
10. Violencia de género y Salud Mental	179
11. Salud Mental y catástrofes	189
12. Salud Mental e inmigración	195
13. Plan Estratégico de Investigación en Salud Mental	202
14. Integración de los recursos de atención a la Salud Mental de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y de la Corporación Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón	213
15. Uso racional de psicofármacos	216
Cronograma	253
Evaluación del plan estratégico	259
Anexos	263
Anexo 1. Programa arquitectónico básico para servicios de Salud Mental ambulatorios	264
Anexo 2. Documento técnico hospitales de día para adultos	265
Anexo 3. Propuesta de criterios de derivación de pacientes de atención primaria a Salud Mental por prioridad y por patología	275

Anexo 4. Recomendaciones técnicas básicas para el diseño y adecuación de las unidades de hospitalización psiquiátrica y urgencias psiquiátricas en hospitales generales	282
Anexo 5. Recursos dependientes de la dirección general de servicios sociales de la consejería de familia y asuntos sociales: red pública de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera	286
Participantes en la elaboración del plan estratégico de Salud Mental 2010-2014	299

Presentación

7

Tengo la enorme satisfacción de poner en sus manos como Consejero de Sanidad el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014, que tiene el único objetivo de seguir avanzando en la mejora de la atención de nuestros enfermos.

El Plan de Salud Mental 2003-2008 ha significado el afianzamiento del modelo de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid, siendo sus elementos básicos la rehabilitación y la recuperación personal de los pacientes que padecen una enfermedad mental grave. A su finalización, los principios y valores que lo han sustentado siguen teniendo plena vigencia. Durante este período 2003-2008 han aparecido nuevos e importantes referentes. Algunos son nacionales, como la Ley de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Otros son referentes internacionales para la organización de los servicios de atención a la Salud Mental como la Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005)

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid tiene como único objetivo dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores. El nuevo Plan asume el modelo asistencial establecido en su predecesor y continúa su desarrollo, aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de gestión eficiente.

El Plan coincide con la Consejería de Sanidad en avanzar en la humanización de la asistencia y en el rechazo a la estigmatización y a la discriminación de personas con trastornos mentales. Otras grandes prioridades son la prevención del suicidio y la seguridad del paciente en todos sus aspectos, y en especial en lo que se refiere a los tratamientos psicofarmacológicos.

El Plan de Salud Mental 2003-2008 planteó la necesidad de integrar la red ambulatoria de atención a la Salud Mental en el nivel de atención especializada. Asimismo, se pretende conjugar en una asistencia de calidad la modernidad, profesionalidad y cientificismo. Se parte de una situación previa a la que se añade transparencia al ciudadano, claro destinatario de una atención sanitaria en continua búsqueda de la excelencia.

Las últimas apuestas por la mejora de la sanidad madrileña, como son los nuevos hospitales, concebidos como hospitales integrados en la comunidad, y la regulación del derecho a la libre elección de médico especialista, repercutirán indudablemente en la mejora de la atención a la Salud Mental de la población madrileña. Estamos convencidos que la libre elección de facultativo especialista en Psiquiatría reforzará la confianza y el vínculo terapéutico entre un paciente y su médico.

En una red de atención a la Salud Mental la libre elección de especialista se conjuga con la necesidad de preservar la continuidad de cuidados, la rehabilitación y la adherencia al tratamiento de los enfermos mentales graves, y por lo tanto, más vulnerables, para garantizarles la posibilidad de utilización de recursos de la comunidad próximos a su domicilio.

En este modelo organizativo, es fundamental también reconocer la importancia del Sistema de Servicios Sociales para la atención a las dificultades sociales que presentan las personas con problemas de salud mental y, muy en especial, los pacientes con trastornos mentales graves. Por todo ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención sociosanitaria e integral a esta población, abordar no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes necesidades psicosociales con el fin de evitar situaciones de deterioro o marginación, y procurar oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social en la comunidad

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales viene promoviendo e impulsando, en estrecha colaboración y complementariedad con la red sanitaria de salud mental, el desarrollo de una Red de centros y recursos de atención social a las personas con enfermedad mental amplia y especializada. Red esencial para el desarrollo de este Plan de Salud Mental, que reconoce y refuerza la coordinación entre ambas Consejerías para asegurar una adecuada atención integral a las personas con trastorno mental y a sus familias

También destaca el empeño de las asociaciones de pacientes y de familiares de la Comunidad de Madrid quienes son un pilar fundamental en el cuidado, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. El éxito de la aplicación del presente Plan se cifrará también en función de la satisfacción de los pacientes y de sus familiares y de todos los profesionales sanitarios.

Este Plan ha sido posible gracias a las aportaciones personales y colectivas y al entusiasmo de todos los profesionales de la Salud Mental, miembros de Asociaciones de pacientes y de familiares, representantes de Sociedades Científicas y Colegios profesionales que han participado en su elaboración.

Ha sido necesario el concurso de 170 personas distribuidas en diez grupos especializados, las cuales han mantenido más de cuarenta reuniones de trabajo. Desde estas líneas deseo expresarles mi más sincero agradecimiento por la gran tarea realizada. La atención a la Salud Mental constituye en nuestra sociedad una prioridad cada vez más importante y el presente Plan debe ser la continuación de un camino exitoso realizado por todos y para todos.

Juan José Güemes Barrios

Consejero de Sanidad

Comunidad de Madrid



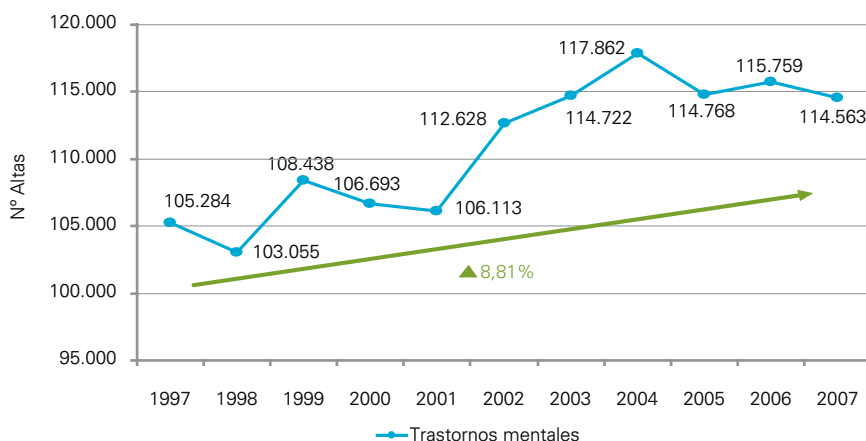
JUSTIFICACION Y BASES CONCEPTUALES

Justificación y Bases Conceptuales

Los Trastornos Mentales y del Comportamiento constituyen la octava causa de muertes en España, siendo causantes de forma directa del 3,2% de las defunciones totales. En las mujeres este porcentaje es ligeramente superior, alcanzando el 4,4% del total de defunciones y situándose como la sexta causa de muerte. Entre los varones constituyen la décima causa de muerte y suponen el 2,1% de las defunciones totales (INE 2007).

El estudio de la evolución del número de altas hospitalarias con diagnóstico principal Trastorno Mental indica que este tipo de enfermedades están generando una creciente demanda asistencial, habiendo experimentado un crecimiento del 8,81% en el periodo 1997-2007.

FIGURA EVOLUCIÓN DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS CUYO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL ES TRASTORNOS MENTALES. INE 1997-2007



A lo largo de los últimos 25 años se ha implantado en la Comunidad de Madrid una red de servicios de salud mental, orientada de acuerdo con la perspectiva comunitaria, en consonancia con el modelo para la atención psiquiátrica y a la salud mental preconizado por la Organización Mundial de la Salud y recogido en los referentes legislativos y recomendaciones europeas, nacionales y autonómicas. La Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (2001) consolida, entre otros, los

principios de universalidad, solidaridad, equidad e igualdad efectiva en el acceso a los servicios.

Por otra parte, la Especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente ya tiene una entidad académica que responde a la realidad social de los pacientes cuya creación por el Ministerio de Sanidad y Política Social es previsible que tenga lugar a lo largo de la vigencia de este Plan Estratégico.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES: EL MODELO ASISTENCIAL

Los **principios fundamentales** que inspiran el modelo asistencial que adopta el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 son:

1. El paciente es el centro del sistema
2. La participación de los pacientes y de sus familiares
3. **El rechazo a la estigmatización, a la discriminación** y a la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen enfermedades mentales.
4. **La humanización de la asistencia sanitaria** a las personas con enfermedad mental.
5. **La prevención del suicidio**, considerada como una actuación prioritaria.
6. **La atención integral al paciente**, de acuerdo con el **modelo biopsicosocial** de la enfermedad mental.
7. **La integración de red de atención a la Salud Mental dentro del conjunto de las prestaciones especializadas** del Servicio Madrileño de Salud que implica la integración de los sistemas de información y gestión de la atención a la Salud Mental en la red sanitaria general.
8. La **organización territorializada de la asistencia a la Salud Mental** para facilitar la proximidad y **accesibilidad** de los recursos asistenciales al paciente, que dispone de un Servicio de Salud Mental de referencia.
9. **El derecho a la libre elección de médico especialista y de centro**, de acuerdo con la regulación correspondiente.
10. **La coordinación de la atención a la Salud Mental con el nivel de Atención Primaria** es primordial, en especial para la detección precoz y el seguimiento de la enfermedad mental grave y persistente, con diseño de protocolos de

derivación y tratamiento y definición de las respectivas responsabilidades de ambos niveles de atención.

11. **La atención a la salud mental de niños y adolescentes** considerada como un área asistencial especializada diferenciada de la atención a los adultos es otro elemento clave del modelo asistencial.
12. **La atención a las personas con Trastorno Mental Grave y persistente**, su rehabilitación y el apoyo a sus familiares y cuidadores, constituyen un elemento básico del modelo asistencial. Hay que señalar la importancia de mantener y potenciar la **coordinación con la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales**.
13. **La coordinación con la red de atención a las personas drogodependientes** es necesaria, hasta que se lleve a cabo en el futuro la integración funcional de las redes de atención a la salud mental y a las drogodependencias.
14. **La atención a la salud mental tiene un carácter global** e implica la coordinación con otros recursos e instancias de la comunidad (sociales, educativos, legales, etc.).
15. **La actividad asistencial desarrollada por equipos multidisciplinares**, estructurados de forma interdisciplinar.
16. **La continuidad de la asistencia del paciente** debe estar garantizada a lo largo de todo el proceso de su tratamiento, sobre todo para las personas con Trastorno Mental Grave y persistente.
17. **La disponibilidad de recursos de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia** que les proporcionen a los pacientes con Trastorno Mental Grave que tienen importantes dificultades para permanecer en su medio tratamiento, rehabilitación y cuidados prolongados, en condiciones de máximo respeto a su dignidad, así como **alternativas residenciales sanitarias** adaptadas a las necesidades.
18. **El objetivo de la rehabilitación** del paciente es **lograr su inclusión social y facilitar su recuperación personal**.
19. **La especialización y la formación continuada de los profesionales sanitarios**, imprescindibles para atender adecuadamente a las personas con trastornos mentales.

20. **El fomento de la investigación** científica de excelencia en todos los ámbitos de la Salud Mental.
21. **El desarrollo de la gestión por procesos** en la asistencia de la Salud Mental, con implantación de procedimientos normalizados de actuación y guías de buenas prácticas basadas en la evidencia científica, para avanzar hacia la excelencia.

LA LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO ESPECIALISTA Y DE CENTRO

La regulación del derecho a la libre elección de médico especialista tiene como objetivo fundamental mejorar la atención a la Salud Mental de la población madrileña. La libre elección de facultativo especialista en Psiquiatría refuerza el vínculo terapéutico entre el paciente y su médico.

Debe señalarse la importancia de la valoración de la competencia de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave para tomar libremente decisiones, que puede estar afectada en determinados casos por su enfermedad. En muchos casos sería aconsejable la actuación con arreglo a protocolos basados en la evidencia científica para llevar a cabo la valoración clínica de la competencia y de la capacidad de libre decisión del paciente con enfermedad mental grave.

En el ejercicio del derecho a la libre elección de médico especialista por las personas afectadas por un trastorno mental grave de evolución persistente que le produce disfuncionalidades sociales y merma en su autonomía personal y en la capacidad de decisión para la libre elección con suficientes garantías de realizarlo con coherencia y en beneficio de su salud debe garantizarse su acceso a los recursos de atención sanitaria y social en situación de igualdad de oportunidades con respecto al resto de la población.

LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y DE SUS FAMILIARES

La promoción de la participación de los pacientes y sus familiares en las estructuras de relación en coordinación con la Dirección General de Atención al Paciente, en Comités de Expertos impulsados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, así como su participación plena en las Comisiones de Usuarios constituidas en cada Unidad Asistencial, es un elemento básico y primordial.

El presente Plan Estratégico se origina para dar respuesta a necesidades y enfermedades de personas que mantienen todos sus derechos, y que pueden y deben ayudar en el impulso de todas las mejoras propuestas.

Por ello, se pretende aplicar políticas que promuevan la vida independiente y en comunidad de este colectivo, garantizando su participación en todos los asuntos públicos de su incumbencia. Así, se pretende que ejerzan de forma real su ciudadanía, ayudando entre todos a superar el estigma asociado a la enfermedad mental, ya que ellos también son capaces de producir salud y bienestar.

La innegable sobrecarga del cuidador que se genera, y los problemas socioeconómicos que frecuentemente acarrea el sostenimiento de un enfermo con patología persistente deben ser reconocidos y apoyados.

LA ORGANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA EN UNIDADES ASISTENCIALES

La atención a la Salud Mental se integrará en la nueva organización de la sanidad pública madrileña que se conforma en **Unidades Asistenciales funcionales** con su referencia territorial y poblacional. En cada Unidad Asistencial se integran los equipos de Atención Primaria, las unidades de atención ambulatoria especializada entre los que se encuentran los Servicios de Salud Mental ambulatorios y el Hospital.

LA COORDINACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Para asegurar una adecuada atención integral a los pacientes y a sus familias es esencial contar con la colaboración y apoyo de la red de centros y recursos sociales dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Por ello en este Plan se potenciara la coordinación y complementariedad con la **Red Pública de Atención Social de personas con enfermedad mental grave y duradera** de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales: Coordinación tanto en relación a los adultos con trastorno mental grave como en relación a los problemas de salud mental infanto-juvenil potenciando el trabajo conjunto con el Instituto del Menor y la Familia o en el caso de las programas de psicogeriatría con las Residencias y centros de mayores, también dependientes de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales



MARCO LEGISLATIVO Y OTROS DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Marco Legislativo y otros Documentos de Referencia

17

COMUNIDAD DE MADRID

- Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (2001).
- Ley 5/2005, del 29 de diciembre Integral contra la Violencia de Género.
- DECRETO 22/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.
- Decreto 122/1997, de 2 de Octubre (publicado en el B.O.C.M. el 9 de Octubre de 1997), en el que se estableció el Régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con problemas de integración social, en diferentes centros de servicios sociales especializados.
- Plan de I+D+i 2010-2012 de la Comunidad de Madrid.

NACIONAL

- Constitución Española (1978).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- R.D.1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- R.D.183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

- Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del Título de Enfermero Especialista.
- Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.

REFERENTES NACIONALES Y EUROPEOS

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006).
- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005).
- Libro Verde sobre Salud Mental (Unión Europea, 2005).
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (Unión Europea, 2008).
- Informe sobre la salud mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI)).



RECURSOS ACTUALES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

Recursos actuales de atención a la Salud Mental

21

La red de recursos de atención a la Salud Mental incluye un conjunto de dispositivos asistenciales. Forman parte de una red integrada, de modo que se puedan llevar a cabo los mecanismos de coordinación que faciliten los flujos de pacientes entre las distintas unidades y programas, tanto los ambulatorios como los de hospitalización parcial y completa.

La entrada de los pacientes en el circuito asistencial se produce normalmente a través del nivel de atención primaria.

Los dispositivos asistenciales de psiquiatría y salud mental se estructuran en dos niveles:

UNIDAD ASISTENCIAL:

- Servicios de Salud Mental de Distrito ambulatorios.
- Unidades de Hospitalización Breve de adultos.
- Hospital de Día de adultos.
- Urgencias psiquiátricas.

Las Unidades Asistenciales donde se encuentran los nuevos hospitales tienen adscritos los Servicios de Salud Mental de Distrito de su territorio de referencia.

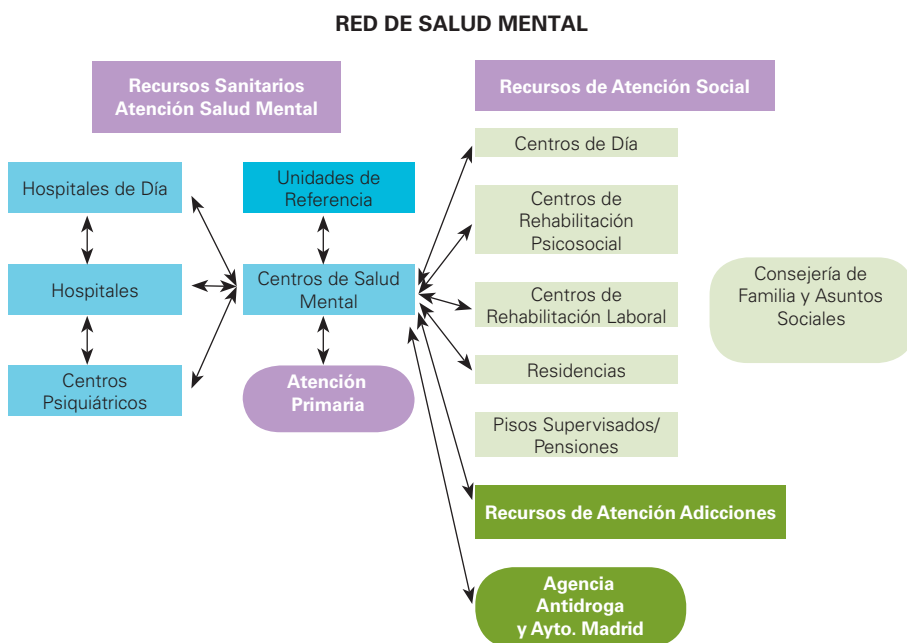
COMPARTIDOS POR VARIAS UNIDADES ASISTENCIALES:

- Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (Media Estancia).
- Unidades hospitalarias de Cuidados Prolongados (Larga Estancia).
- Unidades específicas de hospitalización (parcial o completa) para: Trastornos adictivos, Trastornos de la Personalidad graves, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Infancia y adolescencia.
- Unidades ambulatorias de referencia: Discapacidad intelectual, Enfermos mentales sin hogar, Sordera y Salud Mental, Programa ATIENDE y Programa de Atención a Menores en riesgo psíquico, Unidad del Trauma Psíquico del Adulto, Clínicas T.C.A. (Trastornos de la Conducta Alimentaria), Programa AMI-TEA (Atención Médica Integral para los Trastornos del Espectro Autista), Atención en Salud mental a personal sanitario.

La red de recursos sanitarios de Salud Mental se coordina con los recursos específicos para el tratamiento de los trastornos adictivos de la Agencia Antidroga y del Instituto Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid.

En cada Unidad Asistencial Funcional se organizará la estructura y mecanismos necesarios que aseguren la adecuada coordinación con los centros y recursos de atención social dependientes de la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

De forma esquematizada, la compleja red de atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid puede representarse de la siguiente forma:



EVOLUCIÓN DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DURANTE EL PERIODO 2002-2008

En las siguientes tablas se muestra la evolución de los recursos de atención a la salud mental, tanto de titularidad pública como contratados/concertados por la Consejería de Sanidad o el Ayuntamiento de Madrid.

RECURSOS Ambulatorios	2002		2008		Variación 2002-2008
Servicios de Salud Mental	n	%	n	%	%
En Centros de Especialidades	5	14,2	9	25,7	↑ 11,5
En Centros de Atención Primaria	14	40,0	12	34,2	↓ 5,8
Monográficos	16	45,7	14	40,0	↓ 5,7
TOTAL Servicios de Salud Mental	35	100	35	100	=

RECURSOS	2002	2008	% Variación 2002-2008
Hospitalización psiquiátrica completa			
Hospitalización breve adultos de Hospitales Generales			
Unidades	13	22	↑ 69,2
Camas	461	539	↑ 16,9
Hospitalización breve para niños y adolescentes			
Unidades	2	2	=
Camas	34	39	↑ 14,7
Trastornos de la Conducta alimentaria			
Unidades	0	1	Nueva creación
Camas	0	4	Nueva creación
Tratamiento y rehabilitación (Media estancia)			
Centros	3	4	↑ 33,3
Camas	100	173	↑ 73,0
Cuidados Prolongados (Larga estancia)			
Centros	4	5	↑ 25,0
Camas	694	826	↑ 19,0
Trastornos de la Personalidad			
Unidades	0	2	Nueva creación
Camas	0	33	Nueva creación

RECURSOS Tratamiento hospitalario trastornos adictivos	2002	2008	% Variación 2002-2008
Deshabitación del alcohol			
Unidades	1	1	=
Camas	20	20	=
Desintoxicación del alcohol			
Unidades	0	2	Nueva creación
Camas	0	15 ¹	Nueva creación
Desintoxicación Toxicomanías			
Unidades	3	3	=
Camas	16 ²	16 ²	=
Patología Dual			
Centros	0	1	Nueva creación
Camas	0	23 ³	Nueva creación
Deshabitación Cocaína			
Centros	0	1	Nueva creación
Plazas	0	25 ⁴	Nueva creación

¹ 12 camas en el Hospital Dr. R. Lafora y 3 camas en la Clínica Ntra. Sra. de La Paz concertadas con el Ayuntamiento de Madrid

² 8 camas en el Hospital Dr. R. Lafora, 6 camas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y 2 camas en el Hospital Universitario Ramón y Cajal

³ camas en la Clínica Ntra. Sra. de La Paz concertadas con el Ayuntamiento de Madrid

⁴ 25 camas residenciales y 20 plazas de Centro de Día en la Clínica Ntra. Sra. de La Paz concertadas con la Agencia Antidroga de la Consejería de Sanidad.

RECURSOS	2002	2008	% Variación 2002-2008
Hospitalización psiquiátrica parcial			
Hospitales de Día para adultos			
Número	7	13	↑ 85,7
Plazas	197	325	↑ 64,9
Hospitales de Día para niños y adolescentes			
Número	2	6	↑ 200,0
Plazas	50	175	↑ 250,0
Hospitales de Día para Trastornos de la Conducta alimentaria			
Número	0	1	Nueva creación
Plazas	0	40	Nueva creación
Hospitales de Día para Trastornos de Personalidad y de la Conducta Alimentaria			
Número	0	1	Nueva creación
Plazas	0	15 ¹	Nueva creación

¹ plazas de estancia completa

RECURSOS SANITARIOS Unidades de referencia	2002	2008	% Variación 2002-2008
Enfermos Mentales sin hogar			
N.º equipos	0	1	Nueva creación
Atención a menores en riesgo psíquico			
N.º equipos	0	1	Nueva creación
Salud Mental personas sordas			
N.º equipos	0	1	Nueva creación
Violencia de género (Programa ATIENDE)			
N.º equipos	0	1	Nueva creación
Atención a Discapacidad Intelectual			
N.º equipos	0	1	Nueva creación
Clínicas T.C.A.			
N.º equipos	0	2	Nueva creación
Programa AMI-TEA			
N.º equipos	0	1	Nueva creación
Programa PAIPSE			
N.º equipos	0	1	Nueva creación
Unidad del Trauma Psíquico			
N.º equipos	0	1	Nueva creación
Unidad de Ludopatías			
N.º equipos	0	1	Nueva creación

RECURSOS HUMANOS Servicios de Salud Mental de Distrito	2002	2008 ¹	% Variación 2002-2008
Médicos Psiquiatras			%
Número	231	340	↑ 47,1
Psicólogos Clínicos			
Número	146	193	↑ 32,1
Enfermeras			
Número	103	129	↑ 25,2
T. Sociales			
Número	63	82	↑ 30,1
T. Ocupacionales			
Número	17	28	↑ 64,7
Enfermería			
Número	36	38	↑ 5,5
Monitores T.O.			
Número	8	14	↑ 75,0
Administrativos			
Número	79	114	↑ 44,3
Otros			
Número	51	67	↑ 31,3

¹ Fuente: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (Datos 31-12-2008)

RECURSOS RESIDENCIALES	2002		2008		% Variación 2002-2008
	SERMAS	C.F y A.S.	SERMAS	C.F y A.S.	
Residencias					
Distribución	1	7	1	16	
Total Residencias	8		17		↑ 112,5
Distribución plazas	13	128	9	415	
Total plazas en Residencias	141		424		↑ 200,7
Pisos supervisados	SERMAS	C.F y A.S.	SERMAS	C.F y A.S.	
Distribución	15	6	15	53	
Total pisos supervisados	21		68		↑ 223,8
Distribución plazas	44	23	44	212	
Total plazas en pisos	67		256		↑ 282,0
Pensiones supervisadas	C.F y A.S.		C.F y A.S.		
N.º plazas en pensiones	11		22		↑ 100,0

C.F. y A.S. Consejería de Familia y Asuntos Sociales
SERMAS Servicio Madrileño de Salud

RECURSOS DE REHABILITACIÓN	2002		2008		% Variación 2002-08
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)	SERMAS	C.F y A.S.	SERMAS	C.F y A.S.	
Distribución	2	8	2	22	
Total CRPS	10		24		↑ 140,0
Distribución plazas	180	705	180	1620	
Total plazas en CRPS	885		1800		↑ 103,3
Centros de Día	SERMAS		SERMAS	C.F y A.S.	
Distribución	9		9	26	
Total Centros de Día	9		35		↑ 288,8
Distribución plazas	172		172	840	
Total plazas en Centros de Día	172		1012		↑ 488,3
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)	SERMAS	C.F y A.S.	SERMAS	C.F y A.S.	
Distribución	2	3	2	18	
Total CRL	5		20		↑ 300,0
Distribución plazas	80	140	80	890	
Total plazas en CRL	220		970		↑ 340,9
Equipos Atención Social Comunitaria (EASC)			C.F y A.S.		
N.º de EASC	0		38		Nuevas
Total plazas en EASC	0		1140		Nuevas

2. CATÁLOGO DE DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

31

2.1. Atención ambulatoria: Centros de Salud Mental (CSM)

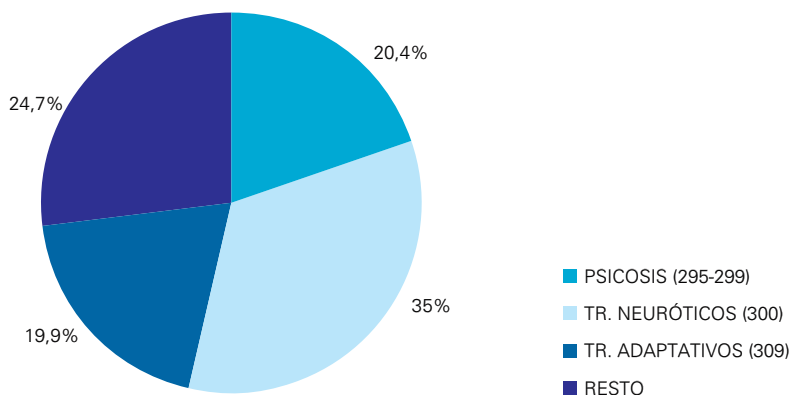
AREA SANI-TARIA	DISTRITO	Dirección	Titularidad	Integrado en	SUPERFI-CIE (M²)
1	ARGANDA DEL REY	c/ Juan de la Cierva, 20	SERMAS	C.E.P.	400
	RIVAS VACIAMADRID	c/ Acacias, s/n	SERMAS	C.A.P.	100
	MORATALAZ	c/ Hacienda de Pavones, s/n	SERMAS	C.E.P.	500
	RETIRO	c/ Lope de Rueda, 43	SERMAS	MONOGRÁFICO	1.500
	VALLECAS-PUENTE	c/ Peña Gorbea	SERMAS	MONOGRÁFICO	650
	VALLECAS-VILLA	c/ San Claudio, 154	SERMAS	C.A.P.	200
2	COSLADA	Avda. de España, s/n	SERMAS	C.A.P.	450
	CHAMARTÍN	c/ Marqués de Ahumada, 11	SERMAS	MONOGRÁFICO	600
	SALAMANCA	c/ O'Donnel, 55	SERMAS	C.A.P.	450
	SALAMANCA (U. Infan.Juv.)	c/ Uruguay, 9	SERMAS	MONOGRÁFICO	100
3	ALCALÁ DE HENARES	c/ Octavio Paz, s/n	SERMAS	C.E.P.	400
	TORREJÓN DE ARDOZ	Avda. Unión Europea, 4	SERMAS	C.A.P.	500

AREA SANI-TARIA	DISTRITO	Dirección	Titularidad	Integrado en	SUPERFI-CIE (M²)
4	BARAJAS	General, 5	ALQUILER	MONOGRÁFICO	400
	CIUDAD LINEAL	Avda. de Badajoz, 14	SERMAS	MONOGRÁFICO	500
	HORTALEZA	Mar de Kara, s/n	CONS. FAM. A.	MONOGRÁFICO	900
	SAN BLAS	Castillo de Uclés, 35-37	MUNICIPAL	MONOGRÁFICO	2.500
5	ALCOBENDAS	Avda. de España, 50	SERMAS	C.A.P.	400
	S.S. DE LOS REYES	Avda. de España, 20	SERMAS	C.A.P.	400
	COLMENAR VIEJO	Dr. Cecilio de la Morena, 2	SERMAS	C.E..P.	600
	TETUAN	Maudes, 32	SERMAS	MONOGRÁFICO	1.000
	FUENCARRAL	Melchor Fdez. Almagro, 1	SERMAS	C.A.P.	1.000
	FUENCARRAL(UIJ)	Cándido Mateos, 11	SERMAS	C.A.P.	350
6	COLLADO VILLALBA	Los Madroños, 5	SERMAS	C.A.P.	450
	MAJADAHONDA	Avda. de España, 7	SERMAS	C.A.P.	450
	MONCLOA	Quintana, 11	SERMAS	C.E.P.	350
7	CENTRO	Cabeza, 4	SERMAS	MONOGRAFICO	500
	CHAMBERÍ	Modesto Lafuente, 21	SERMAS	C.E.P.	350
	LATINA	Galiana, 1	MUNICIPAL	MONOGRAFICO	200
	LATINA	José Cadalso, s/n	SERMAS	C.A.P.	300

AREA SANITARIA	DISTRITO	Dirección	Titularidad	Integrado en	SUPERFICIE (M²)
8	ALCORCÓN	Avda. de Lisboa, s/n	MUNICIPAL	MONOGRAFICO	600
	MÓSTOLES	Nueva York, 16	SERMAS	C.A.P.	600
	NAVALCARNERO	La Doctora, 10	SERMAS	C.A.P.	300
9	FUENLABRADA	Avda. de la Comunidad, 9	SERMAS	C.E.P.	800
	LEGANÉS	Colón, s/n	SERMAS	Complejo Hospitalario Psiquiátrico	900
10	GETAFE	Avda de los Ángeles, 53	SERMAS	C.E.P.	1.100
	PARLA	Pablo Sorozaabal, 4	SERMAS	MONOGRAFICO	600
11	ARANJUEZ	Alhajes, 25	ALQUILER	MONOGRAFICO	200
	CIEMPOZUELOS	Jardines, 1	Hnas. Hospitalarias	Complejo Hospitalario Psiquiátrico	300
	ARGANZUELA	Ronda de Segovia, 52	SERMAS	C.E.P.	350
	CARABANCHEL	Antonia Rguez, Sacristán 4	SERMAS	C.A.P.	450
	CARABANCHEL	Ronda de Segovia, 52	SERMAS	C.E.P.	250
	USERA	Visitación, 5	SERMAS	C.A.P.	350
	VILLAVERDE	Totanes, 1	SERMAS	C.A.P.	400

Entorno de C.S.M.			
		n	%
Entorno sanitario	C. Especialidades (C.E-P-)	10	23,2
	C. S. Atención Primaria (C.A.P.)	17	39,5
	Complejo Hospitalario Psiquiátrico	2	4,6
Centros monográficos		14	32,5
TOTAL		43	100

DISTRIBUCIÓN UBICACIÓN CSM



Además, en las consultas externas de 13 Hospitales Generales de la Comunidad de Madrid se llevan a cabo programas ambulatorios especializados, entre otros, para Trastorno Mental Grave, Adicciones, Trastornos de la conducta alimentaria, Primeros brotes psicóticos, Trastornos de la Personalidad, Trastorno Obsesivo-compulsivo o Trastorno Bipolar.

2.2. Hospitalización parcial

El mapa de Hospitales de Día de la Comunidad de Madrid, según su modalidad, es:

HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS				
Área Sanitaria	Distrito	Dirección	Ubicación	Titularidad instalaciones
1	Vallecas	Quijorna s/n	Complejo Hospital I. Leonor	SERMAS
1	Moratalaz y Retiro	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Hospital	SERMAS
2	Chamartín, Salamanca y Coslada	Marqués de Ahumada, 11	Monográfico CSM	SERMAS
3	Alcalá Henares	Alfonso de Alcalá, s/n Alcalá de Henares	Monográfico (Adultos y adolescentes)	Consejería de Educación, cesión de uso
4	Área 4	Hospital U. Ramón y Cajal	Hospital	SERMAS
5	Alcobendas	Hospital Infanta Sofía	Hospital	SERMAS
6	Majadahonda/ Collado Villalba	Hospital U. Pta de Hierro-Majad.	Hospital	SERMAS
7	Chamberí	Ponzano, 70	Monográfico	SERMAS
8	Móstoles	Independencia, 8	Monográfico	SERMAS
8	Alcorcón y Navalcarnero	Hospital Fundación Alcorcón	Hospital	SERMAS
9	Leganés	Instituto P. «Jose Germain»	Hospital	SERMAS
10	Getafe	Galicia n.º 6, 8 y 10	Monográfico	Municipal, cesión de uso
11	Villaverde	Rocafor, 3	Monográfico Serv. contratado	Municipal, cesión de uso

HOSPITALES DE DÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES					
Área	Distrito	Modalidad	Dirección	Ubicación	Titularidad instalaciones
1	Vallecas	Hospital de Día Adolescentes	Rafael Fdez. Hijicos, 32	Monográfico	SERMAS
3	Alcalá Henares	Hospital de Día Adultos y adolescentes	Alfonso de Alcalá, s/n Alcalá de Henares	Monográfico	Consejería de Educación, cesión de uso
5	Área Norte	Hospital de Día Niños y Adolescentes	Av. Cardenal Herrera Oria	Monográfico Serv. contratado	Alquiler
9	Leganés	Hospital de Día Niños y Adolescentes	Avda. Los Pinos s/n.	Monográfico Serv. contratado	Consejería de Educación, cesión de uso
11	Carabanchel	Hospital de Día Niños y Adolescentes	Gorrion, 2	Monográfico Serv. contratado	Consejería de Educación, cesión de uso
	Todos	Hospital de Día Niños y Adolescentes	Hospital Infantil «Niño Jesús»	Hospital	SERMAS

2.3. Hospitalización Breve

El mapa de camas de hospitalización breve para adultos es el siguiente:

Hospital	Camas (31.12.2008)
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	75
Hospital del Sureste (Arganda)	17
Hospital Infanta Leonor	30
Hospital Universitario de la Princesa	24
Hospital del Henares	17
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	18
Hospital Universitario Ramón y Cajal	25
Hospital Dr. R. Lafora	66
Hospital Universitario de la Paz	21
Hospital Infanta Sofía	29
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda	20
Hospital Clínico San Carlos	56
Hospital Central de la Defensa ¹	6
Hospital Fundación Alcorcón	22
Hospital Universitario de Móstoles	20
Hospital Universitario Severo Ochoa	19
Hospital Universitario de Fuenlabrada	16
Hospital Universitario de Getafe	14
Hospital Infanta Cristina	16
Hospital Universitario 12 de Octubre	20
Complejo Asistencial Benito Menni ¹	20
Centro Hnos. S.J. Dios (H. Infanta Elena)	20
Fundación Jiménez Díaz	19
TOTAL	596

¹ Hospital de apoyo

El grado de implantación de procedimientos normalizados de actuación clínica de as Unidades de Hospitalización Breve, tanto de Hospitales Generales como de Centros psiquiátricos monográficos es el siguiente:

Protocolos Unidades de Hospitalización Breve	n	%
Plan individualizado de tratamiento	17	70,8
Contención Física y Aislamiento Terapéutico	24	100,0
Prevención del suicidio	15	63,0
Terapia electroconvulsivante	16	67,0
Actuación ante fuga	16	67,0
Trastorno de la conducta alimentaria	17	70,8
Acogida al ingreso	23	95,8
Tratamiento con Clozapina	20	83,0
Tratamiento con Litio	14	58,0
Consentimiento informado ingreso voluntario	18	75,0

Otros protocolos: Psicoeducación, Planes de cuidados de enfermería, Actuación en Urgencias, Violencia de género, Actuación en agitación psicomotriz, Seguimiento efectos secundarios psicofármacos, Hospitalización de niños y adolescentes.

Las camas de hospitalización psiquiátrica para niños y adolescentes se muestran en la siguiente tabla:

Hospital	Camas
Hospital General Universitario Gregorio Marañón Unidad de Adolescentes	20
Hospital Universitario Niño Jesús	19
TOTAL	39

2.4. Hospitalización de media estancia: Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación

En la siguiente tabla se presentan los Centros psiquiátricos que disponen de camas de hospitalización de media estancia, tanto de titularidad del Servicio Madrileño de Salud como concertados.

Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (Media Estancia)			
Centro hospitalario	Áreas sanitarias	Unidades	Camas
Instituto Psiquiátrico José Germain	8,9 y 10	2	61
Clínica San Miguel - Hermanas Hospitalarias	2,3,4 y 5	2	48
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	7 y 11	1	35
Complejo Asistencial Benito Menni	1 y 6	1	30
TOTAL		6	174

2.5. Hospitalización de larga estancia: Unidades residenciales de Cuidados Prolongados. Los dispositivos de hospitalización de larga estancia son los siguientes:

Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (Larga Estancia)			
Centro hospitalario	Áreas sanitarias	Unidades	Camas
Instituto Psiquiátrico José Germain	8,9 y 10	1	94
Hospital Dr. R. Lafora	3,4 y 5	4	200
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	1,2,6,7 y 11	4	271
Complejo Asistencial Benito Menni	1,2,6,7 y 11	4	220
Centro Asistencial Santa Teresa de Arévalo S.L.	Todas	2	39
TOTAL		15	824

2.6. Dispositivos específicos para tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Dispositivo	Hospital
Clínica ambulatoria TCA	H. G. U. Gregorio Marañón (I.P.R.)
Clínica ambulatoria TCA	H. Universitario Móstoles (C.E.P. Coronel de Palma)
Hospital de Día para TCA	Hospital Universitario Santa Cristina
Unidad hospitalización TCA	Hospital Universitario Ramón y Cajal

2.6. Dispositivos específicos para tratamiento de los Trastornos de la Personalidad

Dispositivo	Hospital
Hospital de Día para Trastornos de la Personalidad y de la conducta alimentaria	H. Clínico de San Carlos
Unidad de Trastornos de la Personalidad	Hospital Dr. R. Lafora
Unidad de Trastornos de la Personalidad	Clínica San Miguel Hermanas Hospitalarias

2.7. Redes ambulatorias de Atención a las Drogodependencias

Las redes asistenciales gestionadas por la Agencia Antidroga de la Consejería de Sanidad y por el Instituto de Adicciones de Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid cuentan con diversos dispositivos.

Agencia Antidroga: Centros de Atención Integral a Drogodependientes (C.A.I.D.)			
Área 1	Arganda del Rey	Área 5	San Sebastián de los Reyes
Área 1	Vallecas	Área 6	Collado Villalba
Área 2	San Fernando de Henares	Área 8	Alcorcón
Área 2	Coslada	Área 8	San Martín de Valdeiglesias
Área 3	Alcalá de Henares	Área 9	Fuenlabrada
Área 3	Torrejón de Ardoz	Área 9	Leganés
Área 4	Este	Área 10	Getafe
Área 5	Norte	Área 10	Parla
Área 5	Alcobendas	Área 11	Sur
Área 5	Doctor Santero	Área 11	Aranjuez
Área 5	Colmenar Viejo		
Ayuntamiento de Madrid: Centros de Atención a Drogodependientes (C.A.D.)			
Área 1	Vallecas	Área 7	Latina
Área 11	Villaverde	Área 4	San Blas
Área 11	Arganzuela	Área 5	Tetuán
Área 4	Hortaleza		

Además hay 3 Centros de Tratamiento y Diagnóstico (C.T.D.) gestionados por Cruz Roja y 3 Centros de Emergencia del Ayuntamiento de Madrid.

2.7. Dispositivos para tratamiento hospitalario de Trastornos Adictivos y Patología Dual

En la siguiente tabla se relacionan los dispositivos de hospitalización para el tratamiento de los Trastornos Adictivos. Para disponer de una visión global se incluyen los recursos de la Orden de San Juan de Dios concertados tanto por la Agencia Antidroga como por el Ayuntamiento de Madrid.

Modalidad	HOSPITAL	Camas
Desintoxicación alcohol	Hospital Dr. R. Lafora	15
Desintoxicación alcohol	Clínica Ntra. Sra. de la Paz Concertado con Ayuntamiento de Madrid	3
Deshabitación alcohol	Hospital Dr. R. Lafora	20
Deshabitación cocaína	Clínica Ntra. Sra. de la Paz (CAIC) Concertado con Agencia Antidroga	251
Desintoxicación Toxicomanías	Hospital Dr. R. Lafora	8
Desintoxicación Toxicomanías	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	6
Desintoxicación Toxicomanías	Hospital Universitario Ramón y Cajal	22
Patología Dual	Clínica Ntra. Sra. de la Paz (CPD) Concertado con Ayuntamiento de Madrid	23

¹además dispone de 20 plazas de Centro de Día ²incluidas en UHB

2.8. Dispositivos de rehabilitación y residencia para pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente

En este apartado se recogen los dispositivos con dependencia administrativa de la Consejería de Sanidad. La Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales dispone de numerosos recursos que se detallan en apartado 4.

CENTROS DE DÍA			
Área	DISTRITO	Dirección	Titularidad
4	Barajas	General, 5 -Local - Madrid	Alquiler
6	Majadahonda	Avda. de Guadarrama. Majadahonda	Municipal, cesión de uso
2	Coslada	Plaza de Ondarreta s/n San Fernando de Henares	Municipal, cesión de uso
4	San Blas	Castillo de Uclés, 35 - 37	Municipal, cesión de uso
4	Hortaleza	Mar de Kara, 11 - Madrid	Cesión Consejería Familia y Asuntos Sociales, cesión de uso
5	Tetuán	Maudes, 32 - Madrid	SERMAS
5	Colmenar Viejo	Dr. Cecilio de la Morena Arranz, 2	SERMAS
8	Alcorcón	Avda. Lisboa s/n. Alcorcón	Municipal, cesión de uso
8	Móstoles	Asturias S/n Bajo	Municipal, cesión de uso
9	Leganés	Instituto P. José Germain	SERMAS
10	Parla	Pablo Sorozaabal 12	Cesión de IVIMA a SERMAS no formalizada

CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

DISPOSITIVO	Dirección	Titularidad
Centro Rehabilitación Psicosocial «San Enrique»	San Enrique, 20 - Madrid	Alquiler

CENTRO RESIDENCIAL DE APOYO A LA REHABILITACIÓN EN LA COMUNIDAD

DISPOSITIVO	Dirección	Titularidad
Alternativa Residencial Comunitaria (ARCO)	Buen Gobernador, 4 - Madrid	SERMAS

PISOS SUPERVISADOSOS

Área	Distrito	Dirección	Titularidad
3	Alcalá Henares	Duquesa de Medinaceli, 3 - Alcalá de Henares	IVIMA, cesión de uso
4	Barajas	Garganchón, 114 - Madrid	FEAFES, cesión de uso
4	Barajas	Garganchón, 313 - Madrid	FEAFES, cesión de uso
4	Ciudad Lineal	Marqués de Corbera, 28 - Madrid	FEAFES, cesión de uso
4	Hortaleza	Av. San de Luis, 92 - Madrid	FEAFES, cesión de uso
5	Tetuán	María de Guzmán, 6 - Madrid	SERMAS
7	Centro	Mesón de Paredes, 25 - Madrid	SERMAS
8	Móstoles	Agustina de Aragón, 2 - Móstoles (Dos pisos)	Municipal, cesión de uso
9	Leganés	Seis pisos supervisados	Instituto P. José Germain

3. RECURSOS HUMANOS DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DEPENDIENTE DE LA OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL

En las siguientes tablas se pueden ver datos correspondientes a los recursos humanos de la red de recursos de atención ambulatoria vinculada a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (Centros de Salud Mental y Hospitales de Día).

RECURSOS HUMANOS de la Red de Centros de Salud Mental y Hospitales de Día (Fuente: Oficina Regional Coordinación de Salud Mental)	2000	2008
Médicos Especialistas en Psiquiatría	229	340
Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica	144	193
Enfermeras	103	129
Trabajadores Sociales	61	82
Terapeutas Ocupacionales	17	28
Auxiliares de Enfermería	36	38
Monitores de terapia ocupacional	8	14
Administrativos	77	114
Otras categorías profesionales	50	67

4. SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LA RED AMBULATORIA DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

La descripción resumida de los sistemas de información sanitaria de la red ambulatoria de Servicios de Salud Mental de distrito es la siguiente:

Sistemas de Información				
Año	RCP	HP HIS	AURORA	SISCAM
2002	35	0	0	0
2008	37	7	2	1

El grado de integración de la red de Salud Mental en la red general de información y gestión sanitaria es todavía insuficiente, pero está previsto llevar a cabo su actualización durante el primer semestre de 2010.



ACTIVIDAD
DESARROLLADA
EN LOS SERVICIOS
DE SALUD MENTAL
DE DISTRITO

Actividad desarrollada en los Servicios de Salud Mental de Distrito

FUENTES DE INFORMACIÓN

49

Los datos de actividad asistencial han sido elaborados en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental a partir del registro de la actividad asistencial llevada a cabo en los Centros de Salud Mental (CSM) durante los años 2007 y 2008 con el Sistema de Información propio **Registro de Casos Psiquiátricos (RCP)** así como a partir de otros datos reportados por los CSM.

PRINCIPALES VARIABLES ESTUDIADAS

- **Casos en contacto por primera vez** («casos nuevos») es el número total de personas atendidas que contactan por primera vez con el CSM (no se incluyen los casos de personas que tienen cita de 1ª consulta y que no acuden).
- **Total de casos en contacto con el dispositivo** («casos asistidos») es el número total de personas que han sido atendidas durante un periodo temporal determinado por cualquiera de los profesionales que forman parte del equipo del CSM (médico psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, trabajador social, terapeuta ocupacional, profesional en formación). Se obtiene de la suma del número total de casos nuevos y del número de personas atendidas en el CSM que ya han tenido por lo menos un contacto previo con este dispositivo («casos antiguos»).
- **Número total de asistencias programadas**, es el número total de intervenciones programadas (tanto nuevas como sucesivas) de los profesionales que integran el equipo (médico psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, trabajador social, terapeuta ocupacional, profesionales en formación etc.), incluyendo tanto asistencias prestadas como no prestadas.
- **N.º total de contactos que no asistieron**, es el número total de asistencias (referidas tanto a casos nuevos como a casos antiguos) citadas en el CSM (independientemente del profesional que las iba a prestar) que no acudieron a la cita programada.

RESULTADOS

En la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se realiza la explotación de los indicadores que ofrece el programa, así como de la base de datos generada por todos los CSM, pudiendo extraerse datos por tramos de edad, sexo, diagnóstico, tipo de asistencia, profesional, etc.

ACTIVIDAD REGISTRADA EN CENTROS DE SALUD MENTAL (2007)

Distrito	n.º total personas atendidas en el CSM	n.º de personas atendidas por primera vez (Casos nuevos) en el CSM	% sobre el total de personas atendidas	n.º de personas atendidas que han tenido por lo menos un contacto previo con el CSM	% sobre el total de personas atendidas	n.º total de asistencias programadas	n.º de pacientes incluidos en el Programa de Continuidad de Cuidados
ARGANDA	3.824	1.478	38,65%	2.346	61,35%	19.665	145
MORATALAZ	3.431	1.627	47,42%	1.804	52,58%	18.012	ND
RETIRO	3.487	1.158	33,21%	2.329	66,79%	24.222	30
Puente VALLECAS	6.946	3.061	44,07%	3.885	55,93%	41.678	254
VALLECAS VILLA	5.153	1.779	34,52%	3.374	65,48%	29.682	62
AREA 1	22.842	9.104	39,86%	13.738	60,14%	133.259	
CHAMARTIN	2.705	869	32,13%	1.836	67,87%	21.263	112
COSLADA	4.499	1.407	31,27%	3.092	68,73%	25.843	ND
SALAMANCA	2.743	1.042	37,99%	1.701	62,01%	16.212	49
AREA 2	9.947	3.317	33,35%	6.630	66,65%	63.318	
ALCALA	9.368	3.165	33,79%	6.203	66,21%	49.089	ND
TORREJON	4.013	1.656	41,27%	2.357	58,73%	21.262	210
AREA 3	13.381	4.821	36,03%	8.560	63,97%	70.351	
BARAJAS	1.665	455	27,33%	1.210	72,67%	11.768	89
CIUDAD LINEAL	4.255	1.581	37,16%	2.674	62,84%	32.324	140
HORTALEZA	2.738	1.188	43,39%	1.550	56,61%	16.697	62
SAN BLAS	2.742	979	35,70%	1.763	64,30%	16.223	150
AREA 4	11.400	4.203	36,87%	7.197	63,13%	77.012	
ALCOBENDAS	5.893	2.014	34,18%	3.879	65,82%	31.791	247
COLMENAR	2.437	925	37,96%	1.512	62,04%	20.977	129
FUENCARRAL	5.038	1.325	26,30%	3.713	73,70%	23.263	263
TETUAN	2.564	944	36,82%	1.620	63,18%	9.272	ND
AREA 5	15.932	5.208	32,69%	10.724	67,31%	85.303	
COLLADO VILLALBA	4.699	1.700	36,18%	2.999	63,82%	26.229	251
MAJADAHONDA	5.491	1.752	31,91%	3.739	68,09%	27.687	60
MONCLOA	3.800	1.042	27,42%	2.758	72,58%	15.902	321
AREA 6	13.990	4.494	32,12%	9.496	67,88%	69.818	
CENTRO	3.684	1.374	37,30%	2.310	62,70%	20.495	219
CHAMBERI	2.818	1.298	46,06%	1.520	53,94%	9.899	164

Distrito	n.º total personas atendidas en el CSM	n.º de personas atendidas por primera vez (Casos nuevos) en el CSM	% sobre el total de personas atendidas	n.º de personas atendidas que han tenido por lo menos un contacto previo con el CSM	% sobre el total de personas atendidas	n.º total de asistencias programadas	n.º de pacientes incluidos en el Programa de Continuidad de Cuidados
LATINA	5.379	1.301	24,19%	4.078	75,81%	17.708	461
AREA 7	11.881	3.973	33,44%	7.908	66,56%	48.102	
ALCORCON	5.163	1.617	31,32%	3.546	68,68%	24.948	155
MOSTOLES	6.875	1.855	26,98%	5.020	73,02%	38.207	ND
NAVALCARNERO	1.842	887	48,15%	955	51,85%	13.366	90
AREA 8	13.880	4.359	31,40%	9.521	68,60%	76.521	
FUENLABRADA	5.986	3.560	59,47%	2.426	40,53%	33.871	300
LEGANES	5.821	2.666	45,80%	3.155	54,20%	25.205	271
AREA 9	11.807	6.227	52,74%	5.580	47,26%	59.076	
GETAFE	5.277	2.946	55,83%	2.331	44,17%	26.141	192
PARLA	5.651	1.866	33,02%	3.785	66,98%	35.302	340
AREA 10	10.928	4.812	44,03%	6.116	55,97%	61.443	
ARANJUEZ	2.895	1.056	36,48%	1.839	63,52%	14.573	99
ARGANZUELA	4.032	1.376	34,13%	2.656	65,87%	25.788	196
CARABANCHEL	7.674	2.325	30,30%	5.349	69,70%	48.834	379
USERA	4.070	1.640	40,29%	2.430	59,71%	22.388	263
VILLAVERDE	5.221	1.425	27,29%	3.796	72,71%	30.635	300
AREA 11	23.892	7.822	32,74%	16.070	67,26%	142.218	
TOTAL	159.881	58.340	36,49%	81.444	50,94%	886.421	5.793

ND: no disponible

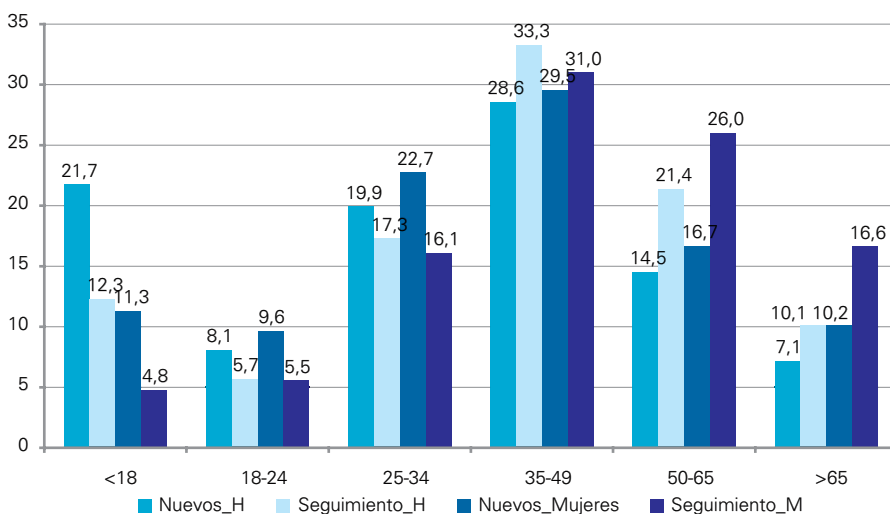
La base de datos, acumulada desde 1986, permite extraer series temporales y conocer la evolución de la asistencia ambulatoria en Salud Mental a lo largo de los años.

En 2006 se realizó un análisis que se publicó en el capítulo 6 del «Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2007» (disponible en la página web de la Consejería de Sanidad).

En la Tabla anterior aparecen los datos asistenciales básicos referidos a 2007, que han sido facilitados por los Centros de Salud Mental.

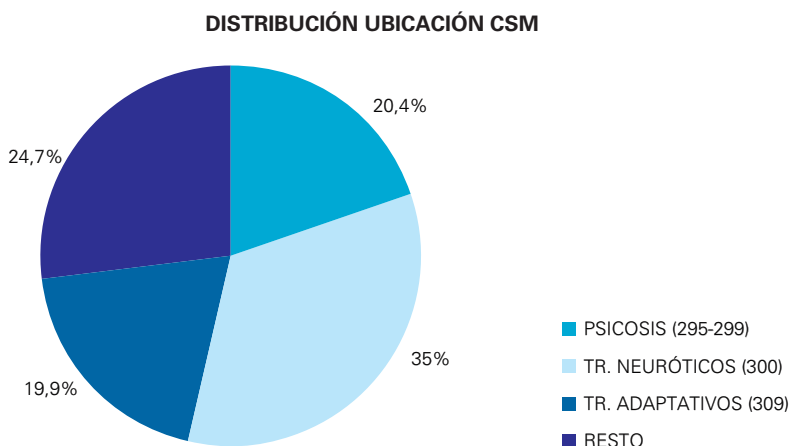
En el siguiente gráfico se refleja la distribución por sexo y edad de los casos nuevos (primer contacto) y en seguimiento.

**PROPORCIÓN DE CASOS POR EDAD Y SEXO.
ASISTENCIA AMBULATORIA EN LOS CSM 2007.**



El 54% de todos los casos tienen registradas 3 o menos asistencias al año aunque la media se sitúa en 5,6 asistencias año.

En el gráfico siguiente se muestra la distribución porcentual de los principales diagnósticos (códigos CIE9-MC):



El dato estimativo de la persistencia en el tiempo de la enfermedad de los pacientes es su antigüedad en el sistema: el 36% del total de los casos atendidos en 2007 fueron nuevos, el 30,6% tuvieron entre 1 y 4 años de antigüedad, el 16% entre 5 y 9 años de antigüedad y el 17,3% más de 10 años.

La asistencia psiquiátrica se hace más compleja cuanto mayor es la gravedad de los casos. En este sentido, la esquizofrenia supuso en 2007 el 7,7% del total de los casos atendidos y consumió el 21% del total de las asistencias registradas.

La asistencia se realiza por un equipo multiprofesional. En la tabla siguiente se presenta una estimación de la media de asistencias prestadas como primer profesional (sin diferenciar casos nuevos de casos antiguos) obtenida a partir de una muestra de datos correspondiente a 9 CSM (2007) sin contabilizar su actividad cuando actúan como segundo o tercer profesional.

ESTIMACIÓN ASISTENCIAS PROGRAMADAS REGISTRADAS COMO PRIMER PROFESIONAL (2007)

Muestra de 9 CSM (2007) asistencias como primer profesional				
Profesional	Total asistencias programadas	N.º de profesionales	Media de asistencias/ profesional	Media asistencias/ semana
Médico psiquiatra	97.985	52	1.884	41,87
Psicólogo Clínico	38.744	30	1.291	28,70
Enfermera	24.792	20	1.240	27,55
Trabajador Social	10.121	11	920	20,45
TOTAL	171.642	113	1.519	33,75

Se puede observar que la mayoría de las asistencias como primer profesional corresponden al médico psiquiatra.

A continuación se exponen los datos estimativos de actividad referidos a una muestra de 19 Centros de Salud Mental correspondientes a 2008. En cuanto a las asistencias programadas (466.221) los datos registrados indican que el 85% de las citas han sido realizadas y que el 15% fueron fallidas.

Asistencias registradas en una muestra de 19 CSM (2008)		
Asistencias	n	%
Fallidas	70.822	15,2
Realizadas	395.399	84,8
TOTAL	466.221	100

En las siguientes tablas se ofrecen los datos asistenciales según diversas variables que ilustran la cartera de prestaciones y programas de un Servicio de Salud Mental de orientación comunitaria.

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ASISTENCIAS REGISTRADAS SEGÚN GRUPO (PROGRAMA)
EN UNA MUESTRA DE 19 SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO (2008)**

Programa	Asistencias	%
INFANTO-JUVENIL	53.098	11,4
PSICOGERIATRÍA	23.153	4,9
ADULTOS	283.367	60,8
DROGODEPENDIENTES	543	0,1
ALCOHOLISMO	6.050	1,3
REHABILITACION Y CONTINUIDAD DE CUIDADOS	72.653	15,6
SIN ESPECIFICAR	27.357	5,9
TOTAL	466.221	100

A señalar que el 60% de las asistencias se encuadran en el programa de adultos y el 15,6 % en el Programa de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados que atiende a las personas con Trastorno Mental Grave y Persistente.

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ASISTENCIAS REGISTRADAS SEGÚN TIPO DE PRESTACIÓN
EN UNA MUESTRA DE 19 SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO (2008)**

Tipo de prestación	Asistencias	%
SIN ESPECIFICAR	21.045	4,5
EVALUACION EN EL CENTRO	57.359	12,3
EVALUACION FUERA DEL CENTRO	987	0,2
ATENCION AMBULATORIA	336.788	72,2
ATENCION DOMICILIARIA	787	0,2
URGENCIA	6.744	1,4
APOYO ATENCION PRIMARIA	376	0,1
APOYO URGENCIA SANITARIA GENERAL	111	0
INTERCONSULTA HOSPITALARIA	366	0,1
APOYO SERVICIOS SOCIALES	3.645	0,8
REHABILITACION Y REINSERCIÓN SOCIAL	36.269	7,8
PERITAJES	621	0,1
Derivación a U. HOSPITALIZACION BREVE	975	0,2
Derivación a U. HOSPITALIZACION PARCIAL	89	0
VARIOS	59	0
TOTAL	466.221	100

**DISTRIBUCIÓN DE LAS ASISTENCIAS REGISTRADAS SEGÚN MODALIDAD DE ATENCIÓN
EN UNA MUESTRA DE 19 SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO (2008)**

Modelo de atención	Asistencias	%
SIN ESPECIFICAR	35.323	7,6
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	88.386	19
TERAPIA INDIVIDUAL	76.205	16,3
TERAPIA DE GRUPO	36.106	7,7
TERAPIA DE FAMILIA	3.039	0,7
TERAPIA DE PAREJA	510	0,1
ATENCION CON PERSONAS RELACIONADAS	6.742	1,4
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO+OTRA TERAPIA INDIVIDUAL	120.883	25,9
OTRAS COMBINACIONES	31.986	6,9
GRUPOS DE APOYO	8.115	1,7
CONSULTA TERAPEUTICA	35.062	7,5
ENTREVISTA CON PADRES	8.603	1,8
TRABAJO SOCIAL	15.261	3,3
TOTAL	466.221	100



ACTIVIDAD DESARROLLADA EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Actividad desarrollada en Hospitalización Psiquiátrica

HOSPITALIZACIÓN BREVE

59

Del análisis del CMBD 2007. PSIQUIATRIA se desprende que en los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales del SERMAS se registraron 6.875 altas (113 por 100 mil habitantes) que correspondieron a 5.220 pacientes (86 casos por 100 mil habitantes). La cifra total de altas en todos los hospitales y por el capítulo de la CIE-9 (Enfermedades Mentales) fue de 14.863.

La distribución por grupo de edad y sexo de las altas hospitalarias en 2007 fue la siguiente:

ALTAS	Hombres	Mujeres	Total
<18	176	374	550
18-24	355	299	654
25-34	928	639	1.567
35-44	917	902	1.819
45-54	529	610	1.139
55-64	229	381	610
65-74	95	226	321
75-84	57	130	187
>85	8	20	28
TOTAL	3.294	3.581	6.875

Del total de los 5.220 casos registrados, 4.207 tuvieron un solo ingreso y 1.013 más de uno, lo que supuso un total de 2.668 altas en este grupo.

El porcentaje global de casos que causaron reingreso fue del 19,4%, mayor en las mujeres (20,9%) que en hombres (17,8%).

En la siguiente tabla se muestra la distribución porcentual de los principales trastornos mentales, según el «diagnóstico principal» (Códigos CIE 9-MC).

Diagnóstico principal al alta	Código CIE 9 MC	n	%
Esquizofrenia	295	1.651	24,0
Psicosis Afectivas	296	1.160	16,9
Otras psicosis	297-298	763	11,1
Psicosis Infantil	299	6	0,1
Trastornos neuróticos	300	453	6,6
Trastornos de la Personalidad	301	768	11,2
Abuso de sustancias	303-305	335	4,9
T. Conducta alimentaria	307.1 y 307.5	245	3,6
Otros Diagnósticos		1.494	21,7
TOTAL		6.875	100

En 478 pacientes dados de alta (7% del total) se registró un intento de suicidio como motivo de ingreso, de los cuales 200 correspondieron a hombres y 278 a mujeres.

Los principales indicadores de actividad y otros datos referidos a Unidades de Hospitalización Breve se reflejan en el siguiente cuadro.

Unidades de Hospitalización Breve HOSPITAL 2008	Camas funcionantes	N.º ingresos anuales	N.º altas anuales	Índice de ocupación anual	Estancia media anual	N.º de pacientes año con estancia superior a dos meses	N.º de pacientes con más de un ingreso en el año 2008	N.º de pacientes sometidos a medida de seguridad de internamiento psiquiátrico por sentencia penal ingresados/año	N.º de ingresos/año en situación de presos preventivos pendiente de resolución judicial
H.G.U. Gregorio Marañón	75	1560	1572	76	15	36	124	8	
H. del Sureste (Arganda)	9	129	123	75	13,4	1	9	0	0
H. Infanta Leonor (periodo sept-dic)	12	93	85	81	11			ND	
H. U. de la Princesa	24	359	370	ND	19	10	40	0	0
H. del Henares	17	200	194	79	14,2			0	0
H. U. Príncipe de Asturias	18	293	294	116,0	24,1	22	33	0	0
H. U. Ramón y Cajal	25	366	363	80	20		60	0	1
H. U. Puerta de Hierro-Majadahonda	19	400	400	80	12			0	0
H. U. La Paz	21	500	499	89,6	13,8	6	45	0	1
H. Infanta Sofía	15	225	214	87,4	13,1	2	21	0	0
H. Clínico San Carlos	55	1071	1073	100	17	48	136	6	
H. F. Jiménez Díaz	19	490	493	82,1	12			0	0
H. U. Móstoles	20	254	265	95	26	18	40	0	0
H. Fundación Alcorcón	20	455	453	77,5	12,9			0	0
H. U. Severo Ochoa	18	423	418	89	14	8	68	0	
H. U. Fuenlabrada	16	360	351	84,6	13,3	10	53	0	0
H. Infanta Cristina	10	102	97	62	10,5		11	0	1
H. U. Getafe	14	233	239	76,4	16,1	4	31	0	0
H. U. 12 de Octubre	20	391	309	97,0	18,1	10	26	0	0
CH.Benito Menni	20	267	268	93	ND				1
CH. S. Juan de Dios	20	127	118	ND	22,4	3		3	
H. Dr. R. Lafora	66	857	853	77	22,4	50		0	0
TOTAL ADULTOS	533	9155	9051		16,2	228	697	11	4
H. G. U. G. M. Unidad Adolescentes	20	285	284	47	12	4	19		
H. U. Niño Jesús	19	390	377	103,8	15,1	5	72		
TOTAL INFANTO JUVENIL	39	675	661		13,5	9	91		

2. HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA ESTANCIA (UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN) Y UNIDADES ESPECIALES

Los pacientes incluidos en el Programa de Continuidad de Cuidados ingresan en este tipo de Unidades de forma programada (lista de espera gestionada desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental) por indicación de su médico psiquiatra responsable, previa valoración del caso por la Comisión de Rehabilitación correspondiente y con el informe del Coordinador de Cuidados del paciente.

En abril de 2009 había 160 pacientes inscritos en lista de espera, desglosados de la siguiente manera:

Pacientes	Media estancia (UTR) ♂	Media estancia (UTR) ♀	Larga estancia (UCPP) ♂	Larga estancia (UCPP) ♀	TOTAL
TOTAL	50	33	56	21	160

UTR: Unidades de Tratamiento y Rehabilitación

UCPP: Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

Fuente: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (Abril 2009)

Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (U.T.R.) 2008	Camas funcionantes	N.º ingresos anuales	N.º altas anuales	Índice de ocupación anual	Estancia media anual	N.º de pacientes sometidos a medida de seguridad de internamiento psiquiátrico por sentencia penal ingresados/año
Media estancia						
Instituto Psiquiátrico José Germain	60	73	72	93	239	2
Clínica San Miguel HHSC	48	40	40	98	198,7	1
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	35	21	20	93,3	213,5	0
Complejo Asistencial Benito Menni (Ciempozuelos)	30	34	32	97	191	1
TOTAL	173	168	164			4

Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados 2008	Camas funcionantes	N.º ingresos anuales	N.º altas anuales	Índice de ocupación anual	N.º de pacientes sometidos a medida de seguridad por sentencia penal ingresados/año
Larga estancia					
Instituto Psiquiátrico José Germain	94	3	5	98,0	1
Hospital Dr. R. Lafora	200	49	55	94,7	0
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	271	17	16	96,5	5
Complejo Asistencial Benito Menni (Ciempozuelos)	220	12	3	98,0	0
Centro Asistencial Santa Teresa de Arévalo	39	3	3	100	0
TOTAL	824	84	82		6

Unidades de Trastornos de la Personalidad 2008	Camas funcionantes	N.º ingresos anuales	N.º altas anuales	N.º altas voluntarias	Índice de ocupación anual	Estancia media
Clínica San Miguel HHSC	17	48	44	23	63	70
Hospital Dr. R. Lafora*	16	30	21	13	55	136
TOTAL	33	78	65	36		

*10 meses

Unidades Hospitalarias para tratamiento de los Trastornos Adictivos y Patología Dual en Centros Psiquiátricos 2008	Camas funcionantes	N.º ingresos anuales	N.º altas anuales	Índice de ocupación anual	Estancia media anual	Demora media hasta ingreso	Pacientes en lista de espera (31.12.2008)
Desintoxicación alcohol							
Hospital Dr. R. Lafora	15	298	298	81	13,6	68	795
Clínica Ntra. Sra. de la Paz*	3	75	ND	ND	12	ND	ND
Deshabitación alcohol							
Hospital Dr. R. Lafora	20	225	222	78	25,7	114	125
Deshabitación cocaína							
Clínica Ntra. Sra. de la Paz**	25	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Desintoxicación toxicomanías							
Hospital Dr. R. Lafora	8	194	194	81	12,2	ND	ND
H.G.U.G.Marañón U.Toxicomanías (2007)	6	117	118	88,3	13,0	ND	ND
Patología Dual							
Clínica Ntra. Sra. de la Paz*	23	151	ND	ND	51,5	ND	ND
TOTAL	90						

*Concertado con Ayuntamiento de Madrid

**Concertado con Agencia ANTIDROGA, además dispone de 20 plazas de Centro de Día

ND: no disponible



OBJETIVOS Y ACCIONES

Objetivos y Acciones

67

1. OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se creó en virtud del Decreto 1/2002, de 17 de Enero, por el que se establecía la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

La estructura de la atención a la Salud Mental que contempla el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 apuesta por un modelo organizativo y de gestión en el que la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental desempeña un papel principal.

La función de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, adscrita a la Dirección General de Hospitales, es la de prestar apoyo científico-técnico en materia de asistencia en Salud Mental al Servicio Madrileño de Salud, a través de las funciones de asesoramiento, planificación y evaluación de los Servicios mediante elaboración de estándares y establecimiento y seguimiento de indicadores comunes a todo el sistema, de acuerdo con el Plan de Salud Mental vigente y a las directrices que la autoridad sanitaria determine en cada momento sobre la materia.

El funcionamiento de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se lleva a cabo con su propio equipo con el apoyo de Comités de Expertos.

OBJETIVO

Definición del contenido funcional de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

Son funciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental:

1. Supervisar la homogeneidad del funcionamiento de la red de atención a la Salud Mental, con especial énfasis en las actuaciones destinadas a poblaciones de riesgo o especialmente vulnerables como son las personas con Trastorno Mental Grave y persistente.
2. Establecer programas de salvaguarda de los derechos de los pacientes en coordinación con la Oficina del Defensor del Paciente.

3. Promover y facilitar la participación de los pacientes y sus familiares en las estructuras de relación en coordinación con la Dirección General de Atención al Paciente.
4. Evaluar y procesar la información relativa a la actividad asistencial y epidemiológica relacionada con atención a la Salud Mental y con la satisfacción del paciente y de sus cuidadores.
5. Asesorar en el diseño de los Sistemas de Información y Gestión de Salud Mental, integrados con el Sistema de Información Sanitaria en colaboración con la Dirección General de Sistemas de Información.
6. Impulsar la gestión por procesos asistenciales para garantizar la orientación de las prestaciones al ciudadano teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas en el entorno de la libre elección de médico especialista.
7. Realizar el seguimiento del cumplimiento de los objetivos y de las recomendaciones del Plan Estratégico de Salud Mental.
8. Asesorar en la elaboración de la cartera de servicios de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.
9. Asesorar a la Dirección General de Hospitales en la planificación presupuestaria de los recursos para la atención a la Salud Mental.
10. Proponer líneas de investigación relacionadas con la Salud Mental.
11. Colaborar con la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios «Laín Entralgo» en materia de formación e investigación en Salud Mental.
12. Favorecer la formación de pregrado y posgrado en Salud Mental de Trabajadores Sociales y Terapeutas Ocupacionales.
13. Favorecer la formación especializada de calidad, potenciando los acuerdos entre centros que permitan el desarrollo de formación específica posgraduada.
14. Gestionar la lista de espera de ingresos programados en Centros Psiquiátricos (Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de media y larga estancia y Unidades Específicas) en coordinación con la Dirección General de Atención al Paciente.
15. Desarrollar la coordinación global entre la red sanitaria de servicios de Salud Mental y la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, para realizar la planificación conjunta y articular la coordinación general entre ambas redes y como marco de resolución de dificultades, con el objetivo de lograr la atención

integral a las personas con trastornos mentales graves y persistentes en todas las Unidades Asistenciales.

16. Asesorar en la coordinación con diversas Instituciones: Dirección General de Atención Primaria, Agencia Antidroga y Ayuntamiento de Madrid (Instituto Madrid Salud y Servicios Sociales Municipales —Programas de Menores y Familia y de Enfermos Mentales Graves y Crónicos—), Consejería de Presidencia, Consejería de Justicia e Interior, Consejería de Educación, Consejería de Empleo y Mujer, Federación de Municipios Madrileños, Instituto Madrileño del Menor, y con cuantas otras instituciones sinérgicas involucradas en la mejora de la atención de la Salud Mental.
17. Realizar recomendaciones técnicas sobre estándares, criterios de actuación y de evaluación incluidos en los contratos y conciertos de servicios de Salud Mental con entidades públicas y privadas.
18. Elaborar un informe periódico sobre el estado de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid de amplia difusión entre pacientes, familiares y profesionales.
19. Coordinar la elaboración de Planes de Salud Mental.
20. Colaborar con otras Comunidades Autónomas en proyectos de interés común relacionados con la Salud Mental.
21. Participar en el seguimiento de los objetivos y evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud
22. Promover la mejora continua mediante la implementación de las metodologías y herramientas más adecuadas

ACCIÓN A REALIZAR:

Desarrollo de las funciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental integrada en la Dirección General de Hospitales.

2. ATENCIÓN AMBULATORIA

2.1. SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE DISTRITO

Basado en el modelo comunitario de atención a la Salud Mental, a la finalización del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008, los Servicios de Salud

Mental de Distrito constituyen el eje de la asistencia y de la coordinación de los recursos y proporcionan atención ambulatoria integral a los personas con trastornos mentales en su territorio de referencia.

De manera complementaria, a lo largo de la vigencia del Plan de Salud Mental anterior, también se han desarrollado programas y dispositivos de referencia de carácter especializado.

La organización territorializada de la atención a la Salud Mental facilita la proximidad de los recursos básicos asistenciales al paciente. Asimismo, facilita la necesaria continuidad de la asistencia a los pacientes durante todo el proceso de su tratamiento, en especial en el caso de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave de evolución persistente.

Los Servicios de Salud Mental, al igual que el resto de los dispositivos de atención a la Salud Mental, desarrollan su actividad con **equipos profesionales multidisciplinares**, estructurados de forma interdisciplinar integrados por médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras especializadas, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales.

En el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008 se recogían indicadores de recursos humanos para la estimación de profesionales de la Salud Mental por habitante. Diversos organismos internacionales formulan asimismo recomendaciones al respecto. Todos ellos constituyen un referente necesario al que debe tender la planificación de los recursos. Sin embargo, teniendo en cuenta la heterogeneidad socio-demográfica de la Comunidad de Madrid, la planificación de recursos adscritos a las Unidades Asistenciales debería ser realizada primordialmente según la demanda medida con los sistemas de información adecuados.

Para la mejora de los Servicios de Salud Mental de Distrito se han identificado los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL 1

Integración de los recursos ambulatorios de atención a la Salud Mental en el conjunto de prestaciones de atención especializada del Servicio Madrileño de Salud

Para evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales y para optimizar su gestión, los recursos ambulatorios de atención a la Salud Mental se integrarán en el nivel de atención especializada del Servicio Madrileño de Salud. Esto implica la adscripción de los mismos a las Gerencias de sus respectivos Hospitales de referencia.

Es crucial para el mantenimiento de la experticia y la calidad asistencial en los programas de Continuidad de Cuidados de los Centros de Salud Mental, que los profesionales de Enfermería y Trabajo Social promocionen y mejoren el contenido de la actividad desarrollada hasta ahora, independientemente de que su integración en el nivel de atención especializada suponga la vinculación orgánica con sus respectivos hospitales, es decir, preservando la cohesión de los equipos multiprofesionales de atención a la Salud Mental.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 A

Impulsar modelos de gestión integrada de los recursos de Salud Mental

El Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico de San Carlos es uno de los modelos de gestión coordinada de una compleja red de recursos de atención a la Salud Mental, integrada por una variedad de dispositivos, programas y profesionales.

Los Servicios de Salud Mental de Distrito quedarán adscritos a las Gerencias de sus Hospitales de sus Unidades Asistenciales, dependiendo de las respectivas Direcciones Médicas que impulsarán modelos de gestión integrada de los recursos, especialmente útiles para mantener la cohesión de los equipos multidisciplinares.

En los contratos de gestión anuales de las Gerencias de los Hospitales se establecerán los objetivos de gestión de atención a la Salud Mental.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Favorecer el desarrollo e implantación de modelos de gestión integrada de los recursos de atención a la Salud Mental.*
2. *Establecer objetivos de gestión relativos a la atención a la Salud Mental en los Contratos de Gestión anuales de las Gerencias de los Hospitales.*

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 B

Integración de los Centros de Salud Mental monográficos en entornos sanitarios

El proceso de integración de los Centros de Salud Mental monográficos en entornos sanitarios se inició durante la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008 con la finalidad de evitar el estigma y la discriminación de los pacientes y de sus familiares y para mejorar la eficiencia de la gestión de los recursos de la Red de Salud Mental, especialmente los recursos humanos.

En la actualidad, el 40 % de los Centros de Salud Mental tiene carácter monográfico, estando pendiente de integrarse, en los casos en que no estén bien ubicados o en buenas condiciones, preferentemente en Centros de Especialidades Periféricos (C.E.P.), Centros de Salud de Atención Primaria o en áreas diferenciadas para la atención ambulatoria en Hospitales.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Elaborar un Plan Director que establezca la priorización en la ejecución acciones para la integración progresiva de los Centros de Salud Mental monográficos en entornos del nivel de Atención Especializada*
2. *Definir el programa arquitectónico básico para Centros de Salud Mental con adecuación de los espacios a todas las actividades a desarrollar (ANEXO 1).*

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 C

Integración de los sistemas de información y gestión de los Servicios de Salud Mental en la red del Servicio Madrileño de Salud

Se considera prioritaria la existencia de un sistema de información clínica y de gestión sanitaria, integrado en la red general del Servicio Madrileño de Salud. También es necesaria una historia clínica electrónica unificada y compartida según niveles de acceso y tipo de actividad. Se ve la conveniencia de integrar o, al menos, de conservar y mantener accesibles todos los datos históricos acumulados en el Registro de Casos Psiquiátricos.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Proveer a los Servicios de Salud Mental de un sistema de información y gestión sanitaria integrado en la red del Servicio Madrileño de Salud en coordinación con la Dirección General de Sistemas de Información, que deberá estar desarrollado antes de la aplicación de la Libre Elección de Especialista.*
2. *Desarrollar e implantar una aplicación informática específica para el Programa de Continuidad de Cuidados, en línea con todos los dispositivos asistenciales con el objeto de realizar el registro de los pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente y facilitar su permanente seguimiento y censo actualizado.*

OBJETIVO GENERAL 2

Estudio de las necesidades de recursos humanos

El estudio de las necesidades de recursos humanos se realiza en base al análisis del desempeño de tareas y a la heterogeneidad de la demanda de cada Unidad Asistencial en la nueva organización sanitaria madrileña.

En este nuevo escenario, se considera necesario estudiar las necesidades de enfermeras (preferentemente especialistas en Salud Mental) y de trabajadores sociales para el adecuado desarrollo de los Programas de Continuidad de Cuidados destinados a los pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente, en función del desempeño de tareas y de la demanda de atención a este grupo de enfermos. Se aceptan ratios de 1 enfermera especializada en Salud Mental con funciones de coordinadora de cuidados por cada 40 casos de pacientes con Trastorno Mental Grave incluidos en el Programa de Continuidad de Cuidados.

ACCIÓN A REALIZAR:

Estudiar las necesidades de recursos humanos en base a la heterogeneidad de la demanda de cada Unidad Asistencial y al desempeño de tareas, y específicamente para el desarrollo de los Programas de Continuidad de Cuidados destinados a pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente.

OBJETIVO GENERAL 3**Mejora de los procedimientos de gestión**

Se destaca la necesidad de diseñar los procesos asistenciales como modelo de gestión que garanticen la eficiencia, la efectividad y la calidad de los Servicios de Salud Mental.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3 A**Definición de la cartera de servicios de los Centros de Salud Mental**

El RD 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y enumera las prestaciones de servicios de salud mental.

Al objeto de ofrecer una atención ambulatoria a la Salud Mental homogénea se estima imprescindible la elaboración de una cartera de servicios específica, integrada con las del conjunto de unidades que atienden a la población de referencia de cada hospital. De este modo, el paciente no pasaría de un servicio a otro cuando se mueve de un Centro de Salud Mental a otra Unidad (Hospitalización Breve, Hospital de Día, Unidad de Tratamiento y Rehabilitación etc.), sino que toda la intervención formaría parte de un proceso integrado.

ACCIÓN A REALIZAR:

Elaborar una cartera de servicios específica para los Servicios de Salud Mental de Distrito por un Comité de Expertos multiprofesional común para toda la red de Centros de Salud Mental, con participación de pacientes y familiares.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3 B**Desarrollo e implantación de la gestión por procesos asistenciales**

El diseño de los procesos asistenciales constituye un modelo de gestión para garantizar la eficiencia, la efectividad y la calidad de los Servicios de Salud Mental.

Implica la identificación de indicadores de estructura, de proceso y de resultado específicos para los Servicios de Salud Mental comunitarios que permitan dotarles de los recursos necesarios (tanto de espacio como de profesionales) y evaluar su funcionamiento de forma objetiva.

La gestión por procesos en Salud Mental tiene como objetivos:

- Encauzar y filtrar de una manera eficaz y homogénea la demanda generada desde Atención Primaria, que es donde deberían iniciarse los procesos asistenciales.
- Reordenar los flujos de trabajo para aportar valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del paciente y su familia y a facilitar las tareas de los profesionales.
- Establecer de una forma homogénea la especificidad del trabajo en salud mental
- Asegurar la continuidad asistencial.
- Evaluar la actividad asistencial con criterios de excelencia.
- Especificar los criterios de derivación generales para cada uno de los procesos asistenciales, teniendo en cuenta la cartera de servicios de Salud Mental y de Atención Primaria establecida por el Sistema Nacional de Salud.
- Mejorar la coordinación con Atención Primaria y con otros dispositivos de la red implicados en cada proceso.
- Potenciar la colaboración entre equipos de distintas áreas y dentro del propio equipo, con la tarea común de perfeccionar los procesos.
- Perfilar para cada proceso la tarea a realizar por cada profesional, además de los indicadores, criterios de derivación, cartera de servicios y modalidades de tratamiento.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica con estándares de calidad aplicables a todas las unidades.
- Facilitar la identificación de la no calidad en las actividades asistenciales.
- Facilitar la planificación de los recursos de una forma más eficiente.

Se considera necesario disponer de un conjunto básico de procesos de gestión y de sus correspondientes indicadores que establezca para todos los Centros de Salud Mental los procedimientos comunes de:

- Admisión del paciente (acogida, gestión de citación de consultas)

- Identificación del/los profesionales responsables del paciente durante el proceso de su tratamiento.

Teniendo en cuenta que, por imperativo legal, todo paciente atendido en el sistema sanitario público debe tener asignado un **médico responsable**, este rol puede ser ejercido por:

1. El **médico psiquiatra** del Centro de Salud Mental elegido por el paciente de acuerdo con la regulación de la libre elección de médico especialista.
 2. El **médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**. En este supuesto, el médico de Atención Primaria, ha optado por continuar siendo el médico responsable del paciente una vez realizado el diagnóstico diferencial médico y solicita la intervención de un **psicólogo especialista en Psicología Clínica** del equipo de Salud Mental, recayendo sobre este último facultativo la responsabilidad sobre el paciente, de acuerdo con sus competencias profesionales.
- Evaluación del paciente (historia clínica, informes de derivación, escalas de medida, etc.).
 - Coordinación con Atención Primaria, Urgencias psiquiátricas, Unidades de hospitalización, Servicios sociales, red de atención a drogodependencias y otros dispositivos.
 - Continuidad de Cuidados (procedimiento de gestión de casos con Trastorno Mental Grave, visitas domiciliarias, soporte informático, tecnologías de la comunicación).
 - Formación posgraduada de especialistas y formación continuada
 - Investigación

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Definir y priorizar los procesos asistenciales basados en criterios de evidencia científica y calidad asistencial, definiendo los indicadores de evaluación.*
2. *Elaborar un conjunto básico de procesos de gestión por procesos asistenciales común para todos los Servicios de Salud Mental ambulatorios con identificación de indicadores de estructura, proceso y resultado.*

2.2. HOSPITALES DE DÍA

77

El Hospital de Día es un dispositivo imprescindible en la Unidad Asistencial para facilitar al paciente la transición entre el ingreso hospitalario y el tratamiento en el Servicio de Salud Mental de Distrito.

Constituye un dispositivo indispensable para el tratamiento de pacientes con Trastorno Mental Grave y Persistente, no sólo por sus aportaciones específicas, sino también porque su ausencia sobrecarga a las Unidades de Hospitalización Breve. El Hospital de Día de Salud Mental es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo y estructurado, limitado en el tiempo y orientado a la continuidad de cuidados en la comunidad, de trastornos mentales graves, en régimen de día.

El objetivo general del Hospital de Día para adultos, es garantizar la permanencia del paciente en la comunidad, persiguiendo la recuperación de unas capacidades de vida con suficiente autonomía para volver a desarrollar una actividad y continuar un tratamiento ambulatorio, promoviendo un aumento de su calidad de vida y de su satisfacción (disminución del sufrimiento), así como la de su entorno próximo (familia) con intervenciones que van desde la contención en crisis al cambio en profundidad.

Representa un espacio alternativo, y/o de transición entre la hospitalización total y los Centros de Salud Mental, para la estabilización de los pacientes en crisis, prevención de recaídas ó problemas de diagnóstico específico, realizando asimismo, una labor docente e investigadora en el ámbito de su competencia.

El Plan de Salud Mental 2003-2008 ya recomendaba la necesidad de disponer de al menos un Hospital de Día de Salud Mental para adultos integrado en la red de atención a la salud mental en cada una de las áreas sanitarias independientemente de su adscripción administrativa. En el presente Plan Estratégico esta necesidad mantiene su plena vigencia.

Por motivos de gestión, tamaño o multiplicidad de recursos, es posible que en alguna de las Unidades Asistenciales exista más de un Hospital de Día para adultos. Estos pueden ser específicos para uno o más grupos de patologías como psicosis, trastornos

de la personalidad o trastornos de la alimentación. Por otro lado, en los Hospitales de Día se pueden desarrollar uno o más programas de tratamiento específicos como el de primeros episodios de psicosis.

Actualmente existen los siguientes dispositivos de hospitalización parcial:

- **Hospitales de Día para adultos:** hay 13 Hospitales de Día para adultos, de los cuales 6 se encuentran vinculados a Hospitales Generales.
- **Hospitales de Día monográficos para adultos:** hay 2 en funcionamiento, uno para Trastornos de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria (Hospital Clínico de San Carlos) y otro para Trastornos de la Conducta Alimentaria (Hospital Universitario Santa Cristina).
- **Hospitales de Día para niños y adolescentes:** hay 6 Hospitales de Día para niños y adolescentes.

OBJETIVO 1

Estudio del fomento de plazas de Hospital de Día

Se estudiará la necesidad de fomentar plazas de Hospital de Día para adultos de modo que todas las Unidades Asistenciales dispongan de este recurso.

También se estudiará la conveniencia de concentrar los Hospitales de Día para niños y adolescentes en Centros de referencia de toda la Comunidad de Madrid.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Fomentar plazas de Hospital de Día para adultos.*
2. *Estudiar la conveniencia de concentrar los Hospitales de Día para niños y adolescentes en Centros de referencia para toda la Comunidad de Madrid.*

OBJETIVO 2

Mejora de los procedimientos organizativos y de gestión

Para prestar una asistencia de calidad en el Hospital de Día se considera necesario implanta, desarrollar y /o perfeccionar los procedimientos normalizados de gestión.

ACCIÓN A REALIZAR:

Perfeccionar los procedimientos normalizados de gestión, sobre todo en las áreas de coordinación de recursos, organización, definición de funciones y objetivos de los hospitales de día, así como los criterios básicos de evaluación.

Se adjunta como ANEXO 2 el documento técnico **HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS**.

2.3. COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Los datos epidemiológicos demuestran que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es Atención Primaria, y que el 80% de los pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención primaria. Este hecho se constata si se considera la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en este nivel asistencial, que oscilan entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, y que sólo alrededor del 10% son derivados. Estudios recientes señalan que, en la atención diaria, los médicos de familia atienden entre un 15 a un 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica.

La coordinación entre niveles asistenciales y la integración clínica es una condición indispensable para que la atención a la salud se organice de forma efectiva como un proceso integral con garantías de continuidad de la atención prestada a cada individuo. Para desarrollar una atención global en salud mental, con un mejor abordaje del paciente, permitiendo un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible, un aumento de su calidad de vida y adaptación a su entorno, se requiere una actuación complementaria y coordinada entre los Servicios de Salud Mental, Atención Primaria y los servicios sociales y recursos comunitarios, aplicando modelos de atención compartida y desarrollando estrategias de enlace entre los profesionales de los distintos niveles.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece dentro de las prestaciones de atención primaria **la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada** e incluye la atención a la salud mental dentro de las prestaciones de atención especializada.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización incluye en la cartera de servicios de atención primaria un apartado específico y describe en él las siguientes prestaciones relativas a la atención a la salud mental *en coordinación con los servicios de atención especializada*:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

El papel de atención primaria en la detección de patologías mentales también es desempeñado en muchas ocasiones por los Servicios de Pediatría.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud señala que *la atención primaria de salud ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a los y las pacientes con trastornos mentales, mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse en el primer nivel asistencial, mediante la detección y la derivación precoz de las personas que precisen una atención especializada en los equipos de salud mental y mediante la continuidad en los cuidados de todas las personas afectadas y de sus familias*. También resalta que no existe una generalización de

modelos de coordinación entre atención primaria y salud mental, ni un procedimiento reglado para establecer cuál es el grado de responsabilidad, y según qué criterios, de cada uno de los profesionales que pueden actuar sobre un mismo caso.

Dicho documento establece como objetivos específicos el desarrollo de procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales, así como proporcionar a los y las pacientes con trastorno mental grave un adecuado cuidado de su salud general.

Un aspecto esencial es la formación de los profesionales de Atención Primaria para contribuir a la adherencia al tratamiento y a la continuidad de cuidados de los pacientes con Trastorno Mental Grave, así como al control de su salud general, a la monitorización de los efectos secundarios de los psicofármacos, a la identificación precoz de síntomas de descompensación para proceder a una derivación urgente o preferente al Servicio de Salud Mental, a la vigilancia de posible comorbilidad con abuso de sustancias y a la detección de consecuencias de la enfermedad mental en otros miembros del entorno familiar.

El grado de estructuración de implantación de la coordinación en enfermería es muy variado, siendo en unos casos organizada y continua, en otros casos se trata de coordinaciones puntuales para situaciones que lo requieran, y en otros muchos casos es inexistente.

En aquellos distritos con gran dispersión geográfica es importante la coordinación con enfermería de Atención Primaria para hacer un seguimiento del tratamiento inyectable en el caso que la administración se realice en su Centro de Salud, seguimiento de la patología física que pudiera presentar, desarrollo integral de los Planes de Cuidados de salud mental y físicos. El acceso al Servicio de Salud Mental en estos casos, sobre todo zonas rurales, está distante y la Atención Primaria cobra una especial relevancia.

Uno de los problemas detectados por los Servicios de Salud Mental de Distrito en la Comunidad de Madrid es el incremento de las derivaciones desde Atención Primaria para atención psicoterapéutica de las denominadas «patologías menores» y también

la medicalización de los problemas de la vida cotidiana, que desbordan los recursos especializados, situación esta que no debiera comprometer la prioritaria atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave. Sin olvidar tampoco, desde la perspectiva preventiva, el impacto que tiene dicha «patología menor» en el desarrollo de personalidades en crecimiento o vulnerables por diversos motivos.

Por tanto, es muy necesario establecer un modelo de coordinación entre ambos niveles, homogéneo para toda la Comunidad de Madrid, clarificando los criterios de derivación desde Atención Primaria y potenciando la coordinación y el establecimiento de perfiles de intervención diferenciada.

OBJETIVO GENERAL

Implantación de un modelo de coordinación entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Hay consenso en la necesidad de potenciar y mejorar la coordinación entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental. Sus principales objetivos son:

1. Establecer el consultor de Salud Mental en los Centros de Atención Primaria para favorecer la coordinación entre ambos niveles asistenciales
2. Facilitar el desarrollo de la gestión por procesos integrados entre Salud Mental y Atención Primaria
3. Facilitar las vías de transmisión de la información clínica entre ambos niveles asistenciales
4. Establecer criterios de derivación por prioridades y patologías

ACCIÓN A REALIZAR:

Implantar un modelo único de coordinación entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental en la Comunidad de Madrid

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Establecimiento del consultor de Salud Mental en Atención Primaria

Implica establecer mecanismos de coordinación asistencial basados en la adaptación mutua.

Entre los problemas detectados por los Servicios de Salud Mental de distrito se encuentra el incremento de las derivaciones desde Atención Primaria para la atención psicoterapéutica de las denominadas «patologías» menores y la medicalización de los problemas de la vida cotidiana, que pueden desbordar los recursos especializados. Las actividades de prevención y promoción de la salud mental pueden reducir las derivaciones a Salud Mental de estos casos, lo que redundaría en una mejora en la atención de los Trastornos Mentales Graves y persistentes y en una reducción del gasto farmacéutico.

Acerca de los modelos asistenciales y de la relación entre Atención Primaria y Salud Mental algunos expertos (HERNÁNDEZ MONSALVE M., FERNÁNDEZ LIRIA A. Y CARMONA CALVO J.) han propuesto en la Comunidad de Madrid que se formulen modelos de cooperación, más allá de la derivación, y se designe un profesional «referente» del equipo de salud mental para cada equipo de atención primaria, y que se desarrollen actividades como:

- Consultoría: la interconsulta y la entrevista clínica compartida por profesionales de ambos equipos pasaría a formar parte de las rutinas de la cooperación entre los dos equipos. Las reuniones de consultoría, sobre casos clínicos concretos, estarían también abiertas a la participación de enfermería y trabajadores sociales.
- Construcción y aplicación de protocolos de uso común (transversales) para los problemas en los que la intersección Atención Primaria-Servicios de Salud Mental es más frecuente, tales como episodios depresivos, intervención en crisis, duelos, conflicto-estrés laboral.
- Desarrollo del «programa de atención psicosocial», que incluiría actividades como los grupos de encuentro de mujeres o el programa de orientación familiar
- Coordinación con «enfermería de enlace» para atención a pacientes con Trastorno Mental Grave y Persistente de mayor riesgo.
- Programa de atención a cuidadores.
- Programa de psicoeducación a pacientes con patología crónica.

ACCIÓN A REALIZAR:

Establecer la intervención de forma estable de un consultor perteneciente al Servicio de Salud Mental en los Centros de Atención Primaria para potenciar la colaboración entre ambos niveles, con los objetivos de:

- *Asesoramiento en casos clínicos.*
- *Desarrollo de actividades de formación continuada.*
- *Implementación de actividades de prevención y promoción de la salud mental destinadas a las llamadas «patologías menores» para contribuir a reducir la medicalización de los problemas de la vida cotidiana y a disminuir las situaciones de incapacidad laboral, así como su duración, favoreciendo la reincorporación laboral.*

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Desarrollo de la gestión por procesos integrados entre Salud Mental y Atención Primaria.

Un objetivo de la gestión por procesos asistenciales en Salud Mental es disminuir la variabilidad de la práctica clínica y formalizar la coordinación con Atención Primaria.

En el contrato programa o cartera de servicios de Atención Primaria se deberían incluir también enfermedades mentales relevantes (Depresión, ansiedad), ya que ello contribuiría a mejorar la gestión de la salud mental en Atención Primaria.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Constituir grupos de trabajo integrados por profesionales de ambos niveles, Salud Mental y Atención Primaria, con representación de las diferentes especialidades, para desarrollar el diseño y control del proceso asistencial integrado entre Salud Mental y Atención Primaria.*
2. *Incluir enfermedades mentales relevantes (Depresión, ansiedad) en la cartera de servicios de Atención Primaria.*

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Facilitación de la transmisión de la información clínica entre ambos niveles asistenciales

La historia clínica compartida facilitará la transmisión de la información entre ambos niveles. Hasta su implantación, se considera esencial el establecimiento de procedimientos normalizados de transmisión de la información clínica entre ambos niveles asistenciales.

Dadas las características de la mayoría de las patologías de Salud Mental asistidas en Atención Primaria, hay múltiples dudas precisas solucionables con una simple llamada de teléfono, lo cual evitaría una cita preferente en Salud Mental o incluso una atención en Urgencias.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Implantar el uso sistemático de las actuales tecnologías de la comunicación para intercambiar información entre los profesionales.*
2. *Establecer un documento de derivación bidireccional normalizado con los siguientes contenidos básicos:*

- a) Documento de derivación del Médico de Atención Primaria a Salud Mental
 - Motivo de la derivación, ajustado a los criterios expresados, intentando evitar la derivación a petición propia.
 - Patología médica relevante.
 - Antecedentes de tratamientos previos y resultados obtenidos.
 - Situación laboral e información familiar y social relevante.
 - Datos de contacto del médico de Atención Primaria (Nombre, teléfono, fax, correo electrónico).

b) Informe de evaluación de Salud Mental para Atención Primaria

- Impresión diagnóstica.
- Orientación terapéutica y necesidad de revisión periódica en el Centro de Salud Mental o alta médica.
- Recomendaciones sobre situación laboral (si procede) y sugerencias para el seguimiento conjunto.
- Datos de contacto del profesional de Salud Mental que lo ha atendido (Nombre, teléfono, fax, correo electrónico).

Se aconseja que este informe sea emitido de forma periódica en pacientes en tratamiento a largo plazo y siempre que aparezcan circunstancias especiales que lo requieran y al alta del paciente.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Adecuación de la derivación de pacientes desde Atención Primaria a Salud Mental a criterios normalizados

Para que la derivación de pacientes desde Atención Primaria a Salud Mental sea adecuada, es necesario que se ajuste a criterios normalizados establecidos según prioridades y patologías. En el ANEXO 3 se proponen CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL POR PRIORIDAD Y POR PATOLOGÍA.

ACCIÓN A REALIZAR:

Constituir un Comité de Expertos multidisciplinar integrado por profesionales de ambos niveles, Salud Mental y Atención Primaria, para actualizar y/o revisar los criterios normalizados de derivación de pacientes de Atención Primaria a Salud Mental por prioridades y patologías, contribuyendo con esta actuación a la coordinación entre ambos niveles asistenciales.

2.4. TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE: PROGRAMAS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

87

El Trastorno Mental Grave puede afectar a las personas de forma persistente, alterando o limitando el desarrollo de sus capacidades de funcionamiento social. Se define de acuerdo a ejes diagnósticos, de discapacidad y de duración de la enfermedad.

Datos registrados en la Región Europea sitúan, para la mayoría de los países la prevalencia estimada de Trastorno Mental Grave entre el 0,6 % y el 1 % de la población que, sin embargo, absorbe el 50% de los recursos asistenciales de salud mental.

Un aspecto a destacar, si se considera la importancia sanitaria y social de los trastornos mentales graves, es que la tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es nueve veces mayor que la de la población general.

Los Trastornos Mentales Graves y persistentes generan una importante carga que recae generalmente sobre la familia y específicamente sobre la madre o hermana del paciente. Los cuidadores y cuidadoras informales son un pilar fundamental para el sostenimiento del sistema sanitario. Por ello, trabajar estrechamente con la familia en la continuidad de cuidados es un aspecto clave.

Un Programa de Continuidad de Cuidados dirigido al Trastorno Mental Grave y persistente se organiza como un proceso asistencial longitudinal para pacientes que presentan deterioro, déficits o minusvalías en relación con su enfermedad mental y que requieren, o se prevé que van a requerir, una atención multidisciplinar continuada y/o, el uso simultáneo o sucesivo de varios dispositivos de la red, tanto sanitarios como sociales.

La misión de este Programa es prestar a la persona enferma el conjunto de ayudas necesarias, para que tenga la oportunidad de lograr la recuperación de su enfermedad a través de un proceso de tratamiento mantenido y de rehabilitación psicosocial, con los objetivos de superar ó reducir sus síntomas y discapacidades y de alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social.

Los modelos de provisión de servicios asistenciales que han demostrado mayor eficacia en la literatura científica son básicamente el **tratamiento asertivo comunitario** y los **sistemas de gestión de casos** («Case management» clínico). Ambos facilitan el proceso de continuidad de cuidados, mejorando la adherencia al tratamiento y el uso de otros recursos, mejoran la satisfacción de pacientes y familiares, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida y reducen las hospitalizaciones y el tiempo de permanencia total en el hospital.

Son significativamente útiles en el caso de pacientes graves, con alta tasa de ingresos, abandonos de tratamiento y descompensaciones severas con alteraciones conductuales importantes. El tratamiento asertivo comunitario es el procedimiento de elección en los casos con mayores dificultades de vinculación y menor adherencia al tratamiento.

En consonancia con el principio de flexibilidad y adaptación de los Servicios a las necesidades de los pacientes se considera adecuada la toma a cargo de los pacientes desde un modelo mixto, cuyas prestaciones puedan oscilar, en función de necesidades, entre el modelo de gestión clínica de casos y el modelo de tratamiento asertivo comunitario.

En el Programa de Continuidad de Cuidados se realizan cuatro tipos de actuaciones:

1. Actividades centradas en el paciente:

- Evaluación y diseño del Plan Individualizado de Intervención.
- Acompañamiento, asesoramiento y apoyo.
- Evitar los abandonos y facilitar la adherencia al tratamiento.
- Psicoeducación.
- Grupos de apoyo.
- Visitas a domicilio.

2. Actividades centradas en el entorno:

- Asesoramiento, apoyo y psicoeducación a la familia.
- Asesoramiento y apoyo a otras personas relacionadas con el paciente.
- Mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados.

- Asesoría y defensa del paciente.
 - Promoción del asociacionismo.
 - Contacto con el sistema judicial y seguimiento de incapacidades y tutelas.
3. Actividades centradas simultáneamente en el caso y en el entorno:
- Intervención en crisis.
 - Evaluación y control de resultados.
4. Actividades de coordinación y seguimiento con dispositivos sanitarios y sociales.
- Con Atención Primaria.
 - Con Unidades de Hospitalización Breve.
 - Con recursos específicos de Rehabilitación.
 - Con recursos socio-comunitarios.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006) propone un *Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Graves*, reflejado por escrito en el historial clínico del paciente, continuamente actualizable, que recoge los siguientes cuatro aspectos:

1. La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
2. La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
3. El acuerdo entre el equipo de salud mental, los otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
4. El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.
5. Se considera oportuno que en cada Servicio de Salud Mental de Distrito un facultativo sea responsable del Programa de Continuidad de Cuidados, con funciones de organización, planificación, coordinación interinstitucional y evaluación del programa.

Cada paciente incluido en el Programa es tomado a cargo por un profesional del equipo, el **Coordinador de Cuidados**, figura central del programa, que supervisa el cumplimiento de los objetivos fijados en su plan de intervención individualizado. El Coordinador mantiene **permanente contacto con el paciente y con su familia** durante todo el proceso de su tratamiento -realizando intervenciones domiciliarias cuando sea necesario-. A través del mismo se establece una relación de «alianza terapéutica» de apoyo y asesoramiento y se realiza la coordinación con cada dispositivo específico donde esté el paciente.

El Coordinador de Cuidados:

- Centraliza toda la información sobre el caso.
- Actúa como provisor directo de cuidados.
- Mantiene la continuidad de la atención en el proceso de intervención.
- Coordina a los distintos profesionales de los recursos implicados en el plan de intervención individualizado.
- Facilita el acceso a los tratamientos de rehabilitación, de cuidados y de apoyo comunitario desde cualquiera de los dispositivos de la red especializada o socio comunitaria en general.
- Vela por la calidad de vida y los derechos de los pacientes y de sus familias.

Los Coordinadores de Cuidados pueden ser enfermeras especializadas en Salud Mental, trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales. Uno de los criterios para decidir el perfil profesional de la persona que asume esta función tiene que ver con las necesidades del paciente: si priman las de índole social, recaería sobre el trabajador social, si se refieren fundamentalmente a la adherencia al tratamiento y a los cuidados de salud, en la enfermera y cuando las dificultades son de índole instrumental en el manejo de su autonomía personal en el terapeuta ocupacional.

La Enfermería en Salud Mental tiene, entre otros, un papel fundamental para:

- Controlar la adherencia del paciente al tratamiento.
- Realizar psicoeducación dirigida al paciente y/o su familia.
- Detectar precozmente las posibles recaídas de la enfermedad e informar inmediatamente al médico psiquiatra responsable del paciente.

- Realizar el seguimiento de la evolución clínica del paciente conjuntamente con el médico psiquiatra.

Los trabajadores sociales desempeñan, entre otros, un papel clave para:

- Conectar y realizar la coordinación con los recursos sociales y comunitarios en los que se pretende integrar al paciente.
- Realizar el seguimiento de la integración del paciente en estos recursos.

Los terapeutas ocupacionales desarrollan, entre otras, su trabajo en las áreas de:

- Autocuidado.
- Adaptación al hogar.
- Actividades de la vida diaria.
- Ocio y tiempo libre.
- Rehabilitación laboral.

El Programa de Continuidad de Cuidados desarrollará su actividad en el marco de las Unidades Asistenciales como eje fundamental de derivación y seguimiento de casos en estrecha coordinación con los recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales existentes en cada zona de referencia de la Unidad Asistencial. Dicha coordinación debe mantenerse de manera fluida y con alta frecuencia. De este modo, la coordinación y complementariedad entre la red sanitaria de Servicios de Salud Mental y la Red de Atención Social se conforma como un elemento esencial para una adecuada atención sociosanitaria integral a las personas con trastorno mental grave. Y para ello es esencial el papel de los programas de continuidad de cuidados de cada Servicio de Salud Mental.

Desde la Red de Atención Social se han desarrollado Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) que desarrollan funciones de atención psicosocial domiciliaria y de apoyo a la vinculación a la red, y que trabajan de un modo coordinado, complementario e integrado con los Programas de Continuidad de Cuidados de cada distrito. Cada EASC cuenta con trabajador social, psicólogo y 2 educadores. Actualmente están en funcionamiento 38 EASC de 30 plazas cada uno con un total de 1.140 plazas, de modo que

hay un EASC en cada distrito y en los casos de los Distritos de Arganda y de Usera hay 2 EASC en cada uno de ellos.

Además de los programas de tratamiento asertivo comunitario que se proponen como herramienta fundamental para los Programas de Continuidad de Cuidados, existen también otras experiencias innovadoras en el tratamiento de los trastornos psicóticos, como los **Programas de intervención precoz en las psicosis** y los **Programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en periodo de riesgo**.

En las últimas décadas la investigación internacional ha demostrado que resulta beneficioso ofrecer a personas que sufren un primer episodio psicótico y en los primeros años de las experiencias psicóticas, una atención especializada con una continuidad de cuidados a largo plazo. Esta continuidad en el seguimiento es prioritaria dado el elevado riesgo de recaída y el desarrollo de discapacidades funcionales, así es posible reevaluar de forma continua el grado de apoyo requerido, pudiéndose conocer con certeza los recursos y necesidades tanto del paciente como de sus familiares.

El periodo de riesgo en el que hay que incidir para evitar la evolución prolongada de los trastornos psicóticos es de unos 5 años desde el comienzo de los mismos, periodo de alta vulnerabilidad tras la recuperación del primer episodio, donde un tratamiento óptimo y continuado puede proporcionar importantes ventajas en la recuperación del paciente psicótico.

En diversos países del mundo desarrollado —Países escandinavos, Reino Unido, Australia, Estados Unidos, Europa central— existen proyectos similares llevados a cabo en este campo, todos ellos basado en un abordaje integral del paciente (ALANEN.Y, GONZÁLEZ DE CHÁVEZ M., SILVER A. y MARTINDALE B. «Abordajes psicoterapéuticos de las psicosis esquizofrénicas», 2008). Lo esencial no es buscar un modelo único para pacientes en los primeros años de sus trastornos psicóticos, sino centrarse en proporcionar todo el apoyo que sea posible en función de los recursos asistenciales disponibles.

Los objetivos que persiguen los Programas de Intervención precoz en las psicosis son:

- Detectar a las personas que presenten características de alto riesgo de desarrollo de psicosis o estados mentales de alto riesgo.
- Facilitar el acceso inmediato a los servicios especializados a las personas detectadas.
- Dotar a los profesionales de los distintos niveles del sistema sanitario, servicios sociales, sistema educativo, así como a otros agentes socio-comunitarios de los conocimientos y habilidades suficientes para la detección de la psicosis en sus fases iniciales.
- Establecer estrategias de sensibilización de la población general encaminadas a la identificación y búsqueda de ayuda.

Los programas psicoterapéuticos integrados con psicoterapia de grupo para pacientes psicóticos en periodo de riesgo tienen los objetivos de:

- Ayudar a la persona que vive trastornos psicóticos a salir del aislamiento de su mundo subjetivo, a comunicarse y tener una visión global, biográfica y realista de sí misma.
- Ayudar a los pacientes a conocerse, desarrollar sus capacidades personales y también a cambiar para mejor afrontar sus problemas y trastornos y a asumir un papel activo en su recuperación y lograr y desarrollar un proyecto de vida.
- Ayudar a la persona con trastorno psicótico a aceptar más precozmente sus trastornos psicopatológicos y sus dificultades personales y biográficas y establecer más rápidamente relaciones terapéuticas, con confianza en un equipo de profesionales para desvelar sus experiencias y para afrontarlas y superarlas
- Ayudar al paciente a validar de forma consensuada la realidad objetiva y las experiencias subjetivas en la terapia de grupo y cuestionarse a sí mismo el carácter subjetivo de sus experiencias para que pueda «desingularizarse», dejar de sentirse único, conocer y comunicarse con otras personas que han vivido o viven trastornos similares, en un ambiente igualitario y seguro, sin recelos, ni temores a descalificaciones, sino con atención, escucha y respeto y tenga además un grupo de referencia en los otros miembros de la psicoterapia de grupo, que le facilite una visión más objetiva de sí mismo y de sus progresos en el proceso de recuperación.

En la actualidad no se pone en duda la existencia de déficit neuropsicológicos específicos en las personas afectadas de patología mental grave. El rango de funciones cognitivas afectadas en estas personas varía en función de la patología y el tiempo de evolución. En la esquizofrenia estos trastornos cognitivos son considerados como una característica fundamental, de forma que es habitual que las personas afectadas tengan dificultades para seleccionar la información relevante del medio, atender a una sola cosa, recordar información, abstraer un criterio, obtener conclusiones o dar respuestas correctas cuando la situación es compleja o se encuentran bajo estrés emocional y no pueden manejar con eficacia estrategias de afrontamiento. El resultado de estos síntomas es que su capacidad funcional en todos los ámbitos (laboral, social y personal) se ve mermada.

La intervención, según los resultados de muchos clínicos e investigadores, debe ser integral, jerarquizando el entrenamiento desde los aspectos más inespecíficos y moleculares del procesamiento cognitivo hasta los aspectos más complejos y de relaciones sociales. Esta jerarquización permite en las primeras fases de la rehabilitación cognitiva, la implementación de sistemas multimedia de evaluación y rehabilitación neuropsicológica estructurada, que optimice el tratamiento y los recursos empleados para llevar a cabo esta primera parte del tratamiento.

OBJETIVO 1

Desarrollo del Programa de Continuidad de Cuidados

Son indudables los beneficios generados por el desarrollo de este tipo de programas terapéuticos dirigidos a proporcionar atención integral ambulatoria de los pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente, entre otros, la reducción del deterioro psicosocial causado por la enfermedad, el rechazo al estigma, la satisfacción de los familiares y la prevención del suicidio.

En la actualidad se encuentran implantados con diverso grado de desarrollo en los Servicios de Salud Mental de Distrito de la Comunidad de Madrid.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Implantar un Programa de Continuidad de Cuidados homogéneo en todos los Servicios de Salud Mental de Distrito de la Comunidad de Madrid, cuya elaboración sea supervisada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.*
2. *Estudiar las necesidades de enfermeras (preferentemente especialistas en Salud Mental) y de trabajadores sociales para el adecuado desarrollo de los Programas de Continuidad de Cuidado, en función de la demanda y del desempeño de tareas.*
3. *Desarrollar e implantar una aplicación informática específica para el Programa de Continuidad de Cuidados con el fin de facilitar su desarrollo.*
4. *Realizar en cada Centro de Salud Mental un censo permanentemente actualizado de personas con Trastorno Mental Grave y Persistente como instrumento epidemiológico y para mejorar la planificación de recursos.*

OBJETIVO 2

Consolidación y desarrollo de programas para el tratamiento de los trastornos psicóticos

Además de los programas de tratamiento asertivo comunitario que se proponen como herramienta fundamental para los Programas de Continuidad de Cuidados, tanto los programas de intervención precoz en las psicosis como los Programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en periodo de riesgo constituyen iniciativas innovadoras para el tratamiento de los trastornos psicóticos.

ACCIÓN A REALIZAR:

Consolidar y desarrollar Programas de intervención precoz en las psicosis y Programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en periodo de riesgo.

OBJETIVO 3

Fomento de programas de rehabilitación neuropsicológica del Trastorno Mental Grave y Persistente

Los programas de rehabilitación neuropsicológica de los Trastornos Mentales Graves y Persistentes permiten detectar e intervenir en las funciones cognitivas afectadas como consecuencia de la enfermedad mental. Asimismo, estos programas potencian el avance en la investigación y la formación en el ámbito de las neurociencias.

ACCIONES A REALIZAR:

- 1. Fomentar el desarrollo de los programas de rehabilitación neuropsicológica de los Trastornos Mentales Graves y Persistentes*
- 2. Potenciar la investigación y la formación en el ámbito de las neurociencias.*

2.5. EXCLUSIÓN SOCIAL: PROGRAMA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR Y APOYO A LA INSERCIÓN SOCIAL DE ENFERMOS MENTALES PROCEDENTES DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Programa de atención psiquiátrica a enfermos mentales sin hogar

El Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar no trata de prestar únicamente atención psiquiátrica en la calle y en los albergues, sino de atender e integrar a estas personas en la red de recursos sanitarios y sociales normalizados como ciudadanos de pleno derecho, garantizando así el seguimiento y la continuidad de cuidados de esta población mediante la adecuada coordinación intra e interinstitucional.

El marco de partida para la implantación de los programas de atención dirigidos a enfermos mentales sin hogar está constituido en la Comunidad de Madrid por los tres siguientes planes: Plan contra la Exclusión Social 2002-2006, Plan de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera 2003-2007 y Plan de Salud Mental 2003-2008.

El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Grave y Duradera 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en el apartado de atención a personas enfermas mentales graves en situación de marginación sin hogar, adquirió los siguientes compromisos:

- Reformulación del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Sin Hogar (PRISEMI), equipo que desarrolla programas de rehabilitación con enfermos mentales residentes en el CASI (Centro de Acogida San Isidro).
- Desarrollo de un Centro de Atención de baja exigencia para enfermos mentales sin hogar.

Entre las medidas y objetivos propuestos por el Plan contra la Exclusión Social de la Comunidad de Madrid 2002-2006 se encontraban las referentes a los enfermos mentales sin hogar que incluían:

- Flexibilización y adaptación de las estructuras dedicadas a la asistencia de pacientes con problemas de salud mental, haciendo efectivos sus derechos.
- Discriminación positiva en todos los recursos sanitarios y de servicios sociales.
- Creación de *Equipos Multidisciplinares Específicos para enfermos mentales sin hogar*, insertados en la Red de Salud Mental de las áreas implicadas pero con movilidad y trabajo en la calle.

El Plan de Salud Mental 2003-2008 abordaba la exclusión social y realizaba las siguientes recomendaciones:

- Personas sin hogar: creación de recursos sociales y sanitarios específicos, refuerzo de los ya existentes; desarrollo de programas y estrategias organizativas y de intervención adaptadas que posibiliten la adherencia y mantenimiento en los recursos socio-sanitarios.
- Colectivos vulnerables: intervenciones precoces dirigidas a grupos de riesgo; priorizar la atención a aquellos colectivos que están en las fronteras de la exclusión.
- En 2003 se creó el Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar en Madrid. La característica central de este programa es la intervención en el ámbito comunitario (calle, recursos sociales, etc.) mediante un equipo móvil y multidisciplinar. Este equipo es capaz de evaluar las necesidades y realizar intervención en crisis y prestar apoyo y soporte de las actividades de la vida diaria. Se realiza el seguimiento y establecimiento de planes individualizados de

tratamiento y cuidados, todo ello mediante un trabajo en red y con coordinación con todos los equipos y recursos sociales y sanitarios que trabajan con esta población, complementando así su actuación.

Actualmente está en funcionamiento un único equipo de intervención de calle, compuesto por profesionales dependientes de la Consejería de Sanidad y de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Su objetivo último es integrar en la red normalizada a los enfermos mentales sin hogar. Para ello se mantiene la intervención de forma longitudinal hasta que el paciente pueda ser desvinculado del equipo. En el año 2005 se constituyó la Comisión de Integración de Enfermos mentales sin hogar en la Red de Servicios de Salud Mental en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental para reforzar y coordinar este proceso de entrada en los recursos de la red normalizada.

La población diana del Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar está constituida por personas sin hogar mayores de 18 años, que padecen una Enfermedad Mental Grave y Persistente, que viven en el municipio de Madrid y que no están siendo atendidos o carecen de vínculos con la red de atención normalizada. Se aceptan en el programa pacientes consumidores de alcohol y otros tóxicos siempre que padezcan otro trastorno mental grave asociado. Se excluyen los pacientes con toxicomanías aunque se han hecho excepciones en casos de pacientes alcohólicos con consumos graves y persistentes e importante riesgo vital, estableciéndose con ellos estrategias de reducción de daño.

Se considera **persona sin hogar crónica** a aquella que ha permanecido al menos un año en situación sin hogar o ha tenido un mínimo de 4 episodios de estancia en la calle en los 3 últimos años (Criterios de la American Psychiatric Association, 2004).

En la definición operativa de **Trastorno Mental Grave** se consideran tres ejes:

1. Diagnóstico (se incluyen psicosis funcionales, no orgánicas, cuyo paradigma es el grupo de las esquizofrenias, trastorno bipolar, trastorno depresivo grave, trastorno delirante y algunos trastornos graves de personalidad).

2. Presencia de discapacidad.
3. Duración (dos años).

Los **objetivos del Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar** son:

1. Mejorar la atención en Salud Mental de la población sin hogar.
2. Realizar evaluación y diagnóstico.
3. Realizar tratamiento y seguimiento psiquiátrico de los enfermos que no están siendo atendidos en otros recursos de la Red.
4. Favorecer la integración y el enganche de los enfermos mentales en los recursos normalizados.
5. Realizar coordinación de los recursos sanitarios y sociales precisos para la intervención sobre el paciente.
6. Apoyar la formación continuada de los profesionales que intervienen en el programa.

El Programa tiene la siguiente estructura:

a) Equipo de profesionales

El equipo de profesionales se ha ido modificando desde su creación en Junio de 2003. Inicialmente estaba constituido por una médica psiquiatra y dos enfermeras. Habiéndose objetivado que la población susceptible de atención era mayor que la inicialmente estimada y con unas necesidades más complejas, el equipo se reestructuró e incrementó para poder prestar una atención adecuada a su población diana.

En la actualidad, el equipo está constituido por 15 profesionales que integran un equipo único vinculado administrativamente a dos Hospitales distintos (Distrito Centro y Hospital Clínico de San Carlos y Distrito Tetuán y Hospital Universitario de La Paz).

La Consejería de Familia y Asuntos Sociales viene colaborando de un modo amplio y significativo a través de la ampliación del Proyecto PRISEMI que permitió reforzar y complementar desde la Red de Atención Social al equipo sanitario de atención psi-

quiátrica con 7 profesionales del Proyecto PRISEMI (1 psicólogo, 1 Trabajador Social y 5 Educadores) del total de 15 profesionales que lo componen.

Equipo del Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar Composición y dependencia administrativa de sus integrantes

Profesionales	Servicio Madrileño de Salud	Consejería de Familia y Asuntos Sociales
Médicos psiquiatras	2	
Psicólogos		1
Enfermeras	4	
Trabajadores Sociales	2	1
Educadores		5
TOTAL	8	7

El equipo está dividido en 2 subequipos:

- Enganche.
- Rehabilitación.

Ambos trabajan como un equipo único con subdivisión de tareas y funciones.

El **subequipo de enganche** realiza las tareas relacionadas con el primer contacto y acercamiento en calle, enganche, mejora en el autocuidado (salud, higiene, etc.), cobertura de necesidades básicas en coordinación con los equipos de calle del Ayuntamiento de Madrid (SAMUR SOCIAL), entidades (Realidades, CEDIA, Comedor San Vicente de Paúl, RAIS...), Centros de Acogida y de baja exigencia (CASI, Puerta Abierta, centros abiertos...) y otros muchos recursos de la red social que atienden personas sin hogar (PSH) de forma más puntual. Se desarrolla trabajo en conciencia de enfermedad, administración y supervisión de tratamiento farmacológico, intervención en crisis y mediación con el entorno.

Asimismo, se realizan entrenamientos en determinadas habilidades (uso de transporte, autocuidados, etc.) y acompañamiento social y sanitario. Está formado por 4 enferme-

ras, 2 trabajadores sociales y 2 educadores y cuenta con el apoyo de ambos médicos psiquiatras, tanto en trabajo de calle, como en instituciones.

El **subequipo de rehabilitación** trabaja con pacientes que ya han iniciado tratamiento farmacológico y/o han accedido a un contacto mínimo con recursos sociales para iniciar itinerarios de rehabilitación que favorezcan su proceso de integración con el máximo de autonomía. La intervención se realiza en el recurso al que acuden de forma habitual o en donde se alojen.

También se ocupa de la evaluación y desarrollo de programas individualizados de rehabilitación y de la provisión y supervisión de recursos de alojamiento (pensiones), entrenamientos (por ejemplo, en alimentación, higiene, y transporte).

Está formado por una psicóloga, una trabajadora social y dos educadoras sociales. Trabajan de forma coordinada con los médicos psiquiatras y con los otros miembros del equipo, pudiendo mantenerse durante tiempo su función de entrenamiento y soporte aunque estén integrados en los Servicios de Salud Mental normalizados de la Red y atendidos por otro personal sanitario, hasta que se considere que se pueden desvincular de forma completa.

b) Modelos de intervención

Los modelos teóricos de intervención del programa están inscritos dentro del marco conceptual de la psiquiatría social y comunitaria, concretamente los modelos de búsqueda activa asertiva, modelo de rehabilitación, recuperación, continuidad de cuidados y trabajo en red. Toda la intervención tiene un carácter procesual, no necesariamente lineal. Estos mismos modelos o similares son compartidos por otros programas que en estos momentos existen en otros países del entorno europeo (Programa START en Londres; proyecto UDENFOR en Copenhague, etc.).

c) Recursos de apoyo

Este programa cuenta como recursos de apoyo por un lado con los recursos específicos de apoyo a dicho programa y a la reinserción social de estas personas sin

hogar con trastornos mentales graves, que puso en marcha la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en diciembre de 2006 y que son un Centro de Día de 30 plazas y una Residencia de 11 plazas (Residencia y Centro de Día Santa Hortensia) que sirven de un modo específico de apoyo al programa de atención psiquiátrica de calle a enfermos mentales sin hogar

Además, por otro lado, como recursos generales de apoyo se cuenta con el conjunto de centros y recursos de la Red de Atención Social en cuanto los usuarios de dicho programa sean vinculados con algunos de los Servicios de Salud Mental de la red sanitaria normalizada.

El resto de la atención en alojamientos, otras actividades de centro de día, actividades de ocio, alimentación, provisión de ropa se realiza a través de recursos de atención a personas sin hogar dependientes de la red de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

d) Infraestructura y recursos materiales

El equipo de profesionales desarrolla su actividad en un espacio físico limitado. Es preciso estudiar la mejora del equipamiento y soporte informático, teniendo en cuenta que el programa gestiona una carga importante de información clínica y social y que realiza diversas actividades de coordinación y trámites sociales. Se aconseja el diseño de una base de datos y la informatización de las historias clínicas. También es a valorar la posible dotación del equipo con un vehículo.

Se detectan los siguientes objetivos de mejora:

OBJETIVO 1

Adscripción del Programa al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos

El Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar, dados sus objetivos y actividades, tiene suficiente entidad para ser considerado una Unidad Funcional integrada en la Red de atención a la Salud Mental. En la organización sanitaria

de la Sanidad Pública Madrileña su adscripción adecuada es a la Unidad Asistencial en la que se encuentra el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico de San Carlos.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Reconocer el Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar como una Unidad Funcional de referencia para el Municipio de Madrid.*
2. *Adscribir el Programa al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico de San Carlos*

OBJETIVO 2

Mejora de infraestructura

Se considera necesaria la mejoras de infraestructuras y recursos materiales (espacio físico, equipamiento informático y medio de transporte propio).

ACCIÓN A REALIZAR:

Acometer la mejora de la infraestructura y recursos materiales del Programa

OBJETIVO 3

Facilitación de la hospitalización de enfermos mentales sin hogar

Uno de los problemas más importantes relacionados con el tratamiento de los pacientes mentales sin hogar tiene que ver con las dificultades y peculiaridades de las hospitalizaciones de estos pacientes. Se trata de pacientes graves, sin red de apoyo, que requieren como mínimo estancias superiores en un 30 % a la media y para los que la planificación del alta puede llegar a ser crucial en su recuperación.

Un alta precipitada o sin un recurso adecuado de alojamiento, sin contacto con algún recurso de la red de personas sin hogar o sin un mínimo enganche con el equipo, puede suponer una pérdida en la continuidad de los cuidados. Además, con frecuencia coexiste importante patología física.

ACCIÓN A REALIZAR:

Definir actuaciones protocolizadas con los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales para facilitar las hospitalizaciones y los planes de alta de los enfermos mentales sin hogar

OBJETIVO 4

Mantenimiento y fomento de la coordinación interinstitucional

Se considera que mantener y mejorar el sistema de coordinación interinstitucional es imprescindible para el adecuado funcionamiento del programa.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Actualizar el convenio de colaboración con el Ayuntamiento de Madrid y los acuerdos con la Red de Atención Social para personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.*
2. *Potenciar la Comisión de Integración de Enfermos mentales sin Hogar en la red de Servicios de Salud Mental vinculada a la Oficina Regional de Coordinación a la Salud Mental como herramienta clave para la integración de los pacientes en la red de salud mental de la Comunidad de Madrid.*
3. *Establecer una coordinación estable con la Agencia Antidroga y el Instituto de Adicciones de Madrid Salud.*

Apoyo a la inserción social de enfermos mentales procedentes de instituciones penitenciarias

Actualmente, en los centros penitenciarios españoles hay más de 19.000 personas que sufren un trastorno mental, lo que representaría una proporción de uno de cada cuatro reclusos. El 17,6% de los internos en prisiones tenía algún antecedente psiquiátrico en el momento de su ingreso en prisión. La necesidad del tratamiento de personas con Enfermedad Mental internas en prisiones, tanto en la propia Institución Penitenciaria como tras el cumplimiento de la pena privativa de libertad, está destinado a prevenir su exclusión social, evitando que muchos pasen a ser enfermos mentales sin techo,

sobre todo teniendo en cuenta las dificultades de reincorporación al núcleo familiar de personas que hubieran cometido un delito en el seno de la familia. Para conseguirlo se requiere un tratamiento integral sanitario y social proporcionado de forma multidisciplinar. En cualquier caso, es imprescindible el apoyo a las familias en estos casos.

Es de suma importancia el diseño de planes individualizados de tratamiento y rehabilitación para personas con trastorno mental grave que han cometido un acto delictivo para ser sometidos a la consideración de los Tribunales de Justicia. En muchos casos, dichos planes podrán hacer posible la aplicación de la medida de seguridad de tratamiento ambulatorio alternativa a la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico.

OBJETIVO

Tratamiento y apoyo a la inserción social de enfermos mentales de Instituciones Penitenciarias

Se considera necesario establecer la colaboración de la Comunidad de Madrid con el Ministerio del Interior. A tal efecto se ha suscrito en 2009 un Convenio específico de colaboración entre la Comunidad de Madrid y el Ministerio del Interior, en materia de asistencia sanitaria especializada en el ámbito penitenciario.

Además, resulta muy útil disponer de un recurso de transición para enfermos mentales que hayan cumplido una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico entre el centro penitenciario y el regreso a la comunidad. Su objetivo es apoyar la reincorporación social y la continuidad de cuidados en los recursos de la Red de atención sanitaria a la Salud Mental y de Atención Social para personas con Trastorno Mental Grave y Duradero de los enfermos que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad privativa de libertad en un hospital psiquiátrico penitenciario.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Colaborar con Instituciones Penitenciarias en la implementación de un programa de apoyo a la inserción social de enfermos mentales que han finalizado su condena para asegurar la continuidad de cuidados en su Servicio de Salud Mental*

de referencia. Ello se realizará en el centro penitenciario «Victoria Kent» de Madrid.

2. *Fomentar la coordinación entre los servicios médicos (Programa de Atención Clínica) y sociales (Programa de Reincorporación Social) de los centros penitenciarios con los servicios de salud mental y recursos de atención social para promover la integración del paciente en los servicios comunitarios antes de la finalización de la pena privativa de libertad.*

BIBLIOGRAFÍA

1. «Propuesta de actuación coordinada en la atención a personas sin hogar con trastornos mentales». Grupo SMES. Madrid 1999
2. Timms P., Balazs J.»ABC of mental health: Mental Health on the margins». British Medical Journal, international ed. (1997)Vol 315, N.º 7107,pp536-40
3. Craig T., Timms P. «Facing up to social exclusión: Services for homeless mentally ill people». International Review of Psychiatry(2000)Vol12, N.º 3, pp 206-212.
4. «Hospitalizing the homeless». Canadian Medical Asociation Journal (2001) 20, 164(6). Editorial.
5. Gillig P.M.; Mc Quiston, Ed..»Clinical Guide to the treatment of the Mentally Ill Homeless Person» American Psychiatric Publishing Inc. 2006.
6. Susser E., Goldfinger S.M., White A. «Some clinical approaches to the homeless mentally ill» Community Mental Health Journal (1990) Vol26, N.º5. pp 363-480.
7. Breakey W.R, Susser E., Timms P. «Mental health Services for homeless people» en measuring mental health needs. 2ª Ed.Editor Thornicroft G. Ed Gaskell. Glasgow 2001. pp 304-341.
8. Levy J. «Homeless outreach: A developmental model.» Psychiatric Rehabilitation Journal(1998)Vol 22,N.º2, pp 123-132
9. González Rodríguez A. «Programas de seguimiento y continuidad de cuidados en la comunidad». Monografías de psiquiatría (2001) vol XIII, N.º 2. pp4-16.
10. Dixon L. «Assertive Community Treatment: Twenty- Five Years Of Gold». Psychiatric Services (2000) Vol 51N.º 6, pp 759-765.
11. González Guitián E., Vázquez Souza M.I., Sola Onís C., Redondo García S., De Bonifaz Barrio M. «Informe sobre el programa de atención psiquiátrica dirigida a enfermos mentales sin hogar» SERMAS. Oficina de Coordinación de Salud Mental. Febrero 2004.

12. Vega González L.S. SALUD MENTAL EN POBLACIÓN SIN HOGAR. Cuadernos Asturianos de Salud. Servicio publicaciones. 1996. Oviedo.
13. Arroyo JM, Ortega E. (coord.) «Estrategia global de actuación en Salud Mental». Dirección general de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Madrid, 2007.
14. Hernández M, Herrera R. «La atención a la Salud Mental de la población reclusa». Asociación Española de Neuropsiquiatría. S. XXI. Madrid, 2003.

3. ATENCIÓN HOSPITALARIA

3.1. SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITALES GENERALES

Los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales constituyen uno de los elementos que componen la red asistencial de Salud Mental del territorio de una Unidad Asistencial.

Se recomienda que la Hospitalización Psiquiátrica Breve forme parte de la cartera de servicios básica de todos los Hospitales Generales de referencia actual y futuro. Además, en los Hospitales Generales se atienden las Urgencias psiquiátricas.

Asimismo, existen Unidades de Psiquiatría de Enlace e Interconsulta que realizan diversos programas específicos, con distinto grado de implantación y desarrollo:

- Genética y Cáncer familiar.
- Obesidad mórbida.
- Cirugía de la Epilepsia Refractaria.
- Fibromialgia.
- Cualidades Paliativas.
- Cáncer de mama.
- Transplantes hepáticos.

Pueden disponer también de otras Unidades o Programas específicos, tanto hospitalarios como ambulatorios (Trastornos de la Conducta Alimentaria, Primeros episodios psicóticos, Trastorno Bipolar, Patología Dual etc.).

OBJETIVO 1**Estudio de las necesidades de camas de hospitalización breve**

El rango óptimo de camas de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve debe oscilar entre un mínimo de 15 y un máximo de 30 camas, según criterios de coste/eficacia y condiciones terapéuticas de los contextos de internamiento. La frecuentación hospitalaria y la estancia media permiten realizar el estudio de las necesidades de camas de hospitalización psiquiátrica breve para atender a la demanda.

ACCIÓN A REALIZAR:

Estudiar las necesidades de camas de hospitalización psiquiátrica breve según la demanda.

OBJETIVO 2**Mejora de los procedimientos organizativos y de gestión**

La mejora de los procedimientos organizativos y de gestión permite prestar una atención de mayor calidad.

ACCIÓN A REALIZAR:

Definir en todas las Unidades de Hospitalización Breve:

1. *La Cartera de servicios*
2. *El mecanismo de coordinación con el resto de dispositivos de la red asistencial para garantizar la continuidad asistencial.*
3. *El mapa de procesos de la Unidad, elaborado de manera consensuada con participación de los profesionales de la Unidad, en el que se recojan, entre otros, los siguientes:*
 - *Procedimientos que regulan los accesos a la Unidad.*

- *Protocolos asistenciales para los distintos grupos de diagnósticos elaborados según las Guías de Práctica Clínica.*
 - *Consentimientos informados para el ingreso voluntario y para la aplicación de determinados procedimientos terapéuticos.*
4. *El Manual de funcionamiento interno de las Urgencias Psiquiátricas, dada la rotación diaria de Médicos Residentes de Psiquiatría, personal de staff del Hospital y médicos psiquiatras de los Centros de Salud Mental de la Unidad Asistencial, que contenga los procedimientos de atención coordinados con el resto de los Servicios de Urgencia del Hospital y guía de criterios de internamiento.*

OBJETIVO 3

Protocolización del manejo clínico de situaciones específicas de riesgo

Diversos organismos internacionales, así como la propia Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, recomiendan reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y de restricción de la libertad para los pacientes, velando para que no conlleve riesgos evitables, tanto para la propia persona, como para su entorno.

El manejo clínico de las situaciones específicas de riesgo (aplicación de contención física y aislamiento terapéutico, prevención de conductas suicidas, prevención de la violencia, aplicación de terapia electroconvulsiva) debe estar regulado en todas las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve mediante procedimientos normalizados en los que se garanticen las condiciones de dignidad y de seguridad de los pacientes. Dichos procedimientos incluirán necesariamente una adecuada y amplia información a los pacientes y a sus familiares. Para su aplicación específica en el área de urgencias psiquiátricas deberá existir un procedimiento documentado para coordinar las intervenciones preventivas de fuga de pacientes que se encuentren en situación de riesgo.

ACCIÓN A REALIZAR:

Implantar en todas las Unidades de hospitalización psiquiátrica breve la protocolización normalizada para el manejo clínico de situaciones específicas de riesgo:

- *Aplicación de medidas coercitivas.*
- *Prevención del riesgo suicida.*
- *Prevención de la violencia.*
- *Aplicación de terapia electroconvulsiva.*
- *Prevención de fuga del área de urgencias psiquiátricas de pacientes en situación de riesgo.*

OBJETIVO 4

Propuesta de Plan Funcional para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve y Urgencias Psiquiátricas

En el ANEXO 4 se detallan las características de un Plan Funcional tipo para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y Urgencias Psiquiátricas.

3.2. CENTROS PSIQUIÁTRICOS Y UNIDADES ESPECÍFICAS

Los actuales Hospitales Psiquiátricos de la Comunidad de Madrid, tanto públicos, como concertados con el Servicio Madrileño de Salud, transformados en Centros Polivalentes de Asistencia Psiquiátrica, son dispositivos idóneos para atender en régimen de hospitalización las necesidades de tratamiento y rehabilitación, de cuidados prolongados y residenciales de pacientes con enfermedad mental grave y persistente, así como para el desarrollo de programas terapéuticos específicos. Se encuentran integrados en la Red de atención a la Salud Mental y sus unidades son de referencia para varios Distritos. Disponen de una estructura moderna y adaptada a la atención de calidad al paciente.

Respecto a las unidades englobadas en la tradicionalmente llamada «media y larga estancia», es importante señalar que se denominan sobre la base del objetivo principal de la intervención sobre el paciente, y no atendiendo a la supuesta duración de la hospitalización.

Por este motivo, las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación de media estancia deben disponer de un centro ambulatorio de rehabilitación cercano y vinculado a su funcionamiento para facilitar la asistencia durante el ingreso y la continuidad de cuidados

tras el alta. Para facilitar el proceso de rehabilitación, las camas de media estancia están asignadas a las Unidades Asistenciales siguiendo criterios de distribución territorial, la cual es responsable de su gestión clínica.

Las Unidades Residenciales y las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados atienden las necesidades de aquellas personas con Trastorno Mental Grave y Persistente, de cualquier edad, en los que se han agotado las posibilidades de rehabilitación que les ofrecen los programas terapéuticos de las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación en régimen de media estancia. Sus objetivos son lograr el mantenimiento de las habilidades no perdidas y del estado clínico, así como proporcionar a los pacientes los cuidados centrados en actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre, sin renunciar a la reinserción en la comunidad. Las unidades de psicogeriatría se contemplan de modo diferenciado, para pacientes con las anteriores características, mayores de 60 años, considerando que una parte de ellos requerirá atención a patología orgánica de mayor complejidad.

Atendiendo a sus necesidades de cuidados, los pacientes ingresados en unidades de larga estancia se pueden agrupar del modo siguiente:

Necesidad de cuidados	Contención conductual	Patologías orgánicas asociadas	Tipo de Unidad adecuado
I	ALTA	BAJA	Unidad Hospitalaria de Cuidados Psiquiátricos Prolongados
II	Variable	ALTA	Unidad Residencial Hospitalaria (Médica)
III	BAJA	BAJA	Unidad Residencial Sanitaria Externa

Actualmente existe un déficit de camas de larga estancia. Además de la necesidad de ampliar los recursos hospitalarios, se considera oportuno el estudio de la progresiva creación de Unidades Residenciales Sanitarias Externas para cubrir las necesidades de

los pacientes del grupo III, que se caracterizarían fundamentalmente por estar situadas en un entorno comunitario y por prestar cuidados de enfermería y disponer de supervisión médica especializada durante las 24 horas. Por razones de economía creciente de escala, las Unidades Residenciales Externas podrían ubicarse en los espacios dotacionales de los centros hospitalarios, como módulos independientes.

También se estima pertinente la creación de Unidades de hospitalización para pacientes con patologías resistentes en el entorno de los Centros Psiquiátricos. Su objetivo terapéutico es lograr la estabilización clínica de pacientes con episodios agudos (psicosis refractarias, trastornos graves del estado de ánimo, trastornos obsesivo-compulsivos graves y otras patologías graves) que requieren un tratamiento de duración más prolongada del que habitualmente se presta en las Unidades de Hospitalización Breve. La indicación de ingreso en estas Unidades se haría por la complejidad de los procesos y no sólo por la prolongación de las estancias previas en las Unidades de Hospitalización Breve.

Se han identificado los siguientes objetivos de mejora:

OBJETIVO 1

Adecuación de la oferta de camas de media y larga estancia

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Desarrollo de un procedimiento normalizado de gestión de ingresos programados

Se considera necesario disponer de un procedimiento normalizado para la gestión de los ingresos programados de pacientes en Unidades de hospitalización de media y larga estancia y en Unidades específicas. Este procedimiento permite estimar las necesidades de camas de forma objetiva.

La lista de espera debe estar diseñada teniendo en cuenta los criterios que establece la Dirección General de Atención al Paciente y será gestionada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

ACCIÓN A REALIZAR:

Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de gestión de ingresos programados en las Unidades de media y larga estancia y de lista de espera gestionada de manera centralizada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Adecuación de la oferta de camas de media/larga estancia

La oferta de camas de media/larga estancia debe adecuarse al tiempo medio de permanencia de los pacientes en la lista de espera, de modo que este no supere seis meses.

En la actualidad, la oferta de camas de media estancia de la Comunidad de Madrid podría llegar a ser suficiente, si se diera respuesta a un número determinado de pacientes ingresados en las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación que se encuentra a la espera de ocupar camas de cuidados psiquiátricos prolongados, por haberse agotado sus posibilidades de rehabilitación en dichas Unidades. Por otra parte, la oferta actual de camas de larga estancia es insuficiente.

ACCIONES A REALIZAR:

1. Incrementar la oferta para de camas de media/larga estancia con un mínimo de 200 camas.
2. Gestionar la lista de espera para que la demora media desde la inclusión del paciente hasta su ingreso en Unidades de media/larga estancia no superara los seis meses.

OBJETIVO 2

Estudio de viabilidad de una Unidad para Pacientes con Patologías Resistentes

Hay consenso acerca de la necesidad de Unidades destinadas a pacientes que tienen un perfil de estancia media superior a dos meses, ingresos de repetición y que necesitan estancias más prolongadas hasta lograr su estabilización clínica.

Con la puesta en funcionamiento de la totalidad de las camas de hospitalización breve en el Hospital Infanta Sofía, procede realizar el estudio de viabilidad de transformar sin coste una Unidad de Hospitalización del Hospital Dr. R. Lafora, que actualmente sirve de apoyo para el Hospital Universitario La Paz, en una Unidad para Pacientes con Patologías Resistentes, de referencia para varias Unidades Asistenciales de la Comunidad de Madrid.

ACCIÓN A REALIZAR:

Estudiar la viabilidad de transformar una Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Dr. R. Lafora en una Unidad para pacientes con Patologías Resistentes.

OBJETIVO 3

Mejora de los procedimientos organizativos y de gestión

La mejora de los procedimientos organizativos y de gestión por procesos asistenciales constituye una necesidad para ofrecer una asistencia de calidad.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Perfeccionar los procedimientos normalizados de derivación de pacientes con definición de los objetivos terapéuticos y rehabilitadores*
2. *Diseñar el proceso de las Unidades en los que se recojan, entre otros, los siguientes aspectos:*
 - *Protocolos asistenciales para los distintos grupos de diagnósticos elaborados según las Guías de Práctica Clínica.*
 - *Consentimientos informados para el ingreso voluntario y para la aplicación de determinados procedimientos terapéuticos.*

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Protocolización del manejo clínico de situaciones específicas de riesgo

Diversos organismos internacionales así como la propia Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud recomiendan reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y de restricción de la libertad para los pacientes, velando que no conlleve riesgos evitables, tanto para la propia persona, como para su entorno. El manejo clínico de las situaciones específicas de riesgo (aplicación de contención física y aislamiento terapéutico, prevención de conductas suicidas, prevención de la violencia, aplicación de terapia electroconvulsiva, prevención de fuga de pacientes en situación de riesgo) debe estar regulado en todas las Unidades mediante procedimientos normalizados de modo que se preserve la dignidad de los pacientes y se garantice su seguridad.

ACCIÓN A REALIZAR:

Implantar en todas las Unidades de hospitalización psiquiátrica breve la protocolización normalizada para el manejo clínico de situaciones específicas de riesgo:

- *Aplicación de medidas coercitivas.*
- *Prevención del riesgo suicida.*
- *Prevención de la violencia.*
- *Aplicación de terapia electroconvulsiva.*
- *Prevención de fuga del área de urgencias psiquiátricas de pacientes en situación de riesgo.*

4. ATENCIÓN SOCIAL: RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Las personas con enfermedad mental grave y duradera (como esquizofrenia, otras psicosis y otros trastornos mentales graves) presentan diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales. Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales presentan discapacidades psicosociales que se expresan en dificultades en su autonomía personal y social, en sus relaciones interpersonales, en su integración laboral, en la pérdida de redes sociales de apoyo y en limitaciones a su participación e integración y están en mayor riesgo de encontrarse en situaciones de desventaja social, sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren

muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas. Por ello su adecuada atención integral exige la actuación coordinada y complementaria entre el sistema sanitario de servicios de salud mental y el sistema de servicios sociales.

La Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Servicios Sociales, está firmemente comprometida desde 1988 en la atención social a las personas con discapacidad por enfermedad mental y en el apoyo a sus familias, mediante el desarrollo de centros y recursos de atención social a las necesidades de este colectivo y sus familias y siempre desde una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de servicios de salud mental.

Un elemento clave de este firme compromiso fue la aprobación, desarrollo y cumplimiento del recientemente concluido **Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera 2003-2007**, cuya principal misión ha sido ampliar y mejorar la atención social a estas personas y a sus familias para favorecer y apoyar su integración social en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida. Este Plan de Atención Social 2003-2007 se articuló complementando, desde la dimensión social, al Plan de Salud Mental 2003-2008, y permitió un gran crecimiento de la red de recursos de atención social que pasaron de las 1.269 plazas de atención social en mayo de 2003, que se han ampliado hasta 5.350 en 2009.

Por tanto, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales viene prestando atención social a las personas con enfermedad mental grave y duradera a través de una red de centros y recursos que dan respuesta a las diferentes necesidades rehabilitadoras y habilitadoras de estas personas y apoyar su integración social, trabajando en una lógica de coordinación y complementariedad con la red sanitaria de Servicios de Salud Mental. En la actualidad y como producto del concluido Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental que se desarrollo entre mayo del 2003 y diciembre de 2007 se ha consolidado una **Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera**, que cuenta con un total de 5.350 plazas distribuidas en una amplia y diversificada tipología de centros y recursos que se distribuye territorialmente de forma equilibrada.

La Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera cuenta por tanto con diferentes tipos de centros y recursos que ofrecen, en

régimen de atención diurna (**centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, centros de rehabilitación laboral**) y de atención residencial (**residencias, pisos supervisados y plazas de alojamiento en pensiones**), distintos programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas. Asimismo, cuenta con servicios complementarios, como los **equipos de apoyo social comunitario** que son una iniciativa innovadora, puestos en marcha en 2005, para ofrecer atención social en el propio domicilio y en el entorno a las personas con mayores dificultades sociales a fin de mejorar su calidad de vida, su mantenimiento en la comunidad y su vinculación a la red de atención. También se desarrollan programas y recursos específicos de apoyo a la reinserción social de personas sin hogar con enfermedad mental grave.

La organización y el funcionamiento de esta Red de centros y recursos de atención social que se ha venido desarrollando, quedó establecida por el Decreto 122/1997, de 2 de Octubre, en el que se estableció el **Régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de Enfermedades Mentales Graves y crónicas con problemas de integración social, en diferentes centros de servicios sociales especializados**, que viene a regular los objetivos, tipología de centros y prestaciones de los mismos, perfil de los usuarios, procedimientos de acceso y otros elementos que configuran el régimen jurídico del citado Servicio Público.

Este Decreto es el fundamento jurídico de la organización y el funcionamiento de los centros y recursos de atención social, enfatizando su coordinación con la red sanitaria de salud mental y estableciendo que la única forma de acceso a dichos recursos es mediante la preceptiva derivación desde los Servicios de Salud Mental.

No obstante, y como consecuencia de la entrada en vigor el 14 de Diciembre de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y de la Orden 2386/2008, de 17 de diciembre, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia, para la elaboración del programa individual de atención, las prestaciones económicas y el régimen de incompatibilidades, es necesario articular dos tipos de actuaciones en

las que debe participar necesariamente la Dirección General de Coordinación de la Dependencia:

1. Por una parte, y para aquellas personas con enfermedad mental que tuvieran la indicación de estancia indefinida en una residencia o centro de día, por parte de su Servicio de Salud Mental, y ya hubieran accedido al recurso de Residencia o Centro de Día de la red de atención social, la Dirección General de Servicios Sociales comunicará los datos a la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, que valorará la posibilidad de aplicar el Baremo de Valoración de la situación de Dependencia, y, en caso de que proceda y mediante solicitud del interesado, le reconocerá el servicio que disfruta como modalidad de intervención más adecuada en su Programa Individual de Atención.
2. Por otra parte, para aquellas personas con enfermedad mental que tengan reconocida una situación de dependencia con grado y nivel dentro del calendario de aplicación de la Ley, y a las que se determine como modalidad de intervención más adecuada en su Programa Individual de Atención alguno de los recursos incluidos en este Plan, se articulará un procedimiento de actuación conjunto entre la Dirección General de Coordinación de la Dependencia, la Dirección General de Servicios Sociales y la Oficina Regional de Salud Mental.

La Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental cuenta con los siguientes tipos de centros y recursos:

- 23 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) con un total de 1.650 plazas.
- 28 Centros de Día de soporte social (CD) con un total de 900 plazas. (Hay un CD de 30 plazas específico para personas sin hogar con enfermedad mental).
- 18 Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) con un total de 890 plazas.
- 38 Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC) con un total de 1.140 plazas.
- 18 Residencias (R) con un total de 456 plazas. (Hay una Residencia de 11 plazas específica para personas sin hogar con enfermedad mental.)
- 53 Pisos supervisados (PS) con un total de 212 plazas.
- 22 Plazas de alojamiento en pensiones.

- Proyecto de Rehabilitación e Inserción social de personas enfermas mentales sin hogar (PRISEMI) con un total de 80 plazas (Incluye 5 Pisos supervisados (20 plazas de apoyo a la reinserción).

Esta red ofrece atención social gratuita a las personas adultas entre 18 y 65 años con discapacidades psicosociales y dificultades de integración por causa de trastornos mentales graves, que son derivadas desde los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental de referencia de la red pública sanitaria, responsables de su tratamiento y seguimiento. La red de atención social tiene como criterio de organización fundamental el trabajo coordinado y complementario con la red de servicios de salud mental dependientes de la Consejería de Sanidad.

Así pues, la coordinación y complementariedad entre la red sanitaria de Servicios de Salud Mental y la Red de Atención Social se conforma como un elemento esencial para una adecuada atención socio-sanitaria integral a las personas con trastorno mental grave.

Los mecanismos de coordinación se estructuran en tres niveles:

El nivel estratégico para la planificación conjunta y coordinación global entre ambas redes tiene lugar entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Dirección General de Hospitales de la Consejería de Sanidad y la Red de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

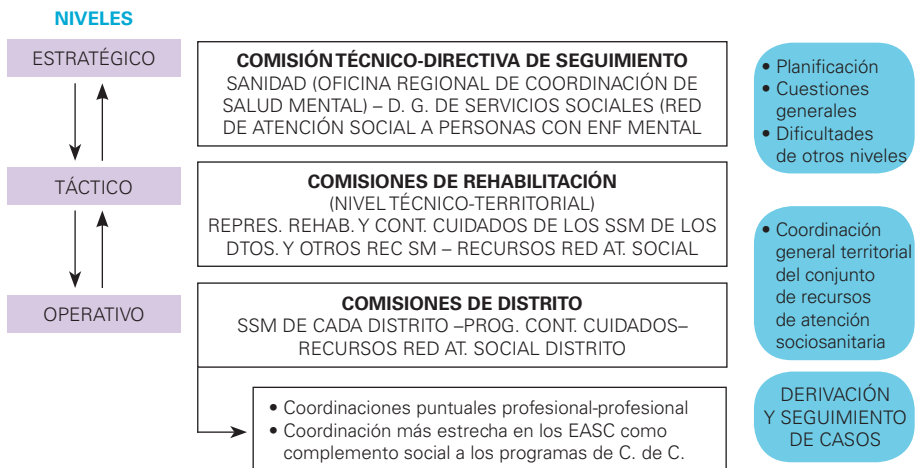
El nivel táctico de coordinación entre ambas redes se lleva a cabo a través de las actuales Comisiones de Rehabilitación de Área que se adaptarán a los cambios organizativos que se operen en la sanidad madrileña con la creación de Unidades Asistenciales, a través de un mecanismo equivalente que permita la coordinación general en cada territorio entre todos los recursos sanitarios y sociales existentes.

Por último, el **nivel operativo** de cada distrito, de gran importancia para mantener y reforzar la coordinación entre el Programa de Continuidad de Cuidados de cada Servicio de Salud Mental de distrito y los centros y recursos de atención social existentes y

asignados a cada distrito, como eje esencial de coordinación para las derivaciones y el seguimiento.

Los tres niveles actuales de coordinación se resumen en el siguiente gráfico:

ESPACIOS Y NIVELES DE COORDINACIÓN ENTRE LA RED DE SALUD MENTAL Y LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL



La tipología de los recursos de la red de atención social, características y perfil de los usuarios, se detalla en el ANEXO 5.

El Plan de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera 2003-2007 ha supuesto un instrumento muy importante para avanzar sustancialmente en la mejora de la calidad de vida y las expectativas de integración y participación social del colectivo de personas con Trastorno Mental Grave y persistente y de sus familiares. El apoyo y asesoramiento a la familia a través de distintos programas de psicoeducación que se desarrollan en los centros y el apoyo, la financiación y la coordinación con las Asociaciones de familiares de enfermos mentales de la Comunidad de Madrid consti-

tuyen ejes fundamentales de actuación. La ampliación de la red de recursos sociales de atención diurna y residencial ha proporcionado un importante apoyo a las familias, aliviando las situaciones de sobrecarga de los cuidadores.

La aplicación de programas de intervención psicoeducativa ayuda a las personas con enfermedad mental a conocer y manejar mejor su enfermedad lo que redundará en una mejora de la adherencia al tratamiento prescrito al paciente por el Servicio de Salud Mental de referencia, ayudando a reducir las recaídas y las hospitalizaciones, además de impulsar y promover la mejora de las capacidades de las personas afectadas para vivir con mayor autonomía y aumentar su participación en la vida social y laboral.

Es de resaltar el esfuerzo y los resultados de inserción laboral en el mercado normalizado que se realiza desde los Centros de Rehabilitación Laboral -alrededor del 50% de las personas atendidas consiguen integrarse.

OBJETIVO

Mantenimiento y potenciación de la coordinación entre la red de Atención a la Salud Mental y la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales

Con el fin de responder a las necesidades de atención social de las personas con Trastorno Mental Grave y las de sus familiares, se considera imprescindible mantener una permanente coordinación entre ambas redes.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Mantener y potenciar la coordinación entre la Red de Atención a la Salud Mental y la Red Pública de Atención Social para personas con enfermedad mental grave y duradera con la participación de pacientes y familiares.*
2. *Perfeccionar los mecanismos de coordinación en los tres niveles estratégicos: central (con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental), táctico (a nivel de las Unidades Asistenciales) y operativo con los programas de continuidad de cuidados de cada Servicio de Salud Mental de Distrito.*

5. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES

Los trastornos mentales de los niños y los adolescentes tienen una etiología multifactorial, en la que factores individuales, familiares y del entorno sociocultural contribuyen tanto al desarrollo del trastorno como a su forma de presentación y a su mantenimiento. Las alteraciones psíquicas en la infancia ocasionan, además de un sufrimiento personal y familiar, un alto coste a la sociedad que va incorporando jóvenes con importantes problemas de relación, violencia, baja productividad y elevado consumo de recursos educativos, sanitarios, sociales y de justicia.

Se consideran principios básicos para la asistencia en salud mental a niños y adolescentes los siguientes:

1. La atención a la población de edades comprendidas entre 0 y 17 años.
2. El carácter preventivo de toda intervención en Salud Mental durante la infancia y adolescencia.
3. La especificidad de la atención en Salud Mental a niños y adolescentes que debe prestarse de forma diferenciada e independiente de los servicios de salud mental de adultos. Esta especificidad alude también al reconocimiento de una titulación especializada, o hasta tanto se alcance ésta, a una necesidad de acreditación de capacitación específica de los profesionales de las distintas disciplinas que atienden a los menores.
4. El modelo comunitario de atención en Salud Mental basado en la atención territorializada, realizada con equipos multidisciplinares, marco idóneo para la promoción, prevención, atención y continuidad de cuidados a niños y adolescentes.
5. La atención ofrecida a través de una red de dispositivos asistenciales diversificados según las distintas necesidades en el proceso de atención al paciente e integrados en un Plan de Continuidad de Cuidados. Los recursos terapéuticos se deben organizar por niveles de atención y deben tener en cuenta las peculiaridades del diagnóstico y tratamiento en las distintas etapas del desarrollo evolutivo.
6. El diagnóstico y el tratamiento de los niños y adolescentes debe contemplarse de forma integral atendiendo a sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida (salud, salud mental, familia, educación, red y contexto social),

considerándolos como un todo y no como aspectos aislados y parciales. Además, debe considerarse el carácter evolutivo del desarrollo desde el nacimiento a la adolescencia y la dependencia e influencia del entorno en el mismo. Dichas especificidades requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa que no son meras adaptaciones de las intervenciones realizadas sobre los adultos. Los factores del entorno socio-familiar han de ser tenidos muy en cuenta para la comprensión etiopatogénica, el diagnóstico y para el abordaje terapéutico de la patología emergente.

7. Las intervenciones psicoterapéuticas en sus distintos formatos y orientaciones tienen un valor fundamental en el tratamiento de los problemas mentales en la infancia y adolescencia. Debe asegurarse el acceso de los pacientes a las diferentes modalidades terapéuticas específicas de la infancia, que para ser eficaces deben ser implementadas en condiciones adecuadas en cuanto a duración y frecuencia así como a la formación en cada tipo de terapia de los profesionales que las realizan.
8. La importancia de la psicofarmacología en algunos tipos de pacientes y patologías, siempre como parte de un tratamiento integral. Destacar la importancia de fomentar un uso seguro y racional del medicamento, teniendo en cuenta que la seguridad y eficacia de los psicofármacos en niños y adolescentes no son extrapolables de los tratamientos de personas adultas. Debe promoverse la mejora del conocimiento que redunde en una optimización del uso de psicofármacos en niños y adolescentes mediante la elaboración de guías farmacológicas.
9. El abordaje multimodal, que abarca intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas, educativas y sociales, está recomendado para la mayor parte de las patologías de la infancia y debe ser tenido en cuenta en cualquier intervención y nivel de tratamiento.
10. El abordaje de la patología mental de la infancia y adolescencia exige intervenciones terapéuticas complejas que pueden implicar a varias personas e instituciones y para ello es necesario contar con recursos suficientes y cercanos al medio natural del menor para proporcionar una atención adecuada.
11. La coordinación interinstitucional (dispositivos sanitarios, educativos, sociales, jurídicos, etc.) e intrainstitucional (Programas de Adultos, Unidades de Hospitalización Breve, Hospitales de Día, Servicios de Interconsulta Hospitalaria, etc.) debe tener una consideración fundamental. La obtención de información de va-

rias fuentes (paciente, padres y profesores, otros agentes que intervienen con el menor y/o su familia), es práctica imprescindible por la falta de concordancia entre informantes respecto de los problemas que los menores experimentan y cómo los manifiestan en diferentes contextos. La intervención conjunta y coordinada en distintos niveles, sanitario, educativo y social incrementa la efectividad de las intervenciones así como el mantenimiento de la estabilización en la mayoría de patologías; además, en el caso de las patologías mentales graves y/o complejas, cada vez más presentes, es requisito imprescindible para obtener resultados.

12. El desarrollo de actividades de coordinación con Atención Primaria debería ser un objetivo prioritario, así como el reconocimiento de la participación en los Consejos Locales que se contempla como un imperativo legal (Ley 18/1999 de 29 de Abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid que obliga a que un técnico de salud mental del Distrito donde reside el menor, forme parte de las diferentes comisiones y asista a las reuniones que se realizan al menos mensualmente).
13. El desarrollo prioritario del Programas de Continuidad de Cuidados para garantizar la atención integral biopsicosocial a los menores con Trastorno Mental Grave y/o en situación de riesgo psíquico, social y familiar es clave para prevenir los riesgos que comprometen su desarrollo, fomentando su capacidad de autonomía, autocuidado, integración escolar, ocupacional y social, de tal forma que se le capacite para organizar su vida adulta de forma satisfactoria, evitando la evolución hacia la cronicidad, la discapacidad y la dependencia social.
14. Las actividades docentes y de formación continuada deben ser contempladas como parte de las actividades diarias, reflejándose de forma real en la agenda de los profesionales acreditados para ello y deben atender a los recientes cambios incorporados en los planes de formación. Estas actividades deben promoverse y desarrollarse en todos los dispositivos y niveles de atención a menores.
15. La investigación en todos los campos de la Salud Mental en la infancia y adolescencia debe promoverse y desarrollarse en todos los dispositivos y niveles de la atención a menores.

Se han identificado los siguientes objetivos de mejora:

OBJETIVO 1

Estudio de las necesidades de recursos de atención a niños y adolescentes

Los equipos multiprofesionales que atienden ambulatoriamente a menores están compuestos por: psicólogo clínico y médico psiquiatra, ambos con experiencia en niños y adolescentes, enfermera (preferentemente especializada en Salud Mental) y trabajador social. El hospital de día para niños y adolescentes incluye además al terapeuta ocupacional.

La infraestructura y recursos materiales de atención a niños y adolescentes tienen características diferentes de los que están dirigidos a la población adulta.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Estudiar las necesidades de recursos humanos en base a la heterogeneidad de la demanda de cada Unidad Asistencial y al desempeño de tareas.*
2. *Asegurar las condiciones específicas de infraestructura y recursos materiales adaptadas a la atención a la población infantil y adolescente, diferenciados respecto a la población adulta.*

OBJETIVO 2

Estudio de la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta graves

Se considera oportuno estudiar la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para ofrecer tratamiento intensivo a niños y adolescentes con trastornos mentales graves y de conducta.

ACCIÓN A REALIZAR:

Estudiar la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta graves.

OBJETIVO 3

Desarrollo de protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas

Además de la elaboración de una Cartera de Servicios común que contemple la evaluación, diagnóstico clínico, psicodiagnóstico y tipos de intervención farmacológica y psicoterapéutica en niños y adolescentes se considera recomendable el desarrollo de protocolos y guías para determinados pacientes con necesidades complejas (Trastornos de conducta graves, Trastornos Orgánicos, Psicosis, Autismo, Patología Dual, Menores en grave riesgo psicosocial, población inmigrante, retraso mental, etc.).

La implantación de recursos diferenciados para estos menores cuya atención, por diferentes razones, pueda requerir actuaciones más complejas, debe contemplarse cuidadosamente para asegurar la accesibilidad y la coordinación de estos recursos con los demás dispositivos.

ACCIÓN A REALIZAR:

Desarrollar protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas por un Comité de Expertos multidisciplinar.

OBJETIVO 4

Estudio de necesidades de recursos de rehabilitación y residencia en coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales

ACCIÓN A REALIZAR:

En coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales se considera necesario estudiar las necesidades de recursos de rehabilitación y residencia para niños y adolescentes con enfermedad mental y sus familiares, tales como: centros de día y tarde, residencias materno-infantiles, recursos residenciales de convivencia familiar, etc., en horario de mañana y tarde.

6. ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA

127

El envejecimiento de la población es un hecho ya insoslayable en la estructura de la sociedad española y afecta de manera notable a la población de la Comunidad de Madrid. El aumento de la población anciana supone un reto sanitario de primer orden, del que la atención en Salud Mental es un componente fundamental. Es muy importante combatir activamente el riesgo de rechazo y de exclusión al que pueden ser sometidas las personas mayores, tanto en medios no sanitarios como en el propio contexto sanitario.

En el Plan de Salud Mental 2003-2008 la atención a los problemas psiquiátricos y de Salud Mental de las personas mayores aparece recogida en diversos lugares. Se cita expresamente que se considerarán de modo especial los problemas referentes a la Psicogeriatría y se cita el programa de Psicogeriatría como un programa longitudinal que debe desarrollarse física y funcionalmente integrado con el resto de los programas de Salud Mental. Se reconoce asimismo que la Psicogeriatría es una población con necesidades específicas y cuya demanda de atención especializada suele estar por debajo de la prevalencia real.

Todas las consideraciones que aparecen en el Plan de Salud Mental 2003-2008 sobre la atención a las personas mayores continúan siendo vigentes y sus propuestas y conclusiones siguen siendo necesarias.

Es particularmente importante la consideración de la atención comunitaria para los personas mayores. Se considera la necesidad de desarrollar un programa ambulatorio de Atención de los Mayores en los Servicios de Salud Mental de Distrito de forma específica para avanzar hacia una atención ambulatoria con criterios no adultomórficos sino más claramente psicogerítricos. En cuanto a la atención hospitalaria la adecuación en las condiciones de hospitalización de pacientes psicogerítricos agudos debe considerada como objetivo prioritario.

En los aspectos de coordinación, sigue siendo vigente la necesidad de definir y protocolizar los programas de atención domiciliaria, para pacientes con dificultades para acudir puntual o permanentemente a los Centros de Salud Mental. También se dis-

pensará apoyo a las Residencias Geriátricas, lugar donde vive un número creciente de personas mayores. Para ello se contará con el criterio y se coordinará la actuación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Dada la alta prevalencia de patología mental en las Residencias Geriátricas, los programas de apoyo a estas instituciones deberían de tener la misma consideración que los programas de Psiquiatría de Enlace en los Hospitales Generales, es decir, atención directa a residentes que lo precisen, pero también actividades de enlace y capacitación con el personal sanitario de la Residencia que permita la asunción de casos con menor nivel de complejidad.

La prevalencia de la demencia se ha incrementado notablemente en los últimos años, así como la demanda asistencial correspondiente. La asistencia a las demencias no solo pivota en los médicos psiquiatras sino también históricamente en neurólogos, y por su alta carga demográfica, en los médicos de familia. Los médicos psiquiatras están perfectamente capacitados para la atención integral a esta patología, desde el diagnóstico al tratamiento y existe una larga tradición en este sentido. Adicionalmente, una demanda lógica que ha ido creciendo en los últimos tiempos por parte de las familias y otros profesionales implicados (médicos de familia, neurólogos, geriatras sobre todo) es la atención específica a los denominados síntomas psicológicos y conductuales de las Demencias, en cuyo manejo el médico psiquiatra es el principal eje, pero que puede requerir también el concurso de otros profesionales, especialmente de Psicología Clínica y de Enfermería.

Complementariamente se añade un área específica en la que los profesionales de los Servicios de Salud Mental están en una posición óptima para detectar y atender por su experiencia en otras patologías y que es la relacionada con el estrés y la patología mental derivada de la relación de cuidados por parte de los familiares que tienen a los enfermos a cargo. Los Servicios de Salud Mental tienen un papel claro y creciente en esta tarea sanitaria de gran prioridad que es el cuidado del cuidador.

Promover la implicación de los profesionales es un punto trascendental y en el que se debe avanzar. Se considera fundamental la existencia de un responsable de referencia del programa de Psicogeriatría en cada Unidad Asistencial. Asimismo es muy

recomendable identificar al menos a un médico psiquiatra en cada Servicio de Salud Mental de Distrito con actividad clínica dedicada significativamente a la Psicogeriatría (aunque es deseable que sea en exclusiva, no es imprescindible) y que sea el responsable del programa en el distrito. Esta estructura compuesta por un responsable de la Unidad Asistencial junto a los responsables de Distrito habría de funcionar como una verdadera caja de resonancia que haga expandir al resto de los profesionales los conocimientos específicos de la atención psiquiátrica y de Salud Mental a las personas mayores.

Las actividades de formación continuada en Psicogeriatría bajo la forma de Cursos, Seminarios, Formación on-line y cualquier otra, debería ser un objetivo prioritario de la Agencia Laín Entralgo. Esta formación debe alcanzar al personal médico (psiquiatras y no psiquiatras como geriatras, neurólogos o médicos de familia) y también al resto de los profesionales, en especial a Psicólogos Clínicos, Enfermeras, Terapeutas Ocupacionales y Trabajadores Sociales.

OBJETIVO

Mejora en la atención psicogeriátrica

El Plan de Salud Mental 2003-2008 ya citaba una serie de estrategias para potenciar la atención psiquiátrica a las personas mayores que necesitan continuidad, que conservan su vigencia.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Impulsar el Programa de Psicogeriatría en todos los Servicios de Salud Mental de Distrito y Unidades Asistenciales, coordinado con el nivel de atención primaria.*
2. *Facilitar el acceso (sin límite de edad) de las personas mayores a dispositivos tales como Hospitales de día y otros recursos.*
3. *Adecuar las condiciones de la hospitalización a las personas mayores en las Unidades de Hospitalización Breve.*
4. *Promover la implicación de los profesionales en la mejora continua de la atención psicogeriátrica.*

7. ÁREAS Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS

7.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades mentales de larga evolución, en las que diferentes etapas clínicas de los trastornos atraviesan por necesidades asistenciales diferentes. Así, el tratamiento de los TCA se contempla como un proceso en el que intervendrán diferentes profesionales en diferentes recursos con la coordinación y continuidad de cuidados. Según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen la consideración de Trastornos Mentales Graves en la medida que requieren, en un gran número de los casos, la intervención de varios profesionales de distintas disciplinas.

En la Comunidad de Madrid, el Pacto Social contra la Anorexia y Bulimia Nerviosa (2006) ha servido de marco de referencia para orientar las líneas de actuación en el ámbito de la asistencia de los TCA, vinculadas a la realidad de la situación actual (recursos, datos de incidencia/prevalencia, demanda social y carga familiar).

El Plan Integral de Atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria del Servicio Madrileño de Salud surge del **Pacto Social contra la Anorexia y Bulimia Nerviosa**, por acuerdo de la Asamblea de Madrid, de Expertos de la Red de Atención a la Salud Mental, de las Asociaciones de Familias, de las Sociedades Científicas y de la opinión pública.

Siete de cada diez madrileños manifiestan que la realización de actividad física es fundamental para mantener el peso estable, sin embargo el 33,4% tiene sobrepeso y el 7,7% obesidad. El 25,1% de los jóvenes percibe su imagen con sobrepeso u obesidad, el 12,2% de las chicas no ha ingerido en alguna ocasión ningún alimento en 24 horas y el 9,5% se ha provocado vómitos para adelgazar, indicadores estos últimos de trastornos del comportamiento alimentario. Para promover una alimentación saludable y equilibrada entre la población e intentar minimizar estos problemas, se ha puesto en marcha el Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM).

La atención a pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria ha ganado interés social y profesional en los últimos años. En el conjunto de diagnósticos psiquiátricos en su rango de edad, los TCA representan el 1,5% con alto impacto tanto a nivel social como familiar. El 83 % de los casos nuevos son menores de 30 años y aproximadamente 4 de cada 5 son mujeres.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006) se cita que la tasa de mortalidad por suicidio, se multiplica por 33 en las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, en comparación con la población general. En la Depresión mayor se multiplica por 21, y en el caso de las toxicomanías, por 86.

La prevalencia global de Trastornos de la Conducta Alimentaria ha sido estimada en el 4.7% entre adolescentes escolarizados en Madrid. En todos estos estudios, las tasas de Anorexia nerviosa resultaba en torno al 0,3%. El Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid (Junio 2005), señala que:

- Los TCA suponen la primera causa de ingreso hospitalario por trastorno mental en mujeres entre los 15-24 años, siendo el diagnóstico de Anorexia Nerviosa, el más frecuente.
- La estancia media de los ingresos por TCA en residentes en la Comunidad de Madrid es de 20,9 días, más de dos veces la estancia media por todos los diagnósticos en hospitales de la Comunidad de Madrid (9,2 días).
- Un 30% de las personas han ingresado dos ó más veces en 2003.
- Existe una alta comorbilidad con otros trastornos mentales.
- Entre los años 2001-2003 el número de casos ingresados de pacientes residentes en la Comunidad de Madrid ha permanecido estable.
- Las conductas de riesgo ó relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina.

Según datos del Registro de Casos Psiquiátricos en 2007 fueron atendidos 556 casos nuevos con diagnóstico de TCA en la red de Centros de Salud Mental. El total de personas, tanto de casos nuevos como de casos conocidos del sistema, fue de 2.612 pacientes, siendo el 88 % mujeres.

En los últimos años se observan cambios en el perfil de muchos pacientes donde se presentan, además de la patología propia, otros trastornos asociados como los cuadros mixtos, trastornos de personalidad, cuadros de aparición más tardía, impulsividad, cronicidad, etc.

La Comunidad de Madrid ha publicado tres guías de recursos para el tratamiento de los trastornos alimentarios, anorexia y bulimia, dirigidas a padres, docentes y jóvenes. Las guías describen las características de los diferentes tipos de trastornos alimentarios, igualmente especifican los recursos públicos y gratuitos, donde los propios afectados y sus familiares podrán acudir para iniciar el tratamiento. También aportan una serie de consejos sobre el cuidado del cuerpo y la mente de los más jóvenes y detallan un listado de direcciones de Internet útiles de cara a la prevención y el tratamiento de los trastornos alimentarios.

Estas nuevas guías, elaboradas por los técnicos del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM), cuentan con el asesoramiento de los profesionales de la Oficina Regional de Salud Mental y la Universidad Complutense de Madrid. El INUTCAM también ofrece una línea de Atención Telefónica.

Debe señalarse el papel destacado de las Asociaciones de Familiares y Usuarios ofreciendo un servicio eficaz y amplio, como por ejemplo, el Teléfono de Atención y Asesoramiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria de la Asociación ADANER.

Estos datos justifican la necesidad de la implantación y el desarrollo de un Programa de Atención a los Trastornos de la Conducta Alimentaria para toda la Comunidad de Madrid, estableciendo un modelo único de coordinación entre los diversos niveles (Atención Primaria y Especializada) y recursos (específicos y no específicos) asistenciales para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Este Programa permitiría garantizar así la continuidad de cuidados de estos pacientes por tratarse de cuadros crónicos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria han sido un objetivo de atención preferente en la última fase del Plan de Salud Mental 2003-2008, con un aumento destacado en los recursos asistenciales para la atención específica de los TCA. Aunque en el anterior Plan de Salud Mental la consideración de la patología alimentaria era poco relevante,

la realidad (prevalencia, cronificación, comorbilidad, complicaciones médicas de dicha patología, carga familiar, impacto social) ha influido para que se haya dado mayor relevancia en las prioridades asistenciales y en la dotación de recursos. Se considera necesario seguir desarrollando dicho Programa con el fin de completar los objetivos propuestos, evaluar la implantación de los recursos puestos en marcha y adecuar la atención a la realidad actual de la patología alimentaria.

Existe la necesidad de seguir trabajando en la actividad asistencial para reducir la gravedad de esta patología, la incapacitación y/o limitación que generan, y la carga familiar que provocan (variable apenas estudiada). También se destaca la importancia de seguir promocionando hábitos alimentarios saludables, e incluir estos trastornos en los programas de prevención en el medio escolar y sanitario.

La coordinación entre los diferentes recursos y niveles de atención (Atención Primaria, Servicios de Salud Mental de Distrito, Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Programas de TCA de Unidades Asistenciales, Interconsulta Hospitalaria, Servicios de Nutrición, Pediatría, y los diferentes recursos específicos (Hospital de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Santa Cristina, Hospital de Día para Trastornos de la Personalidad y de la Conducta Alimentaria del Hospital Clínico de San Carlos, Clínicas de T.C.A., Subunidad hospitalaria de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Universitario Ramón y Cajal) es muy importante en la atención a los TCA y debe ser potenciada.

Los recursos asistenciales en el tratamiento de TCA en la Comunidad de Madrid están organizados de forma que la atención multidisciplinar a los casos afectos de TCA implique la participación de diferentes recursos asistenciales sanitarios, de tal modo que puedan recorrerlos en función del estado clínico o evolutivo del trastorno.

Así, los casos detectados en el nivel de Atención Primaria serían derivados a los Servicios de Salud Mental correspondientes a cada Unidad Asistencial o directamente al Hospital en las situaciones si la gravedad clínica lo requiere.

En cada Unidad Asistencial debería estar designado un profesional responsable, cuyas funciones serían el seguimiento de pacientes censadas, la coordinación entre servicios

que intervienen en el tratamiento y el aseguramiento de la continuidad de cuidados. También se realizan intervenciones terapéuticas, como grupos psicoeducativos para pacientes y familiares, seguimiento ambulatorio de enfermería y grupos terapéuticos específicos.

Los casos más graves son derivados para su seguimiento intensivo a las **Clínicas de Trastornos de la Conducta Alimentaria** o Unidades Específicas ambulatorias para los TCA, que cuentan con un equipo integrado por médico psiquiatra, psicólogo clínico, nutricionista, enfermera y auxiliar de enfermería, además del soporte estructural necesario.

Actualmente están en funcionamiento dos Unidades específicas ambulatorias para Trastornos de la Conducta Alimentaria: Clínica de TCA del Hospital Universitario de Móstoles (Inaugurada en Febrero de 2008) que dispone de comedor terapéutico y la Clínica de TCA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (inaugurada en Marzo de 2008).

También existen programas ambulatorios especializados para personas con TCA en algunos Hospitales Generales (Hospital Clínico de San Carlos, Hospital Universitario La Paz).

Las personas mayores de 18 años con TCA de evolución crónica que precisen continuidad de cuidados son atendidas en la **Unidad de Día Hospitalaria de tratamiento de TCA** del Hospital Universitario Santa Cristina.

Este recurso intenta evitar la hospitalización y ser un recurso de transición entre el alta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio.

Se considera recomendable para la atención de las personas con TCA:

1. Realización de un censo de pacientes con TCA en la Comunidad de Madrid.
2. Evaluación continuada la eficiencia/eficacia de los programas y recursos asistenciales para TCA.
3. Coordinación de recursos optimizando los ya existentes.

4. Prevención y detección precoz, evitando el exceso de información.
5. Promoción de la investigación epidemiológica y de la formación continuada de los profesionales implicados.
6. Elaboración de Guías Clínicas para unificar criterios de asistencia en TCA, para evitar desajustes asistenciales, y favorecer una buena práctica clínica.
7. Desarrollo de Programas específicos de atención los TCA, que aglutinen los dispositivos específicos, y se organicen alrededor de un modelo de coordinación de la asistencia.

Se han identificado los siguientes objetivos de mejora:

OBJETIVO 1

Impulso a la implantación del Programa de Atención y Seguimiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria en coordinación con el INUTCAM

Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental ha sido impulsado en 2006 el desarrollo del Programa de Atención y Seguimiento para los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Se considera necesario implantarlo en colaboración con el INUTCAM.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Impulsar la implantación del Programa de Atención y Seguimiento para los Trastornos de la Conducta Alimentaria en los Servicios de Salud Mental y consultas especializadas de Hospitales Generales.*
2. *Favorecer la implantación de Programas específicos para TCA en los Hospitales de Día generales, promocionar los «Comedores terapéuticos» para pacientes con TCA.*
3. *Implantar Guías Clínicas de TCA en las Unidades de Hospitalización Breve de los Hospitales Generales.*
4. *Impulsar la coordinación con el Programa de Trastornos de Personalidad y sus recursos dada la elevada comorbilidad psiquiátrica existente entre ambas patologías que justifica un trabajo conjunto.*

5. *Potenciar la coordinación con los Médicos Especialistas en Endocrinología y Nutrición.*
6. *Potenciar la coordinación, el intercambio de información y enlace con los Médicos Especialistas en Pediatría y Obstetricia, para el seguimiento de los hijos de madres con patología alimentaria, como actividad de prevención primaria.*

OBJETIVO 2

Estudio de las necesidades de camas específicas para hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria de adultos según la demanda

Desde mayo de 2008 funciona la Subunidad de Hospitalización para Trastornos de la Conducta Alimentaria de Adultos en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

ACCIÓN A REALIZAR:

Estudiar las necesidades de camas para hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria según la demanda.

OBJETIVO 3

Estudio de la oferta de un comedor terapéutico externo en el Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria de adultos del Hospital Universitario Santa Cristina

La Unidad de Día Hospitalaria de tratamiento de TCA crónicos ubicada en Hospital Santa Cristina, de referencia para la Comunidad de Madrid, intenta evitar la hospitalización y ser un recurso de transición entre el alta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio. Realiza tratamiento intensivo de pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria graves y de larga evolución, con elevada comorbilidad psiquiátrica.

ACCIÓN A REALIZAR:

Estudiar la posibilidad de oferta un comedor terapéutico externo para pacientes que en el proceso de tratamiento ambulatorio en su Centro de Salud Mental lo requieran.

OBJETIVO 4

Impulso a la formación continuada en Trastornos de la Conducta Alimentaria

Se estima necesaria la formación continuada y supervisión de los profesionales que se incorporan al Programa de TCA desde los diferentes niveles de asistencia y recursos.

ACCIÓN A REALIZAR:

Impulsar la formación continuada en el campo de la patología de la conducta alimentaria a través de la Agencia Laín Entralgo y en coordinación con el INUTCAM.

7.2. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD GRAVES

Durante la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008 la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental ha impulsado diversas iniciativas relacionadas con el abordaje específico de los Trastornos de la Personalidad. Inicialmente se constituyeron grupos de trabajo para elaborar Guías para familiares y profesionales. En 2007 se creó una Comisión de Evaluación y Orientación de Trastornos de la Personalidad para supervisar o elaborar directrices generales para el desarrollo de los programas de tratamiento en los Servicios de Salud Mental.

Al finalizar el Plan de Salud Mental 2003-2008 se habían puesto en funcionamiento dos Unidades Hospitalarias de Tratamiento (Comunidades Terapéuticas) para personas con Trastornos de la Personalidad graves, una en la Clínica San Miguel y otra en el Hospital Dr. R. Lafora. También funciona un Hospital de Día para Trastornos de la Personalidad en el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico de San Carlos. Sin embargo, la puesta en marcha de programas específicos de atención ambulatoria para pacientes con Trastorno de la Personalidad, ha tenido aún un desarrollo muy desigual.

El tratamiento de los pacientes con Trastorno de la Personalidad, por su complejidad y dificultad de abordaje, requiere de la participación de un equipo multiprofesional bien coordinado, siendo fundamental tener en cuenta que una de sus características clínicas habituales de los pacientes es su inestabilidad en las relaciones interpersonales, lo

que se refleja en la calidad del vínculo terapéutico, que se ve expuesto a tensiones y altibajos cuyo abordaje y resolución forma parte del trabajo terapéutico.

Se destaca la necesaria coordinación con los dispositivos de atención a las drogodependencias y con los recursos de la Red de Atención Social para personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, dada la frecuencia con que los pacientes con trastorno de la personalidad presentan abuso de sustancias y precisan de atención en los programas y centros de rehabilitación psicosocial.

Los pacientes con Trastorno de la Personalidad Grave presentan

- a) Evolución prolongada en el tiempo o riesgo de evolucionar hacia la cronicidad, con discapacidad (nivel funcional bajo).
- b) Comorbilidad con otros Trastornos Mentales, por ejemplo Trastornos de la Conducta Alimentaria, abuso/dependencia de alcohol y otras drogas etc.
- c) Necesidad de un abordaje complejo, con elevado consumo de recursos, incluyendo, además de la atención sanitaria, intervenciones psicosociales y de rehabilitación, así como actuaciones sobre el medio social y de apoyo a la familia. Además es necesario garantizar la continuidad de los cuidados.

Un aspecto común en el tratamiento de los Trastornos de la Personalidad Graves es el elevado consumo de recursos de manera muy poco coordinada, lo que supone una sobrecarga de trabajo en los dispositivos asistenciales y, en paralelo, una considerable frustración por parte de pacientes y familiares. Por tal razón, se propone como necesaria la implantación de una gestión coordinada de casos, con la incorporación de la figura del responsable del caso o facultativo de referencia para dar solución a dichos problemas. Las funciones del responsable del caso o facultativo de referencia son:

- Establecer un marco terapéutico.
- Identificar las necesidades y desarrollar un plan de tratamiento (comorbilidad, nivel de atención, modalidades de tratamiento).
- Control de la seguridad.
- Control de la evolución.

- Coordinar las terapias.
- Mantener la comunicación y la colaboración.
- Proporcionar psicoeducación y servir de referencia para la familia.

Basado en los expertos en el abordaje de los Trastornos de la Personalidad, los programas se deben organizar en cuatro niveles en función de la intensidad:

Nivel I: Tratamiento ambulatorio: 1-2h/ semana.

Nivel II: Tratamiento ambulatorio intensivo: 2-4h/ semana.

Nivel III: Hospitalización parcial: 5-8h/ día.

Nivel IV: Hospitalización completa: 24h/día.

Se considera necesario diseñar un programa transversal para el tratamiento del Trastorno de la Personalidad Grave, común para cada Unidad Asistencial, que implique a todos sus dispositivos y a algunos de referencia para la Comunidad de Madrid: Centros de Salud Mental, Unidad de Hospitalización Breve, Hospital de Día y Unidades Hospitalarias de Tratamiento (Comunidades Terapéuticas) para personas con Trastorno de la Personalidad Grave, así como Unidades de Tratamiento y Rehabilitación de media estancia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Prevención, detección, identificación y diagnóstico de las personas con Trastorno de la Personalidad Grave.
2. Evaluación clínica y funcional del paciente, de su familia y entorno.
3. Elaboración consensuada de un plan individualizado de tratamiento.
4. Aplicación de distintas intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia, con el consentimiento informado del paciente recogido en un contrato terapéutico, que servirá como marco de referencia, así como para su seguimiento periódico para el control de la calidad. Como paso previo a la inclusión en el programa terapéutico, en algunos pacientes será necesaria una «preparación para el cambio», intervención para mejorar la motivación.
5. Psicoeducación a los pacientes y familiares.
6. Garantía de la continuidad asistencial, mediante la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación.
7. Derivación al programa general de tratamiento a la finalización de las intervenciones específicas.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Desarrollar, implantar y evaluar en cada Unidad Asistencial un Programa para personas con Trastorno de Personalidad Grave.*
2. *Coordinar el Programa para personas con Trastorno de Personalidad Grave con los recursos de la Red de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales —cuyo perfil clínico sea el indicado— contando con el apoyo del programa de tratamiento desde el Servicio de Salud Mental y teniendo en cuenta que el papel de los recursos residenciales de la Red de Atención Social no es de tratamiento psicoterapéutico ni de contención conductual.*
3. *Coordinar el Programa para personas con Trastorno de Personalidad Grave con la red de los recursos de atención a las drogodependencias y el alcoholismo.*

7.3. ALCOHOLISMO, OTRAS ADICCIONES Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DE LAS ADICCIONES (PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL)

Los trastornos adictivos (por uso de sustancias o las adicciones conductuales) son una de las patologías más prevalentes en nuestra sociedad (prevalencia del 5-10% de la población general). Los trastornos por uso de alcohol, de cannabis y de cocaína constituyen los problemas más importantes, no sólo desde el punto de vista epidemiológico, sino también asistencial. De hecho, su repercusión en el sistema sanitario ha generado una especial atención por parte de clínicos y gestores. El reciente Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría constituye un punto de referencia sobre la magnitud de estos trastornos en nuestro país (Sociedad Española de Psiquiatría, 2004).

En lo que respecta a la comorbilidad de los trastornos psiquiátricos en personas diagnosticadas de trastornos adictivos, también conocidos como pacientes con diagnóstico dual (o patología dual), la mayor parte de los estudios epidemiológicos y clínicos apoyan su elevada prevalencia. Todos los estudios epidemiológicos realizados hasta la fecha en el ámbito comunitario indican la elevada comorbilidad entre ambos tipos de trastornos.

De forma resumida puede afirmarse que los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos y los de la personalidad están estrechamente relacionados con los trastor-

nos por uso de sustancias. Además, se considera que en el año 2025 el 75% de los pacientes que acudan a los Servicios de Salud Mental tendrán un doble diagnóstico, uno debido a la utilización de sustancias y otro independiente (Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2008). *Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings* (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD.

Esta elevada comorbilidad también ocurre también entre los sujetos que son atendidos en la red de atención a las drogodependencias de la Comunidad de Madrid, ya que se considera que entre el 50-80% de los pacientes presentan un trastorno psiquiátrico adicional a lo largo de la vida, junto al relacionado con el uso de sustancias. Recientemente se ha realizado un estudio sobre 400 historias clínicas de pacientes atendidos tanto en la red de Atención a las Drogodependencias como en la Red de Salud Mental de nuestra Comunidad, y se ha constatado que el 34% de los pacientes presentaban trastornos duales. Entre estos, la droga más frecuente era el alcohol, seguida de la cocaína y de los opiáceos (57%, 51% y 34%, respectivamente). Respecto a los trastornos psiquiátricos, el más frecuente era el grupo de los trastornos afectivos (49%) seguido de los trastornos de la personalidad (30%) y del espectro psicótico (9.6%) (Szerman y cols. 2008).

El perfil del paciente que solicita atención por problemas de abuso de sustancias en nuestra Comunidad corresponde a un sujeto joven con problemas de dependencia por cocaína y alcohol, que presenta además otros trastornos psiquiátricos del tipo trastornos de la personalidad y sintomatología psicótica relacionada con la ingesta de estimulantes.

Por el contrario, el perfil del paciente alcohólico atendido en los Centros de Salud Mental es el de paciente varón, también con trastornos por uso de alcohol y cocaína con mayor comorbilidad para trastornos afectivos (depresivos, bipolares) y psicóticos. Con relación a las adicciones conductuales (por ejemplo el juego patológico), estos pacientes suelen ser atendidos en los Centros de Salud Mental debido a la elevada comorbilidad de este trastorno con otros trastornos mentales y con otras adicciones como el alcoholismo.

Esta elevada asociación entre el consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos ha llevado a plantear la presencia de elementos de vulnerabilidad común en diferentes

patologías, como por ejemplo el de la impulsividad, para poder explicar esta asociación. De este marco surge el concepto Psiquiatría de la Adicción donde, además de los pacientes a los que se ha hecho referencia, se incluirían aquellos que manifiestan conductas adictivas sin sustancia. Por otra parte es un hecho que, desde la constitución en 1985 de la Academia Americana de Psiquiatría de la Adicción, son cada vez más los profesionales que consideran esta posibilidad, ya que puede ofrecer una perspectiva integradora de estos trastornos (*American Academy of Addiction Psychiatry*, 2009).

La principal dificultad asistencial para tratar a pacientes con abuso de sustancias y comorbilidad psiquiátrica procede de la existencia de dos redes: la de atención a la Salud Mental y la de atención a las Drogodependencias. En nuestra Comunidad, desde la exclusión en el año 1987 de las personas dependientes de la heroína de la red de Salud Mental y la creación de la Red de Atención a las Drogodependencias, tradicionalmente se ha venido atendiendo a los sujetos con trastornos por uso de drogas ilegales en la Red para drogodependientes, mientras que las personas dependientes del alcohol son atendidos en los programas de alcohol de los Centros de Salud Mental.

La Red de Atención a personas Drogodependientes depende en parte de la propia Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid y en parte del Ayuntamiento de Madrid (Instituto de Adicciones de Madrid Salud), mientras que la Red de Salud Mental está incluida en el Servicio Madrileño de Salud.

La existencia de ambas redes, la heterogeneidad de las mismas, la complejidad de los pacientes atendidos y los problemas de coordinación entre profesionales enmarcan el siguiente **análisis de situación**:

a) De los programas ambulatorios

Tratamiento de los Trastornos por uso de sustancias y adicciones conductuales

En los Centros de Salud Mental, a pesar de contar todos ellos con un programa para el tratamiento del alcoholismo, la atención es muy heterogénea. Habitualmente estos pacientes son derivados a los grupos de autoayuda de nuestra Comunidad (Centros

de FACOMA-Federación de alcohólicos de la Comunidad de Madrid- o de Alcohólicos Anónimos).

Salvo excepciones, los tratamientos grupales no están implantados en todos los Centros (únicamente en 7 Centros de Salud Mental funciona un equipo multidisciplinar para el programa de alcoholismo) ni tampoco los tratamientos específicos para las personas dependientes del alcohol con comorbilidad psiquiátrica (que suelen ser muchas).

El descenso de los problemas derivados del consumo de opiáceos en los últimos años ha provocado la orientación de los equipos terapéuticos de la red de drogas al tratamiento de los pacientes con problemas por el alcohol, lo que ha generado una importante heterogeneidad, y a veces cierta confusión, en el abordaje de estos pacientes.

Hay heterogeneidad en lo que respecta al lugar de derivación de estos pacientes desde Atención Primaria. Algunos Centros de Salud Mental se siguen haciendo cargo del tratamiento de estos pacientes, mientras que otros pacientes son derivados a los Centros de la Red de Atención a las Drogodependencias correspondientes. Sin embargo, las Asociaciones de Ex alcohólicos de nuestra Comunidad opinan que el tratamiento de las personas con trastorno por uso de alcohol debe ser realizado en la red sanitaria normalizada, como el de cualquier otra enfermedad mental.

El aumento en la prevalencia de los trastornos adictivos conductuales (juego patológico, o la adicción a nuevas tecnologías) no es atendido eficazmente en nuestra Comunidad por ninguna de ambas redes, lo que demuestra una vez más la trascendencia de una actuación coordinada, y no compartimentada en redes asistenciales, del tratamiento de los trastornos adictivos.

Tratamiento de personas con diagnóstico dual

Uno de los problemas persistentes a lo largo de los años y puesto de manifiesto por los profesionales de los dispositivos de Atención a las Drogodependencias es la complicada coordinación con los Servicios de Salud Mental. Por parte de algunos médicos psiquiatras de los Centros de Salud Mental son muchas las resistencias para tratar a estos pacientes. Esta situación, ha llevado a la creación de recursos específicos dentro

de la Red de Atención a las Drogodependencias —pisos— para pacientes con diagnóstico dual, lo que incide más en la marginalización de estos pacientes, alejándolos del sistema normalizado de salud.

Existen algunas experiencias de coordinación para el abordaje de los pacientes con diagnóstico dual entre profesionales de la Red de Atención a la Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias tales como por ejemplo, la Unidad de Diagnóstico Dual del Hospital Universitario 12 de Octubre, la Unidad de Patología Dual del Centro de Salud Mental de Moratalaz y la colaboración entre los Servicios de Salud Mental y el Centro de Atención a Drogodependencias de Alcalá de Henares. Sin embargo, en la mayor parte de las Unidades Asistenciales es necesario impulsar la coordinación entre ambas redes.

b) De las Unidades hospitalarias

Las Unidades de Desintoxicación de la Red de Salud Mental mayoritariamente están atendiendo a pacientes derivados desde la Red de Atención a las Drogodependencias. De esta forma, una proporción importante de los ingresos realizados en las Unidades de Desintoxicación del Hospital Dr. R. Lafora y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón se efectúan para tratamiento de desintoxicación de alcohol y benzodicepinas de pacientes que se encuentran en programas de mantenimiento con metadona.

Para las personas dependientes del alcohol existen en nuestra Comunidad tres Unidades de Desintoxicación: la Unidad de Desintoxicación del Hospital Dr. R. Lafora, el programa mixto (Medicina Interna/Psiquiatría) del Hospital Universitario 12 de Octubre y la Unidad de Desintoxicación de la Clínica Ntra. Sra. De la Paz (concertada con el Ayuntamiento de Madrid).

Por otra parte, el Instituto de Adicciones Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid tiene concertada una Unidad para pacientes dependientes de cocaína con diagnóstico dual en la Clínica Ntra. Sra. De la Paz.

c) De los dispositivos residenciales

Existen Comunidades Terapéuticas para personas drogodependientes incluidas en la Red de Atención a las Drogodependencias, que en los últimos años se han convertido en Unidades residenciales para personas con Patología Dual, aunque con las dificultades para ofrecerles un tratamiento integral, por la falta de atención psiquiátrica especializada en estos centros.

Únicamente existe una Unidad de Deshabitación para pacientes dependientes del alcohol en el Hospital Dr. R. Lafora, de referencia para la Comunidad de Madrid, con muchos años de funcionamiento.

Existe un grupo de pacientes que presenta un deterioro cognitivo importante secundario al consumo de alcohol u otros tóxicos. Estos pacientes suelen ser considerados como «poco motivados» para el tratamiento (el daño cerebral no les permite adaptarse a los programas de tratamiento) y suelen acabar perdiendo todo tipo de apoyo, tanto familiar como comunitario. Algunos tienen el diagnóstico de síndrome de Korsakov, otros no están correctamente diagnosticados pero encajarían en lo que se denomina «demencia alcohólica». De ellos, algunos son propuestos para la ocupar cama en Unidades de Larga estancia de la Red de Atención a la Salud Mental y son rechazados en los centros de atención para pacientes con demencia tipo Alzheimer. Una característica de estos pacientes, a diferencia de los que presentan demencias de tipo degenerativo, es que el daño cerebral secundario a tóxicos no progresa, a no ser que el sujeto siga administrándose el tóxico.

Se han identificado los siguientes objetivos de mejora:

OBJETIVO

Adopción de un modelo integral de tratamiento para personas con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica

Un modelo integral de tratamiento permitiría abarcar a los pacientes con trastornos por uso de sustancias, a los que presenten adicciones conductuales (juego, compra,

sexo, nuevas tecnologías) y a los que tengan además otros trastornos psiquiátricos comórbidos (pacientes con patología dual).

Este modelo integral de tratamiento se considera la estrategia más importante y eficaz para el tratamiento de los pacientes con trastornos adictivos:

- a) Supone la estrecha colaboración entre ambas redes de tratamiento (Red de Atención a Drogodependencias y Red de Atención a la Salud Mental).
- b) Permite abordar de forma integrada y con una perspectiva longitudinal a los sujetos con este tipo de trastornos.

Los elementos del modelo Integral son las siguientes:

- a) Coordinación de los servicios de atención a la Salud Mental y de atención a las Drogodependencias.
- b) Abordaje integral de estos pacientes en todas aquellas áreas en las que suelen mostrar disfunciones: abuso-dependencia de drogas, trastornos psiquiátricos asociados, problemas de alojamiento, de relación social y laboral.
- c) Empleo de la asertividad comunitaria para el manejo clínico de estos pacientes, lo que supone una búsqueda activa de los pacientes que no suelen acudir a pedir ayuda; recurrir a estrategias legales cuando sea necesario; y el mantenimiento de la continuidad de cuidados en el ámbito del paciente por parte de los servicios de salud y comunitarios.
- d) Incorporación de la filosofía de los programas de reducción de daños a los abordajes de estos pacientes (especialmente en los sujetos con diagnóstico dual) e inclusión de las técnicas motivacionales como herramientas de primera línea de tratamiento.
- e) Disponibilidad de múltiples modalidades farmacológicas y psicoterapéuticas que abarquen la complejidad de estos pacientes.
- f) Actuación desde una perspectiva a largo plazo puesto que estos pacientes durante el curso de sus patologías van a necesitar diferentes modalidades de tratamiento farmacológico, psicológico o residencial.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Fomento de la coordinación entre las redes de Atención a las Drogodependencias y a la Salud Mental

El fomento de la coordinación entre los distintos dispositivos permitiría planificar conjuntamente el tratamiento de los pacientes. Además, favorecería la formación de los profesionales de ambas redes, la ordenación de recursos y tipos de tratamientos y el desarrollo de programas específicos para pacientes más complicados.

ACCIÓN A REALIZAR:

Fomentar la existencia de una óptima coordinación entre las redes de Atención a las Drogodependencias y a la Salud Mental.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Estudio de necesidades de recursos específicos

Para poder abarcar al complejo y heterogéneo perfil de los pacientes con diagnóstico dual se estima necesario estudiar las necesidades de recursos específicos en base a la demanda, y de adaptación de los existentes.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Estudio de reconversión de las Unidades hospitalarias de desintoxicación existentes en Unidades mixtas de desintoxicación y de tratamiento de pacientes con diagnóstico dual (Unidades de Psiquiatría de la Adicción).*
2. *Estudio de necesidades de camas residenciales de (Comunidades terapéuticas) para deshabituación de pacientes dependientes del alcohol-cocaína*

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Fomento de la Cooperación con las Asociaciones de Autoayuda y Rehabilitación de personas dependientes del alcohol y de otras adicciones

Las Asociaciones de Autoayuda para personas dependientes del alcohol y de otras adicciones como es el juego patológico, desempeñan en la Comunidad de Madrid un papel muy importante para el seguimiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos adictivos.

La Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA) y su red CAPA (Centros Alternativos Psicosociales a la Adicción) constituyen una herramienta de apoyo esencial para los profesionales muy próxima a la asistencia.

ACCIÓN A REALIZAR:

Fomentar la cooperación institucional con FACOMA- Red CAPA y Asociaciones de Autoayuda de otras Adicciones (como el juego patológico).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Addiction Psychiatry. <http://aaap.org/home.htm>
2. Arias F, Rubio G, López-Muñoz F, Ferre F. Introducción al tratamiento de la patología con diagnóstico dual: Aspectos asistenciales y terapéuticos. En (Rubio et al. Eds). Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid, Panamericana, 257-272, 2001
3. Center for Substance Abuse Treatment (CAST). TIP-42. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. CAST. 2005.
4. Edeh J. Dual or separate services? En G H. Rassool (ed). Dual Diagnosis. Blackwell 2002, 204-15.
5. Grant BF Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. J Subst Abuse 1995; 7: 7481-497
6. Grant BF, Stinson FS, Dawsons DA et al Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 361-368.
7. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005, 62 (6) 590-2.
8. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders. Guilford Press, 2003.

9. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ et al Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study JAMA 1990; 264: 2511-8.
10. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Barcelona, Ars Medica, 2004.
11. Szerman y cols. 2008. Estudio piloto de trastornos comórbidos de las adicciones en la Comunidad de Madrid (2008).
12. J de Pablo, M Pollán, JR Varo. Análisis de comorbilidad entre síndrome de dependencia del alcohol y ludopatía en pacientes en tratamiento en centros de salud mental. Anales, 2002; 1: 31-36.
13. Villoria C. El juego patológico en los universitarios de la Comunidad de Madrid. Clínica y Salud 2003; 14,1: 43-65.

7.4. COORDINACIÓN CON LA OFICINA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Los Cuidados Paliativos se definen como el cuidado total y activo de determinados pacientes y sus familiares cuando la enfermedad de dicho paciente ya no responde a tratamientos curativos y su expectativa de vida es relativamente corta. Están basados en las necesidades de cada paciente y no en la enfermedad en sí. El equipo multidisciplinar que trabaja en Medicina Paliativa incluye médicos de diversas especialidades, enfermeras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisio-terapeutas y voluntarios. Este trabajo multidisciplinar viene marcado por la inexistencia en España de la especialidad médica de Cuidados Paliativos. Enfermos oncológicos y con enfermedades de la motoneurona constituyen el perfil más frecuente de paciente. La importancia de los aspectos psicosociales en Cuidados Paliativos es ampliamente reconocida.

El objetivo fundamental de la asistencia a las reacciones psicológicas a la enfermedad terminal es el alivio del sufrimiento, en el enfermo, en su familia y en los profesionales que le atienden. Las principales razones por las cuales los pacientes en Cuidados Paliativos son derivados a un profesional de la Salud Mental son diagnósticos de depresión, ansiedad, trastorno mental orgánico, trastornos adaptativos complejos, síntomas somáticos, autolesiones o intentos de suicidio y otros. El enfermo suele percibir

la situación como una grave amenaza ante la cual no posee apenas recursos. Este claro balance negativo entre la percepción de la enfermedad como una amenaza y la evaluación de los recursos para oponerse a ella es la que genera el sufrimiento cuyo elemento nuclear es la indefensión.

Las intervenciones a llevar a cabo suelen ser el diagnóstico diferencial, el tratamiento farmacológico, psicoterapia de apoyo y la terapia grupal. En la práctica clínica, la mayor parte de los pacientes en Cuidados Paliativos que han sido derivados a un médico psiquiatra o psicólogo clínico se han beneficiado notoriamente tras su intervención, a pesar de que estos profesionales no reciben formación específica durante su período de formación MIR o PIR. Tampoco son formados en estos aspectos los enfermeros especialistas en Salud Mental durante el período EIR.

Esta carencia podría ser parcialmente corregida mediante acciones formativas específicas impulsadas desde la Agencia Laín Entralgo para la formación, investigación y estudios sanitarios de la Comunidad de Madrid.

Mención especial por su complejidad y esperanza de vida merece el enfermo oncológico, para el cual sí se encuentra más desarrollada la formación en Psicooncología.

En este proceso de atención son los profesionales de Cuidados Paliativos los que identifican las necesidades específicas de intervención especializada a llevar a cabo por los profesionales de Salud Mental, más allá del apoyo emocional al enfermo y a su familia que presta el equipo de Cuidados Paliativos.

OBJETIVO

Impulso a la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Oficina Regional de Cuidados Paliativos dentro de la integración en la Unidad Asistencial tanto del Programa de Cuidados Paliativos como de las Unidades de Salud Mental

Entre las funciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se encuentra la coordinación con otros organismos que desempeñan un papel en la atención a la Salud Mental. Por otra parte, en la Unidad Asistencial se integran tanto el Programa de Cuidados Paliativos como las Unidades de Salud Mental.

ACCIÓN A REALIZAR:

Impulsar la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Oficina Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.

7.5. SORDERA Y SALUD MENTAL

La Unidad de Salud Mental para Personas Sordas (USMS), de referencia para la Comunidad de Madrid, se puso en marcha en 2002, debido a la necesidad real que tiene el colectivo de personas sordas de recibir una atención especializada en el área de la Salud Mental, tanto por la mayor incidencia de trastornos mentales, como por sus especiales características comunicativas que imponen, en la mayoría de los casos, la utilización de sistemas de comunicación alternativos a la lengua oral y habitualmente la Lengua de Signos Española (LSE). De entre las múltiples consecuencias de la sordera en su interacción con el entorno, las relacionadas con el desarrollo afectivo y su cristalización en distintos trastornos y enfermedades mentales son las que originaron la puesta en funcionamiento de la Unidad de Salud Mental para personas sordas.

Una comunicación poco eficaz es una circunstancia de riesgo cuando hablamos de salud, y especialmente cuando se trata de la salud mental donde el diagnóstico y el tratamiento se basan en el lenguaje. Por ello, es necesaria una atención específica en un contexto adaptado, libre de barreras de comunicación, en el que se empleen sistemas adecuados y efectivos para cada paciente.

De manera general y sin entrar en consideraciones particulares, los resultados de las investigaciones sobre la salud mental de las personas sordas desarrolladas en los últimos 30 años pueden resumirse en las siguientes conclusiones:

- La mayoría revela que hay más trastornos entre las personas sordas que entre los oyentes.
- Se acepta mayoritariamente que ocurren estancias más largas en los hospitales psiquiátricos entre los pacientes sordos.
- Estas estancias más largas son debidas a los tratamientos más pobres y a la ausencia de personal especializado.

- En general es más fácil para un paciente sordo recibir, al ser ingresado en una unidad psiquiátrica general, un aislamiento custodiado y antiterapéutico que un verdadero tratamiento en salud mental.
- La mayoría de los incidentes que desencadenan el ingreso psiquiátrico son episodios agresivos. Esto se debe, en la mayoría de los casos, a la frustración derivada de las dificultades de comunicación.
- En las personas sordas se ha constatado:
 - Mayor probabilidad de ser diagnosticadas de trastornos de personalidad o trastornos adaptativos o de comportamiento.
 - Mayor probabilidad de padecer síndromes orgánicos.
 - Igual probabilidad para sufrir esquizofrenia que las personas oyentes.
 - Igual probabilidad de padecer un trastorno de tipo paranoide.
 - Igual probabilidad de sufrir depresión o trastornos neuróticos como se había sugerido en las primeras investigaciones.
- La sordera en sí misma no conlleva un especial riesgo de padecer problemas de salud mental; sino que esta vulnerabilidad hacia los problemas de salud mental deriva de ser sordo en una sociedad oyente, en la cual la habilidad para oír se considera necesaria para funcionar.

El trabajo de la USMS es actualmente de carácter ambulatorio en su mayor parte, si bien se apoya el tratamiento durante la hospitalización en las camas del Servicio donde está ubicada. La Unidad está dirigida fundamentalmente al conjunto de personas sordas profundas prelingüísticas aunque trabaja con personas con otros grados de pérdida auditiva y diferentes edades de aparición de la sordera que padecen trastornos mentales y/o de conducta y que por sus dificultades comunicativas o por usar un lenguaje diferente (generalmente la Lengua de Signos Española), se considere que no puedan ser atendidos adecuadamente por los Servicios de Salud Mental de referencia.

La USMS se creó en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y por su carácter pionero en esta materia dentro de la Sanidad pública, con vocación de atender a toda la población sorda de la Comunidad de Madrid que lo precise.

La USMS ha establecido un marco de relación y colaboración con las asociaciones de personas sordas, tanto a nivel nacional como regional. A nivel nacional y desde la puesta en marcha de la Unidad la USMS ha contado con el apoyo institucional de la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE). Con esta entidad directamente o a través de la Fundación CNSE se mantienen contactos destinados a la divulgación de la actividad de la USMS y a la promoción de la salud mental en el colectivo de personas sordas.

A nivel regional, la colaboración fundamentalmente es con la Federación de personas sordas de la Comunidad de Madrid, y las asociaciones de personas sordas que en ella se integran. La USMS mantiene también buenos lazos de colaboración con las asociaciones de padres y amigos de las personas sordas, FIAPAS a nivel nacional y FEMAPAS en el ámbito regional. Especialmente relevantes son también las colaboraciones con entidades científicas del ámbito de la salud mental y la sordera, nacionales e internacionales.

OBJETIVO

Atender las necesidades de Salud Mental de la población sorda de la Comunidad de Madrid

7.6. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La Discapacidad Intelectual afecta aproximadamente al 1,5% de la población en países con una economía desarrollada. En general, las tasas de problemas de conducta en personas con discapacidad intelectual muestran un amplio rango de variación según diferentes estudios realizados (5-60%). En ello influyen las dificultades metodológicas en la evaluación de estos problemas. Algunos autores señalan que entre el 10-15% de las personas con Discapacidad Intelectual que utilizan servicios educativos, sociales o sanitarios presentan alteraciones de conducta y otros señalan tasas entre el 46 y el 60%. Las alteraciones conductuales más frecuentes que se describen en la bibliografía especializada son los comportamientos limitadores de la actividad y la participación, los de tipo disocial (9-12%), la agresión (7%), el comportamiento destructivo (4-5%) y las autolesiones (4%).

La esquizofrenia es más frecuente en adultos con Discapacidad Intelectual (1,3 a 3,7 %) que en la población general (0,5 a 1%). La prevalencia de trastornos depresivos en

adultos con discapacidad intelectual se sitúa entre el 1,3 y el 4,6%. Se han descrito cambios cíclicos en la conducta y el humor en un 4% de sujetos con Discapacidad Intelectual. En la población general la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo es del 1%, mientras que los estudios en personas con Discapacidad Intelectual indican prevalencias entre el 1 y el 3,6%.

Las personas con Discapacidad Intelectual cuentan con una serie de peculiaridades que dificultan su abordaje desde los dispositivos de Salud Mental convencionales: requieren mayor tiempo de evaluación, las características clínicas son diferentes a las manifestadas por la población general, suelen requerir de personal especialmente entrenado en la evaluación y el tratamiento de sus trastornos, etc.

El Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI) de la Comunidad de Madrid surge en 2008 porque la Consejería de Sanidad, a propuesta de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, decide asumirlo como compromiso en el Plan de Acción para personas con discapacidad 2005-2008 de la Comunidad de Madrid. En su puesta en marcha ha jugado un importante papel la coordinación entre la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Los usuarios de este servicio son adultos con Discapacidad Intelectual y problemas de Salud Mental y/o problemas de conducta que están en contacto con centros asociados a la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y que no están siendo atendidos en la Red de los Servicios de Salud Mental.

Este servicio especializado se creó dada la complejidad que entraña el diagnóstico de trastorno mental en personas con Discapacidad Intelectual, lo que requiere de una especialización y de un entrenamiento específico.

Los objetivos generales del SESM-DI son los siguientes:

1. Evaluar, diagnosticar y desarrollar intervenciones en aquéllas personas con Discapacidad Intelectual atendidas en los Centros de la Consejería de Familia

y Asuntos Sociales que no estén siendo atendidas en los Servicios de Salud Mental de Distrito y que presenten problemas psiquiátricos y/o conductuales. Este plan de intervención debe incluir el acercamiento de las personas con Discapacidad Intelectual con problemas de salud mental a los Servicios de Salud Mental de Distrito.

2. Formar al personal de los Centros de Salud Mental y de los Centros que dependen de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en la atención a estas personas.

Los objetivos específicos del SESM-DI son los siguientes:

1. En relación a la persona con Discapacidad Intelectual: Evaluación amplia y adaptada a la complejidad; Diagnóstico (los cuadros clínicos no siempre presentan la expresión diagnóstica habitual) y tratamiento global trabajando los diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
2. En relación a la familia. El trabajo con la familia ha de estar presente en todo el proceso desde la evaluación hasta el tratamiento y seguimiento. Los familiares han de ser integrados en el proyecto de tratamiento y rehabilitación para que constituyan un agente positivo. Para ello se les proporciona información, orientación y soporte, pues asumir la doble patología es doblemente costoso.
3. En relación a los centros:
 - a) Formación a los profesionales de las dos redes (sanitaria y social) para mejorar la atención a estas personas y para que se pueda realizar una mejor detección y prevención de los trastornos.
 - b) Coordinaciones. Es básico el trabajo en red, en el sentido de trabajo coordinado entre los diferentes servicios con el fin de garantizar una atención integral y coordinada a las personas con Discapacidad Intelectual.

Dado el impacto que el entorno suele tener en personas con Discapacidad Intelectual, resulta de crucial importancia realizar su evaluación en su entorno natural, donde tienden a presentarse los trastornos de conducta. Asimismo, dada la dificultad generalmente encontrada a la hora de obtener información por parte de los cuidadores, resulta conveniente entrevistar a la mayor cantidad de miembros del entorno del paciente.

Esto es posible únicamente mediante el desplazamiento del personal que compone el equipo de la unidad a los centros que atienden a personas con Discapacidad Intelectual.

Cuando una persona con Discapacidad Intelectual leve presenta trastornos de conducta que alteran la convivencia en los centros dependientes de Consejería de Familia y Asuntos Sociales, puede ser etiquetado de Trastorno Mental y derivado a un dispositivo de hospitalización psiquiátrica de media o larga estancia. A esto hay que añadir la presión de las instancias judiciales para acoger los distintos problemas con pacientes de este tipo. Sin embargo, un dispositivo de estas características puede no ser el entorno terapéutico más adecuado para personas con Discapacidad Intelectual, que tienen riesgo de ser discriminadas y abusadas por otros pacientes con inteligencia normal.

OBJETIVO

Evaluación e intervención en personas con Discapacidad Intelectual atendidas en los Centros de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales

El objetivo del Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI) de la Comunidad de Madrid es evaluar, diagnosticar y desarrollar intervenciones en aquellas personas con Discapacidad Intelectual atendidas en los Centros de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales que no estén siendo atendidas en los Servicios de Salud Mental de Distrito y que presenten problemas psiquiátricos y/o conductuales, así como formar al personal de los Centros de Salud Mental y de los Centros que dependen de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en la atención a estas personas.

Se recomienda estudiar, de forma coordinada con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, las necesidades de atención de salud mental en Unidades específicas para personas con Discapacidad Intelectual leve y trastornos de conducta.

ACCIONES A REALIZAR:

1. Consolidar el Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI)
2. Estudiar en coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales las necesidades de atención de salud mental de personas con Discapacidad Intelectual leve y trastornos de conducta

7.7. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

El Programa de Atención Médica Integral a Pacientes con Trastornos del Espectro Autista AMI-TEA se inauguró por la Consejería de Sanidad en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón en abril de 2009 para atender a las personas con Trastornos del Espectro Autista (TEA) en un recurso especializado, centralizado y sensible a sus necesidades singulares.

Como se refleja en el decálogo conclusión del seminario de la atención sanitaria a las personas con discapacidad, CERMI/INSALUD (Madrid, 28 de noviembre de 2001):

«Las personas con discapacidad, tanto globalmente consideradas como atendiendo al tipo específico de discapacidad, presentan una serie de singularidades que tienen que ser tenidas en cuenta por el sistema de salud dentro del marco global de los principios que inspiran a éste: universalidad, gratuidad, calidad y atención a la diversidad. España dispone de un sistema sanitario que ha de ser considerado como un valor social irrenunciable que para alcanzar mayores cotas de equidad y satisfacción social ha de atender las particularidades asociadas a grupos de población específicos, como es el caso de las personas con discapacidad.»

La población autista tiene como dificultades esenciales la disfunción en el lenguaje y comunicación, en la interacción social recíproca y los comportamientos estereotipados, rígidos y extraños. Además, un 80 % de la población con autismo tiene retraso mental. Como en todas las personas, cualquier problema médico afecta al comportamiento y al funcionamiento cognitivo, lo cual es especialmente grave en una población a priori muy limitada por sus recursos de base.

En el caso de las personas con autismo, cualquier cambio en el funcionamiento previo puede significar la existencia de un problema médico.

Algunos de los síntomas más frecuentes que orientan hacia la existencia de una posible patología intercurrente son: comportamiento autoagresivo, alteraciones en el sueño, heteroagresividad, alteraciones en el comportamiento, empeoramiento del nivel funcional previo. Todos ellos son síntomas que en la población general suelen significar patología psiquiátrica y en la población autista no. Además, cualquier patología médica es esperable que produzca dolor y malestar, lo cual produce irritabilidad y puede alterar el nivel de alerta/vigilancia e impedir el progreso educativo. Por último, las descompensaciones físicas en todas las personas producen disminución de la eficiencia del procesamiento mental, lo que en esta población significa una reducción de las ya precarias capacidades cognitivas y competencias de comunicación, alterando la capacidad de atención, y produciendo en muchos casos desorganización, confusión, frustración, agresividad o problemas perceptivos.

El sistema sanitario no puede responder adecuadamente a las necesidades sanitarias de los pacientes con TEA si no se adapta, por las siguientes razones:

- Las personas con TEA pueden no decir que tienen dolor, aunque tengan lenguaje.
- Las personas con TEA tienen dificultades para localizar el origen del dolor o malestar.
- Las personas con TEA tienen especiales dificultades en la salida de su entorno habitual, pudiendo tener alteraciones comportamentales graves en relación con los cambios.
- Las personas con autismo tienen alterada la capacidad de relación social, base fundamental de cualquier interacción entre personas.

Los TEA se asocian en ocasiones con patología orgánica subyacente relacionada con el propio autismo (síndromes genéticos, alteraciones metabólicas, etc.). Además de ello, cualquier patología que afecta a la población general puede también afectar a estas personas. Su impacto sin embargo es más problemático en los pacientes con TEA que en la población general, su detección y diagnóstico más difícil, y su trata-

miento puede exigir adaptaciones a las características de esta población. Además, los problemas médicos asociados (alteraciones de la fisiología digestiva, de la fisiología del sueño, del comportamiento, de la percepción) y los problemas intercurrentes que toda la población puede tener, son más frecuentes que los problemas específicamente relacionados con el autismo. Los primeros en muchas ocasiones se supone que se derivan de los mismos problemas sistémicos de base que provocan el autismo (como las alteraciones metabólicas o enzimáticas), pero su origen específico suele ser desconocido.

Las características propias de la población autista hacen que para la atención de toda patología orgánica se hagan unas revisiones más frecuentes, se realicen más pruebas objetivas y la valoración se centre menos en datos subjetivos. Exige además reducciones del tiempo de espera, la utilización de ayudas técnicas especiales, la formación-especialización de personal sanitario y contar con apoyos de profesionales de atención directa (terapeutas, educadores, psicólogos etc.) que acompañen en todo momento a la persona con autismo con el fin de facilitar las medidas sanitarias suficientes para poder proporcionar una atención medico-sanitaria más comprensiva y ajustada a las necesidades de este colectivo.

A modo de ejemplos, la necesidad de rutina y anticipación del entorno y la hiperestesia sensorial que con frecuencia caracterizan a estas personas suele ser tan importante que el solo hecho de ir al médico y esperar en una sala con otras personas un tiempo que para otra persona sería razonable, fácilmente desencadena un nerviosismo y malestar tan importantes, que no se pueden expresar y que son manifestados en forma de conductas agresivas, la mayor parte de las veces hacia sí mismos. Otro ejemplo sería que, derivado de una frecuente tolerancia al dolor aumentada, junto con una gran dificultad para diferenciar distintas fuentes de malestar, los cuadros clínicos de cualquier tipo con frecuencia se prolongan y detectan mucho después de lo que haría que el tratamiento fuese eficaz si se detectara a tiempo el proceso patológico. Como ejemplo final, no es nada raro tampoco que se detecte un problema de agudeza visual grave años más tarde de lo que se suele detectar en otros niños.

Por tanto, las características singulares de una persona con autismo (por ejemplo, sus dificultades de colaboración en las exploraciones médicas, los problemas de comunica-

ción, la necesidad de apoyo y supervisión constantes etc.) le dificultan enormemente recibir la atención sanitaria, si no se tienen en cuenta sus necesidades especiales.

En la atención a los pacientes con trastornos del espectro autista conviene tener dos niveles de acercamiento. Es importante reconocer la patología médica por sus síntomas y signos, pero es también muy importante un acercamiento funcional, de manera que se pueda dar sentido a muchos síntomas aislados en función del conocimiento de los mecanismos fisiológicos subyacentes implicados. Leves alteraciones fisiológicas pueden producir un funcionamiento físico subóptimo que puede tener una repercusión comportamental importante. Por ejemplo, no es nada infrecuente un empeoramiento en el comportamiento, con conductas auto y heteroagresivas por un estreñimiento no grave; las personas con autismo no tienen la suficiente capacidad como para interpretar de forma correcta pequeños malestares, o como para combatir/soportar mentalmente esas molestias.

La baja prevalencia de los TEA hace que muchos profesionales sanitarios no tengan experiencia en el manejo de estos pacientes, cuyas dificultades de base condicionan de forma importante su relación con los demás. En la Comunidad de Madrid, se ha estimado que unos 3.000 individuos presentan un Trastorno del Espectro Autista (Informe Situación y Necesidades de las Personas con Trastorno del Espectro Autista en la Comunidad de Madrid, Obra Social de la Caja de Madrid, Belinchón, M [coord], 2001).

Los profesionales más indicados para la realización de la labor de asistencia a los pacientes autistas en la evaluación diferencial del origen de sus descompensaciones conductuales son los médicos psiquiatras, especialmente entrenados en la valoración y manejo de pacientes autistas.

En conclusión, dada la gravedad del cuadro clínico de personas con autismo, la alta frecuencia de trastornos orgánicos y problemas de salud relevantes asociados y las características de esta población en cuanto a su capacidad de expresar sus necesidades y sus dificultades, y para entender el mundo que les rodea, se considera que la personas con TEA requieren una atención sanitaria preferente y singular. A esta necesidad ha respondido la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid con la instauración del Programa AMI-TEA.

Dicho Programa cuenta con un Coordinador Asistencial (DUE), un Coordinador Médico (médico psiquiatra) y un psicólogo clínico. El Programa da servicio a todos los pacientes con TEA, de cualquier edad, de toda la Comunidad de Madrid. El Coordinador Asistencial se encarga de la centralización de todas las derivaciones, citaciones, unificación de exploraciones complementarias y actuaciones de enfermería derivadas de las consultas de estos pacientes. Además, hace los acompañamientos necesarios de los pacientes a las consultas del hospital para su correcta realización. El médico psiquiatra se encarga de la organización del Programa, y de la atención médica a los pacientes. El psicólogo clínico se encarga del diseño y evaluación del Programa, del acompañamiento a pacientes a las distintas consultas y de la formación de los especialistas responsables de atender a los pacientes.

La derivación de los pacientes, procedentes de sus domicilios, centros, residencias de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, etc. es canalizada a través de cualquier médico del Servicio Madrileño de Salud.

Todas las citaciones se hacen vía telefónica a través del Coordinador Asistencial.

OBJETIVO GENERAL

El Programa AMI-TEA, para la Atención Médica centralizada e Integral de los pacientes con TEA se encamina a facilitar el acceso (reducción de esperas y trámites administrativos) a los servicios sanitarios y los procesos dependientes o derivados de ellos (pruebas complementarias, ayudas técnicas especiales, etc.), así como a la coordinación con recursos no sanitarios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar el estado de salud de las personas con autismo, realizando un adecuado diagnóstico diferencial orgánico y psiquiátrico de cualquier descompensación sintomática.
2. Conocer en profundidad las características particulares de los pacientes autistas, con sus peculiaridades comunicativas.
3. Facilitar la atención sanitaria especializada a los pacientes autistas, informando y formando a los especialistas médicos implicados en su tratamiento de las características generales e individuales de los pacientes autistas, para su mejor atención.

ACCIONES A REALIZAR:

1. Consolidar el programa AMI-TEA como Unidad especializada en la atención a personas con TEA de todas las edades, centralizada en un Hospital General, para el seguimiento sanitario especializado de todas las necesidades de salud de estas personas.
2. Facilitar la especialización de los médicos implicados en la atención a pacientes autistas y procurar la adquisición de experiencia en su manejo.

7.8. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN PERSONAL SANITARIO

Alrededor del 10-12% del personal sanitario padecerá a lo largo de su vida profesional trastornos mentales y conductas adictivas que, además del sufrimiento que les produce, repercuten de forma negativa tanto en su entorno familiar como en el laboral, con riesgo de alterar la práctica profesional y poner en peligro la propia seguridad y la de los pacientes.

El estigma social del enfermo mental y el miedo al descrédito profesional, median con frecuencia en el retraso de la apropiada búsqueda de ayuda profesional, en la automedicación, e incluso en la cronificación-complicación de trastornos mentales que en la actualidad pueden tener un tratamiento eficaz —como la depresión y el alcoholismo por ejemplo—.

Los profesionales sanitarios están sujetos al deber del auto-cuidado según sus respectivos códigos deontológicos, por ejemplo: «*La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados*» (Elemento 2º del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras para la Profesión de Enfermería; 2006); «*Si un médico observara que por razón de edad, enfermedad y otras causas, se deteriora su capacidad de juicio o su habilidad técnica, deberá pedir inmediatamente consejo a algún compañero de su absoluta confianza para que le ayude a decidir si debe suspender o modificar temporal o definitivamente su actividad profesional. Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y éstas fueran advertidas por otro compañero, éste está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. No supone esta actua-*

ción faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes ha de ser siempre prioritario» (Artículo 19, puntos 2 y 3 del Código de Ética y Deontología Médica).

El pleno del Comité Permanente de Médicos Europeos aprobó en 2003 una resolución general en la que destaca la necesidad de establecer programas asistenciales específicos para los profesionales sanitarios afectados por trastornos mentales y conductas adictivas, en las mejores condiciones posibles de calidad y confidencialidad.

El Plan de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE) se puso en marcha en 2006 en el ámbito de las instituciones sanitarias de la Comunidad de Madrid, y con la finalidad de articularlo, se creó una unidad funcional de carácter asistencial, la Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE).

Los principios básicos de la UVOPSE-PAIPSE son:

Prestar la atención sanitaria, ayuda y apoyo psicosocial necesarios al personal sanitario enfermo que lo precise, con el fin de favorecer su recuperación y rehabilitación.

- Prevenir situaciones indeseables que pudieran sobrevenir como consecuencia de estos trastornos.
- Preservar la calidad de los actos profesionales y del servicio que se presta a los ciudadanos.

Las derivaciones se hacen de forma preferente desde:

1. Los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en los casos en que se considere conveniente, sea por su gravedad clínica, dificultad de manejo terapéutico y/o grado de interferencia en el desarrollo de su actividad laboral.
2. Las Gerencias de los Hospitales de forma directa o a través de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
3. Los Servicios de Salud Mental en los casos en que se considere conveniente, sea por sus características clínicas, por confidencialidad, consideraciones terapéuticas y/o por el grado de interferencia en el desarrollo de su actividad laboral.
4. A petición propia.

Los criterios de inclusión en el Programa son:

Personal sanitario del Servicio Madrileño de Salud con problemas de salud mental y/o conductas adictivas con las siguientes características:

- Criterio de gravedad: Psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos depresivos graves y trastornos relacionados con sustancias adictivas.
- Criterio de repercusión laboral significativa: Cuando los problemas de salud mental tengan una incidencia negativa en el medio laboral, con los compañeros o con los usuarios.
- Personal sanitario con expediente disciplinar del que se sospeche patología mental que pudiera estar relacionada con los hechos expedientados.
- Criterio de riesgo grave para la salud propia o de terceras personas.

Son criterios de exclusión:

- Patologías mentales leves o moderadas que puedan ser atendidas (o estén siéndolo) en el nivel de Atención Primaria y/o de atención especializada.
- Trastornos mentales y conductas adictivas que por su extrema gravedad requieran asistencia psiquiátrica urgente (que deberán ser derivados a los servicios de urgencias correspondientes).
- En el caso de los riesgos psicosociales del trabajo como el acoso laboral, conflictos interpersonales y síndrome de desgaste profesional (*burnout*), su evaluación e intervención organizacional corresponderá al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales correspondiente, atendiendo en el PAIPSE las posibles consecuencias para la salud del sanitario de dichos riesgos.

A lo largo del ejercicio profesional en el ámbito sanitario, son diversos los momentos en los que cobra especial relevancia la vigilancia de la salud en relación con la competencia profesional (la incorporación al puesto, cambios sustanciales en el puesto de trabajo, cambios sustanciales en el comportamiento del profesional sanitario, etc.) y diversos los organismos y entidades implicados en dicha valoración (Colegios Profesionales, Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Inspección Médica, etc.). La colaboración con dichas entidades se considera básica para la atención al profesional sanitario.

Con el fin de llevar a cabo la atención en salud mental en profesional sanitario se proponen los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Atención integral y específica a los profesionales sanitarios del Servicio Madrileño de Salud que presentan algún trastorno psíquico, conductual y/o de adicción al alcohol u otras drogas.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Mantenimiento y consolidación del Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE)

Tras la creación del programa PAIPSE y la creación de la unidad funcional que lo lleva a cabo (UVOPSE) su actividad ha tenido un desarrollo creciente. En los sucesivos años, la consolidación y mejora continua será un objetivo prioritario.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Potenciar la prevención y detección precoz de los trastornos mentales del personal sanitario, para evitar su cronificación y su complicación con otros problemas que pueden afectar a la seguridad de los usuarios de los servicios sanitarios.*
2. *Planificar intervenciones preventivas en coordinación con Colegios profesionales y Organizaciones Sindicales para mejorar la salud laboral de los trabajadores sanitarios y facilitar la asistencia clínica de los casos afectados.*

OBJETIVO ESPECÍFICO 2

Mejora de la coordinación con otros Servicios y Programas

Para el correcto desarrollo de las funciones de la UVOPSE es esencial la coordinación con otros servicios y programas, facilitándose el acceso a recursos psicosociales y derivaciones en la Red de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, Redes de Atención a las Drogodependencias y Red de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Mejorar la coordinación con servicios y programas que deriven a profesionales para ser atendidos en el programa.*
2. *Facilitar el acceso a las Redes de Salud Mental y Drogodependencias y a la Red de Atención Social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.*

OBJETIVO ESPECÍFICO

Desarrollo de investigación en intervención en salud mental y condiciones de trabajo del personal sanitario.

El trabajo asistencial del PAIPSE permite tener una visión amplia sobre las consecuencias para la salud de los posibles riesgos laborales, conflictos interpersonales y condiciones de trabajo específicas del ámbito sanitario. Situaciones como la violencia (interna y externa), el acoso en el trabajo, el desgaste profesional (burnout), etc., serán objeto de una línea de trabajo.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Participar en estudios de investigación sobre violencia en el trabajo en el medio sanitario y específicamente en el campo de la salud mental.*
2. *Estudiar el desarrollo de actividades preventivas y de intervención sobre condiciones de trabajo y su relación con la salud mental en el ámbito sanitario.*

OBJETIVO ESPECÍFICO 4

Impulso a la formación

Como complemento y enriquecimiento de la actividad asistencial, se desarrollarán líneas de formación de la UVOPSE acordes con los objetivos funcionales del Programa.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Impulsar la formación continuada en salud mental de los profesionales que componen la UVOPSE.*

2. *Participar de actividades formativas dirigidas a personal sanitario para la promoción y prevención de su salud mental.*
3. *Colaborar con Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Agencia Laín Entralgo y otras entidades con actividades de formación en salud mental y condiciones de trabajo.*

8. PLAN DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Existe una seria preocupación en las Asociaciones de Pacientes y Familiares de personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, manifestada por FEMASAM (Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental) en relación a la prevención del suicidio. Esta preocupación es plenamente compartida por todas las autoridades sanitarias y por la sociedad en su conjunto. Se hace especial énfasis en lo que se refiere al desarrollo de actuaciones protocolizadas preventivas dirigidas a pacientes de riesgo que han contactado o se encuentran en contacto con alguno de los Servicios de Atención tanto ambulatorios como hospitalarios.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006 recomienda el desarrollo de intervenciones preventivas en grupos de riesgo, preferentemente la realización de talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio.

Los dos indicadores propuestos para evaluar la eficacia de la estrategia preventiva del suicidio son:

1. Tasa de altas por autolesiones.
2. Tasa de mortalidad por suicidio.

La tasa bruta de mortalidad por suicidio en la Comunidad de Madrid es de 6,9 por 100.000 habitantes en hombres y de 1,8 por 100.000 en mujeres. Las tasas más altas se dan en mayores de 85 años (27 en hombres y 6,8 en mujeres).

Los datos epidemiológicos para la Comunidad de Madrid señalan que la tasa de mortalidad es menor que en España y en Europa; el suicidio es una causa relativa importante

de muerte en jóvenes, causó en 2005 el 8,5% de todas las muertes en hombres y el 9,5% en mujeres entre 15 y 34 años. Las tasas más altas se dan en mayores de 65 años. La mortalidad por suicidio es casi 3 veces superior en hombres que en mujeres. El método más frecuente es el ahorcamiento en los hombres y en mujeres el saltar desde altura.

El análisis de las altas por acto suicida en los hospitales de la Comunidad de Madrid. (Fuente: CMBD de la Comunidad de Madrid. 2005) arrojó los siguientes resultados: se registraron 793 casos de intento de suicidio que requirieron ingreso, de los que el 40% (314) se dieron en hombres y el 60% (479) en mujeres. La tasa bruta total fue de 13.3 casos por 100.000 habitantes, 10.9/100000 en hombres y 15.6/100000 en mujeres. La media de edad fue de 42.3 (DE 16.27) años en los hombres y de 38.6 (DE18.34) años en las mujeres.

El mayor porcentaje de intentos de suicidio se da en adultos jóvenes, aunque hay que destacar el importante porcentaje en mujeres menores de 19 años (15.9%).

Del total de intentos de suicidio ingresados, sólo 2.4% resultaron en «éxitus» y el mayor porcentaje (88%) fueron altas a domicilio. La mediana de estancia ha sido de 6 días.

En cuanto a antecedentes de patología mental, en el 82.5% (654 casos) de los casos constaba uno o más diagnósticos de patología mental, bien como diagnóstico principal (123 casos) o secundario.

El Observatorio Regional de Riesgos Sanitarios de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, nacido con la finalidad de implantar la gestión de riesgos, promover la realización de estudios, evaluar la situación de los riesgos sanitarios, efectuar el seguimiento de las actuaciones y promover medidas para la prevención o reducción de situaciones de riesgo sanitario. Tiene un papel relevante en la prevención del suicidio en el entorno sanitario.

La O.M.S. aconseja la adopción de varias medidas para reducir el riesgo de suicidio, entre ellas las siguientes:

- Reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego, etc.).
- Tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia.
- Seguimiento de los pacientes que han cometido intentos de suicidio.
- Fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación.
- Formar a los profesionales de Atención Primaria.
- Gordon (Gordon, Jr., 1983a) propuso la clasificación previa de los programas para la prevención del suicidio con una aproximación centrada en una valoración entre riesgos y beneficios para diferentes grupos de población, que distinguía entre prevención *universal*, *selectiva* e *indicada*. Esta aproximación ha sido recogida para proponer un marco general de intervención preventiva específico para los trastornos mentales (Mrazek y Haggerty, 1994; Muñoz et al., 1995). Los tres tipos de intervenciones de prevención se definen del siguiente modo:

Prevención Universal: Intervenciones dirigidas al público en general o a un grupo completo de población que no ha sido previamente identificado mediante un análisis de los factores de riesgo.

Prevención Selectiva: Intervenciones dirigidas a individuos o subgrupos de población que presentan un riesgo de desarrollar un trastorno mental significativamente superior a la media, de acuerdo a evidencias empíricas sobre factores de riesgo de tipo social, psicológico o biológico.

Prevención Indicada: Intervenciones dirigidas a personas de alto riesgo en las que se han identificado signos o síntomas reducidos pero relevantes y detectables que anticipan el desarrollo de un trastorno mental, o marcadores biológicos o psicológicos que indican una predisposición para los trastornos.

El nivel en el que debería situarse cada tipo de intervención concreta depende de los resultados empíricos obtenidos por las investigaciones y del análisis de costes/beneficios realizado para cada problema y población específicos. A su vez estos tres tipos de prevención pueden aplicarse en tres niveles diferentes de especificidad respecto al contexto concreto de aplicación: intervenciones bio-psico-sociales, intervenciones

ambientales, e intervenciones socio-culturales (Plutchik y Van Praag, 1994). Los diferentes programas de prevención del suicidio serán agrupados en cada una de estas dos dimensiones de tres categorías, ofreciendo 9 tipos de estrategias preventivas diferentes, que se reflejan en la siguiente tabla:

	BIOPSIICOSOCIAL	AMBIENTAL	SOCIOCULTURAL
UNIVERSAL La intervención está destinada a afectar a todos en una determinada población	Ej. Incorporar detección de la depresión en Atención Primaria	Ej. Restricción acceso a armas de fuego y municiones; Modificaciones en los transportes públicos Barreras arquitectónicas	Ej. Enseñar habilidades de solución de conflictos a alumnos de escuelas elementales. Programas que mejoren las relaciones tempranas paternofiliales
SELECTIVA La intervención está destinada a ciertos grupos que presentan un particular riesgo de suicidio	Ej. Perfeccionar la detección y el tratamiento de la depresión en Atención Primaria en personas mayores	Ej. Reducir el acceso a los medios de autolesión en prisiones.	Ej. Desarrollar programas para reducir la desesperanza y provean oportunidades (factores protectores) en las poblaciones de alto riesgo: parados, adictos, tercera edad.
INDICADA Para individuos, que al ser examinados tienen factores de muy alto riesgo	Ej. Implementar psicoterapia inmediatamente después que los pacientes han sido evaluados en Urgencias por un intento de suicidio	Ej. Tomar medidas de acceso a medios suicidas antes de dar el alta a un paciente que ha intentado suicidarse	Ej. Desarrollar y promover medios para recibir tratamiento por trastornos mentales y por abuso de sustancias. Teléfonos de ayuda Asociaciones de sobrevivientes

Las dificultades que se señalan para la implantación de las acciones preventivas derivan de que la prevención del suicidio también requiere realizar intervenciones externas al sistema sanitario, lo que implica una aproximación multisectorial e integral al pro-

blema, incluyendo al sector sanitario y al no sanitario, como por ejemplo el educativo, laboral, judicial, policial, religioso, político, legal y de los medios de comunicación.

El Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid se presentó en 2007 durante la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008, como acción complementaria de éste. Los objetivos generales que contemplaba eran:

- Desarrollar acciones preventivas en los Servicios de Psiquiatría hospitalarios, ambulatorios y de rehabilitación psicosocial
- Facilitar apoyo directo en crisis
- Reducir el riesgo de suicidio en grupos vulnerables
- Reducir la disponibilidad y la letalidad de los métodos suicidas
- Actuar en los medios de comunicación
- Investigar sobre factores de riesgo prevenibles

Los objetivos específicos estaban constituidos por:

- Protocolos de actuación en los servicios sanitarios, que incluya todo el trayecto del paciente
- Establecimiento de sistema de vigilancia de las tentativas de suicidio en colaboración con SUMMA, SAMUR, BOMBEROS, POLICIA
- Formación del personal sanitario
- Acciones preventivas en el medio escolar y universitario
- Abordaje de la problemática en transporte ferroviario, puntos de defenestración y acceso de armas de fuego
- Sensibilización de los Medios de Comunicación

En su primera fase los objetivos específicos a desarrollar fueron conocer la epidemiología del suicidio consumado y de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid, para completar los datos disponibles y proponer actividades preventivas.

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de la conducta autolítica en la Comunidad de Madrid, coordinado por el Prof. Ayuso Mateos (Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid), sobre la población que acude a las

Urgencias hospitalarias en el que han participado cuatro Hospitales Generales (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Clínico de San Carlos y Hospital Universitario 12 de Octubre).

Las recomendaciones y principales implicaciones para la prevención del suicidio y la asistencia a los pacientes que han cometido alguna tentativa autolítica que aparecen en este estudio son las siguientes:

1. Un elevado porcentaje de las personas que han cometido un intento de suicidio vuelven a intentarlo con posterioridad. Las personas que han cometido una tentativa autolítica son un grupo de riesgo que se puede detectar en un número elevado de casos dado que es habitual que tras el intento muchas personas acudan a urgencias. De este modo, parece fundamental que los servicios de urgencia utilicen un protocolo único y compartido para la recogida de información asociada al suicidio.
2. La utilización de un protocolo común que sirva de guía para las intervenciones puede ser útil, especialmente si se utiliza junto a un informe adecuado del paciente. Un informe en el que se consigne toda la información relevante puede asimismo ayudar a la toma de decisiones sobre la derivación del paciente tras el intento autolítico y en futuros contactos con el sistema sanitario.
3. El uso de medidas de conducta suicida como la utilizada en este estudio puede ser útil para monitorizar tendencias poblacionales, así como la eficacia de las intervenciones realizadas en este ámbito.
4. El método de seguimiento epidemiológico utilizado en el estudio puede ser asimismo utilizado como un indicador que permita una evaluación sistemática y continua de la eficacia de las medidas aplicadas en la práctica clínica.
5. En el caso de la población inmigrante, es importante explorar las redes de apoyo socio-familiar y tener en cuenta que pueden ser menores que en el caso de los españoles. Cuando sea necesario, se debe considerar la presentación de los diferentes recursos sanitarios a los que pueden recurrir, enfatizando los beneficios de asistir a los mismos, teniendo en cuenta las barreras para acceder a los servicios sanitarios que tiene dicho colectivo: dificultad idiomática, temor al impacto desfavorable en su situación laboral por el tiempo perdido, miedo a que la situación de irregularidad (en caso de existir) sea descubierta.

6. Sería recomendable explorar las causas de la elevada tasa de intentos de suicidio en las mujeres jóvenes (entre 15 y 29 años) y crear medidas preventivas para este colectivo.
7. Es importante asimismo prestar atención a la población de edad más avanzada (mayores de 65 años), especialmente los varones, entre quienes los suicidios consumados son más elevados y los intentos son de mayor letalidad.
8. En el caso de personas que han cometido intentos de suicidio previos se debe consignar siempre toda la información a pesar de que el paciente sea conocido para el médico, porque puede no serlo para el siguiente médico que lo atienda.

OBJETIVO 1

Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio

Se considera necesario disponer de un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio y de la conducta suicida, destinado también a evaluar la respuesta a los mismos por parte del sistema sanitario en los Servicios de Urgencia de Hospitales Generales, Centros de Salud Mental y Centros de Atención Primaria.

ACCIÓN A REALIZAR:

Implantar un sistema de información epidemiológica relacionada con el suicidio en la Comunidad de Madrid, con amplia difusión de los datos registrados a las asociaciones de pacientes y familiares (FEMASAM).

OBJETIVO 2

Implantación de procedimientos clínicos normalizados para la prevención del suicidio

Se considera necesario implantar un protocolo que sirva de guía para la evaluación de los pacientes suicidas en los Servicios de Urgencia de los Hospitales de la Comunidad de Madrid que permita la creación del posterior informe clínico, de modo que siempre se consignen los aspectos considerados fundamentales en la evolución de los pacientes que han presentado conducta suicida y se garantice la coordinación con los Servicios de Salud Mental.

La evidencia científica señala la importancia del seguimiento ambulatorio precoz y estrecho de los pacientes con conducta suicida tras el alta hospitalaria de los Servicios de Urgencias. También se recoge la necesidad de designar a un profesional de referencia para el paciente para garantizar su continuidad de los cuidados.

Según datos recientes (2008) en el 63 % de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve de Hospitales Generales existen protocolos para la prevención del suicidio.

ACCIONES A REALIZAR:

En coordinación con el Observatorio Regional de Gestión de Riesgos Sanitarios se procederá a:

- 1. Implantar un protocolo único en los Servicios de Urgencia para la recogida de información asociada a la conducta suicida.*
- 2. Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de actuación de los Servicios de Salud Mental ambulatorios para pacientes con riesgo suicida e intentos de suicidio previos.*
- 3. Implantar de forma generalizada protocolos de actuación de enfermería en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica para pacientes con riesgo suicida.*

OBJETIVO 3

Desarrollo de programas formativos destinados a la prevención del suicidio

Hay unanimidad en considerar la necesidad de desarrollar programas formativos dirigidos a profesionales implicados en la detección y manejo del riesgo de suicidio en población general y grupos de riesgo.

Se destaca la importancia de prestar atención a las alteraciones emocionales de los familiares de personas con suicidio consumado.

ACCIONES A REALIZAR:

175

1. *Desarrollar programas formativos de Depresión y Prevención del Suicidio para profesionales médicos y de enfermería en Atención Primaria.*
2. *Desarrollar campañas de difusión de material informativo sobre la depresión y la prevención del suicidio en centros de salud de Atención Primaria y Especializada y en Hospitales, en colaboración con FEMASAM.*
3. *Desarrollar programas formativos de Depresión y Prevención del Suicidio para profesionales de los servicios de emergencias médicas (SUMMA 112 y SAMUR).*
4. *Desarrollar programas formativos de Depresión y Prevención del Suicidio para profesionales de servicios sanitarios y sociales de atención a personas mayores.*
5. *Desarrollar programas formativos de Prevención del Suicidio para profesionales de Instituciones Penitenciarias.*
6. *Desarrollar programas formativos de Prevención del Suicidio para profesionales del medio escolar y universitario*
7. *Desarrollar programas de Prevención del Suicidio para sacerdotes*
8. *Desarrollar Programas formativos de Intervención en Familiares de Personas con suicidio consumado, en colaboración con FEMASAM.*

OBJETIVO 4

Reducción del acceso a medicación

Se considera muy importante adoptar medidas encaminadas a evitar el acúmulo indebido de medicación por parte de pacientes con riesgo suicida. En este sentido, la unificación de la prescripción de psicofármacos con receta electrónica en la Comunidad de Madrid y la historia clínica unificada permitirá un control más exhaustivo de la disponibilidad de la medicación por parte de los pacientes.

ACCIÓN A REALIZAR:

Establecer mecanismos de control informatizado de la dispensación de recetas de psicofármacos.

OBJETIVO 5**Fomento de la investigación de la conducta suicida**

Para completar las actuaciones encaminadas a la prevención del suicidio se destaca la importancia de la investigación dirigida al estudio de las bases biológicas y genéticas de la conducta suicida.

Asimismo, la realización de nuevos estudios epidemiológicos centrados en la Comunidad de Madrid que detallen los aspectos sociales y psicológicos que concurren en los pacientes con riesgo suicida implementaría su prevención.

ACCIÓN A REALIZAR:

Impulsar proyectos de investigación de la conducta suicida desde el punto de vista biopsicosocial.

**9. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS
A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES EN COLABORACIÓN CON
LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES Y LAS ASOCIACIONES
DE FAMILIARES**

La integración de la Red de Atención a la Salud Mental en el nivel de atención especializada, constituye una gran oportunidad para avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación que se asocia a las personas con Trastorno Mental.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud de 2006 fija como uno de sus objetivos «Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales».

En las estrategias de intervención sobre el estigma se plantean dos grandes objetivos:

- a) Interrumpir los procesos de estigmatización modificando las actitudes sociales prevalentes.

- b) Disminuir el impacto que tiene el estigma sobre las personas afectadas y ayudarlas a desarrollar estrategias personales más adecuadas para su manejo.

Es importante señalar el papel clave que deben desempeñar las asociaciones de pacientes y de familiares de enfermos mentales (FEMASAM) en el diseño y la evaluación de las estrategias de intervención sobre el estigma.

El problema de la lucha contra el estigma entraña una gran complejidad. Abarca múltiples actuaciones con un enfoque transversal, como por ejemplo, acciones destinadas a adecuación de espacios, equipamiento y dotación de personal adaptadas a las necesidades de los pacientes (ocio, ocupación, participación, con respeto a su intimidad, dignidad y libertad de movimientos) en las unidades de psiquiatría o intervenciones dirigidas a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación, empresarios y agentes sociales.

En los últimos años se han incrementado las actitudes sociales de rechazo hacia el colectivo de los enfermos mentales y la amplificación de una imagen social negativa que está creando barreras sociales adicionales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginación de este colectivo y dificultades para su integración y participación social activa.

Ello asimismo genera problemas importantes a la hora de poner en marcha centros o recursos de atención en la comunidad destinados a las personas con Trastorno Mental Grave y persistente.

En 2005 la Consejería de Familia y Asuntos Sociales desarrolló en la Comunidad de Madrid la investigación «Estigma y Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental», en colaboración con la Universidad Complutense.

Dicha investigación estaba enmarcada en el Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y duradera 2003-2007. A partir del análisis de los resultados de esta investigación se han formulado diversas recomendaciones e indicaciones generales para favorecer la lucha contra el estigma de la enfermedad mental en la Comunidad de Madrid:

- Profundización e incremento de las medidas de apoyo a la integración laboral y social de las personas con enfermedad mental crónica.
- Mejora de las estrategias de afrontamiento al estigma en personas que padecen una enfermedad mental y sus familiares mediante intervenciones específicas generadas desde los propios recursos y las entidades asociativas.
- Mejora de la información para los familiares acerca de la enfermedad mental, especialmente en lo referente a las posibilidades de autonomía e independencia y opciones de rehabilitación y tratamiento.
- Mejora de la información en población general a través de campañas generales y específicas, centradas en la divulgación de la realidad actual de la enfermedad mental y las posibilidades reales de rehabilitación, tratamiento e integración social, diferenciando adecuadamente la enfermedad mental de otras condiciones de dependencia.
- Elaboración y difusión de manuales de estilo y normas específicas destinados a medios de comunicación para el tratamiento de los términos relacionados con la enfermedad mental.
- Control del cumplimiento de estas normas mediante campañas de seguimiento mediante la creación de un Observatorio de seguimiento de su uso.
- Apoyo a la difusión social de noticias positivas relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento no vinculadas a los estereotipos de genialidad (e.g. apertura de centros de rehabilitación, inversiones en recursos y servicios, nuevas alternativas terapéuticas, etc.).

Desde 2002 se constituyó a nivel europeo el programa ASPEN (Anti Stigma Programme European Network), coordinado por el Instituto de Psiquiatría del King's College de Londres, para contribuir a la reducción del estigma y la discriminación de personas con depresión en 27 países miembros de la Unión Europea, entre los que se encuentra España, y concretamente la Comunidad de Madrid a través de la participación del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos.

OBJETIVO

Diseño, desarrollo y evaluación de un Plan contra el estigma asociado al Trastorno Mental

El apoyo a las personas afectadas por el Trastorno Mental Grave es necesario para avanzar en la erradicación del estigma. Debe destacarse la importancia que tienen las Asociaciones de Familiares y Pacientes que deben ser tenidas en cuenta en el diseño, desarrollo y evaluación de las intervenciones contra el estigma, así como el papel y la experiencia de la Red Pública de Atención Social dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Desarrollar conjuntamente con las Asociaciones de Familiares y Pacientes y con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales el diseño y evaluación de un Plan para erradicar el estigma asociado a las personas con Trastorno Mental.*
2. *Desarrollar campañas de difusión de material informativo sobre la lucha contra el estigma en Centros de Salud de Atención Primaria y Especializada y en Hospitales, en colaboración con FEMASAM.*
3. *Potenciar la investigación dedicada a la lucha contra el estigma, en el marco del proyecto ASPEN (Anti Stigma European Network) en el que participa el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos.*

10. VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD MENTAL: EL PROGRAMA ATIENDE

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 48/104 de 1993, afirmó que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, reconociendo que constituye una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, y manifestando su preocupación porque este tipo de violencia supone un obstáculo para el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. Proclamó así la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, instando a que se hagan todos los esfuerzos posibles para que sea universalmente conocida y erradicada.

Dicha resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas estableció que la violencia contra las mujeres es «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la

privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada».

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, así como en la resolución WHA49.25 adoptada en la 49ª Asamblea Mundial de la Salud en 1996, tal y como se muestra en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, se reconoció la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo, y la identifica como factor crucial en el deterioro de la salud, tanto por su magnitud como por sus consecuencias.

Es importante caracterizar las diferentes formas de la violencia contra las mujeres:

- **Violencia física:** comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.
- **Violencia sexual:** ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas.
- **Violencia psicológica:** conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento del hombre.

Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono.

Existen además otras formas de violencia sexual menos frecuentes en nuestro país pero que no pueden obviarse, como por ejemplo las mutilaciones sexuales, el tráfico de niñas y mujeres, el turismo sexual, las violaciones masivas como arma de guerra, etc.

A todas estas formas de violencia se les denomina «violencia de género» y es aquella ejercida por los hombres contra las mujeres. Las actuaciones estarán más centradas

en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas de violencia más comunes tanto en nuestro país como en nuestra Comunidad.

Además, en el caso de la violencia ejercida contra las mujeres por la pareja o ex pareja, deben tenerse en cuenta dos elementos en su definición: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor, que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Existen colectivos de mujeres que por sus características personales o por su situación social o legal, necesitan una atención específica que dé respuesta a sus necesidades concretas de salud. Tal es el caso de las mujeres con discapacidad física o psíquica, las mujeres inmigrantes, las mujeres en situación de exclusión social o las mujeres de entornos rurales. La vulnerabilidad en que se encuentran estos colectivos, en lo que al maltrato se refiere, obliga al personal sanitario a ser sensibles a sus necesidades específicas.

De acuerdo con FEMASAM debemos reseñar que, aparte de los problemas derivados de la violencia de género, resulta muy frecuente la existencia de una doble discriminación en las mujeres que padecen trastornos mentales graves, pues quizás por razones culturales se las ha privado de un mayor acceso a la formación y al empleo, lo que las ocasiona un mayor grado de exclusión social. A los servicios de información y orientación de FEMASAM acuden el doble de hombres que de mujeres y, sin embargo, la prevalencia de los trastornos es muy similar, y, por lo tanto, deben adoptarse medidas y estrategias que permitan corregir esta situación de desigualdad social y cultural.

La *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, contempla actuaciones específicas en el ámbito sanitario, destacando la importancia de nuestro sector en la lucha contra este tipo de violencia. En el Artículo 15 se contemplan actuaciones de sensibilización y prevención, con el fin de optimizar el diagnóstico precoz, la asistencia integral y la rehabilitación de las mujeres en situaciones de violencia de género. Además, el Artículo 32.3 promueve la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria ante la violencia de género. Así, y en base al Artículo 16 de esta misma ley, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de

Salud se constituyó en el año 2004 una Comisión contra la violencia de género, elaborándose en 2007 un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.

En la Comunidad de Madrid contamos con la Ley 5/2005, del 29 de diciembre Integral contra la Violencia de Género y el Plan integral 2005-2008. Además, se han constituido Comisiones Hospitalarias contra la Violencia en los hospitales públicos de nuestra Comunidad. Estas Comisiones siguiendo las directrices de la **Consejería de Sanidad** procuran establecer una pauta de actuación normalizada e integrada para profesionales que posibilite una atención integral a la salud de mujeres, niños y ancianos que sufren o han sufrido violencia e implementar todas las acciones que en esta materia se consideren.

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan pronto a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios y, en particular, a Atención Primaria, Servicios de Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

En algunos estudios se ha encontrado que el 28,1% de las mujeres que acuden a los servicios de Salud Mental, el 48,6% de las que acuden a Atención Primaria y el 20% de las atendidas en Urgencias hospitalarias sufren maltrato. La mortalidad y morbilidad debidas a la violencia de género es un hecho incuestionable que exige un compromiso de actuación desde todas las Administraciones Públicas.

Según estudios de la Dirección General de Atención Primaria, a través de la Comisión Técnica para la coordinación de las acciones de salud pública y asistenciales orientadas a la prevención, detección precoz y atención a la salud de las mujeres expuestas a violencia por parte de sus parejas de la Consejería de Sanidad, un 10% de las madrileñas de entre 18 y 70 años han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja, ya sea física, psicológica o sexual, con graves repercusiones tanto para la salud de las mujeres como para las personas a su cargo dentro del núcleo familiar, sean hijos o ascendientes.

Si bien en el Plan de Salud Mental 2003-2008 no figuraba ninguna referencia específica sobre objetivos y/o actividades relacionadas con la Violencia de Género y Salud Mental, desde la Consejería de Sanidad y en el Plan Regional contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid 2005-2008 ya se contemplaba esta necesidad. Así, la Consejería de Sanidad y en colaboración con la Consejería de Empleo y Mujer, puso en marcha en 2005 el Programa ATIENDE que ha venido funcionando desde entonces ininterrumpidamente. Esta unidad surge de la necesidad detectada por la Dirección General de la Mujer de la Consejería de Empleo y Mujer de contar con un recurso específico que tiene como objetivo la atención en Salud Mental a víctimas de violencia de género que se encuentran en los recursos vinculados al Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. Constituido por un equipo multidisciplinar de médicos psiquiatras, psicólogos clínicos y trabajadores sociales, está ubicado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Las derivaciones al Programa ATIENDE son canalizadas a través del Punto de Coordinación de la Dirección General de la Mujer procedentes de:

1. Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género constituido por 51 puntos distribuidos en la Comunidad de Madrid.
2. Otros dispositivos de la Dirección General de la Mujer: CIMASCAM (Centro de Atención a Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales); Centro de Atención Psicosocial-Programa MIRA; Centro de Día Ayaan Hirsi Ali, Pachamama; Centros Residenciales de la Red de Centros y Servicios de la Dirección General de la Mujer; Servicio de Información Telefónico Especializado a víctimas de Violencia de Género 012.

Por otra parte, desde todas las instancias se advierte que para avanzar en la resolución del problema de la violencia hacia las mujeres uno de los elementos claves es la formación del colectivo de profesionales de salud. La Consejería de Sanidad, cuenta con una línea específica de formación en el marco de la Estrategia de Acciones en Salud frente a la violencia hacia las mujeres en las que intervienen un gran número de recursos sociales y sanitarios.

Este conjunto de acciones se lleva a cabo a través del Plan de Formación Continuada de la Agencia Laín Entralgo en estrecha colaboración con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y con la Comisión Técnica, que coordina las acciones sanitarias dirigidas a la atención de las mujeres víctimas de violencia de pareja, formada por diversos servicios y unidades de la Consejería de Sanidad y la Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid.

La Consejería de Sanidad, a través del Plan de Formación Continuada 2008 que ha llevado a cabo la Agencia Laín Entralgo, ha formado a más de 1.600 profesionales de toda la red sanitaria pública en materia de violencia de pareja hacia las mujeres. Los objetivos de esta formación son mejorar la atención integral a la salud de las mujeres víctimas de violencia de pareja, tanto en Atención Primaria como en el nivel de atención especializada, e incrementar la detección de casos de violencia de pareja hacia la mujer.

En cuanto a los profesionales del nivel de atención especializada, la Agencia Laín Entralgo ha organizado actividades formativas dirigidas específicamente a los integrantes de las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia. Además, se ha completado la formación de, al menos, un profesional de psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social de cada Centro de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. En estos cursos se han formado 610 profesionales. A esta formación hay que añadir las jornadas y cursos que tienen lugar en los propios hospitales. En 2008 se han realizado varios cursos en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y jornadas, entre otros, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario de Fuenlabrada y Hospital Universitario Ramón y Cajal.

La publicación de la Guía de Actuación en Atención Primaria para violencia de pareja hacia las mujeres y su correlato en el nivel de atención especializada ilustran asimismo los avances que se están produciendo.

OBJETIVO GENERAL 1

Establecimiento de pautas de actuación para profesionales

El objetivo general es establecer pautas de actuación para profesionales de Salud Mental para una actuar de forma integral con las mujeres que están en riesgo de sufrir violencia o bien han estado o están expuestas a la violencia por parte de sus parejas o ex parejas, así como la atención a sus hijos e hijas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar la detección precoz de mujeres, hijos e hijas víctimas de violencia de género en la población que acude a Servicios de Salud Mental.
2. Contribuir a la sensibilización de profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud mental de la violencia de género.
3. Optimizar la prevención, detección y atención de la violencia de pareja considerando aquellas situaciones de mayor vulnerabilidad.
4. Promover la capacitación de las mujeres que sufren violencia de género para el reconocimiento de su situación y búsqueda de soluciones.
5. Garantizar la continuidad asistencial de las actuaciones que se realicen en esta población realizando una coordinación y derivación adecuada entre los diferentes niveles de atención sanitaria y con los recursos comunitarios.
6. Favorecer la formación continuada de profesionales sanitarios sobre la actuación y responsabilidad legal sobre el tema.
7. Colaborar en la elaboración e implementación de protocolos de detección, derivación e intervención para aquellas personas que presentan trastornos mentales asociados a la violencia de género y que requieran tratamientos en los dispositivos de salud mental.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Investigar de forma rutinaria la posible existencia de violencia de género en los Servicios de Salud Mental, Servicios de Urgencias y Unidades de hospitalización psiquiátrica (breve, media y larga estancia).*
2. *Aplicar técnicas de intervención que permitan a la paciente víctima de violencia de género hablar progresivamente de su relación traumática con el agresor ayudándola así a visibilizar la naturaleza de su relación abusiva y superar la negación, culpa y otras secuelas psicológicas que el maltrato le ha producido. Posteriormente se tratará de encontrar y poner en práctica los recursos psíquicos que posee y que le permitirán -junto con la conexión a su red social- comenzar una nueva vida.*
3. *Coordinar las actuaciones con otros dispositivos: la complejidad del maltrato a la mujer en la relación de pareja hace necesario un abordaje multidisciplinar, dinámi-*

co y coordinado entre profesionales de distintos sectores: sanitarios (de atención primaria y especializada), servicios sociales, dispositivos específicos de atención a la mujer, servicios policiales e instancias judiciales. Esta gran cantidad de profesionales, que intervienen con frecuencia en estos procesos, hace necesario que se establezca una figura que coordine las distintas actuaciones. Además, se considera prioritaria la participación de las asociaciones de pacientes y familiares en el diseño de protocolos de detección, derivación e intervención para aquellas personas que sufren trastornos mentales asociados a la violencia de género.

4. Actuar en colectivos vulnerables, población en riesgo de exclusión social, patologías psicóticas que pueden hacer más difícil la detección e intervención, mujeres con discapacidad, etc.
5. Intervenir en menores, dado que es importante considerar que ser testigo de violencia de género es una forma más de violencia infantil y que tiene distintas consecuencias psicopatológicas en los menores por lo que se hace necesario evaluar la situación clínica y social de menores inmersos en ambientes en los que existe violencia de género.

OBJETIVO GENERAL 2

Definición de criterios e indicadores de calidad en la atención a las situaciones de violencia de género que precisen intervenciones de salud mental.

En muchas ocasiones se requiere realizar intervenciones multidisciplinares que hacen necesaria la coordinación entre todos los profesionales con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones. Además, dada la inespecificidad de los indicadores de esta violencia, resulta difícil identificar situaciones de maltrato donde el resultado no sean lesiones físicas. Si el personal sanitario es capaz de profundizar en una relación terapéutica en aquellos elementos que tienen que ver con su forma y estilo de vida, con sus problemas y su situación familiar, se podría obtener un diagnóstico acertado. La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema.

El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de «autoridad» como es el personal

sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a una intervención iatrogénica. En dicha detección el papel de los familiares de la víctima es siempre esencial.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Incluir en la formación continua del personal sanitario aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades en materia de violencia de género.*
2. *Realizar sesiones clínicas multidisciplinares.*
3. *Realizar sesiones con profesionales de otras instituciones que también intervienen con mujeres víctimas de violencia de género.*
4. *Incluir en la historia clínica un apartado para el registro de información sobre una posible situación de maltrato.*
5. *Realizar un abordaje multidisciplinar que considere el trabajo en equipo como una garantía de atención a la mujer y autocuidado para los profesionales.*
6. *Desarrollar un registro de casos para favorecer la investigación sobre la violencia y sus consecuencias, factores de riesgo y formas de intervención.*
7. *Realizar psicoterapia en la atención a la salud mental de las mujeres víctimas de la violencia de género.*
8. *Incorporar elementos que permitan visibilizar los espacios de salud mental como «espacios libres de violencia» y en los que se puede ofrecer ayuda.*
9. *Fomentar a través de la relación del personal sanitario con la paciente actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y en sus relaciones.*
10. *Incluir en las actividades de Educación para la Salud realizados desde los Servicios de Salud Mental contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.*
11. *Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal de salud mental.*
12. *Proponer la participación de los Servicios de Salud Mental en acciones, campañas, jornadas relacionadas contra la violencia de género impulsadas por instituciones, organizaciones sociales y asociaciones de familiares (FEMASAM).*

BIBLIOGRAFÍA

1. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. Asamblea General de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
2. Violencia de pareja hacia las mujeres. Información técnica. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid http://www.madrid.org%2fcs%2fSatellite%3fcid%3d1142445531364%26language%3des%26pagename%3dPortalSalud%252FPage%252FPTSA_pintarContenidoFinal%26vest%3d1156329914017
3. Guía de Actuación en Atención Primaria para el abordaje de violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad>
4. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
5. La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública, 2003. Documentos Técnicos de Salud Pública 86. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad>
6. La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud, 2005. Documentos Técnicos de Salud Pública 92. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad>
7. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (Boletín Oficial del Estado (BOE) de 28 de diciembre de 2004. Disposiciones generales. Jefatura de estado). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
8. Ley 5/2005, de 29 diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (BOCM). Disponible en: <http://www.madrid.org>
9. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer. Estadísticas. Mujeres en cifras. Violencia. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/index.htm#violencia>
10. Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. Disponible en: <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>
11. Plan de Acción Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid 2005-2008. Dirección General de la Mujer, Consejería de Empleo y Mujer de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org>
12. Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad>

13. Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es>
14. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado (BOE) de 16 de septiembre de 2006. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
15. Violencia Doméstica. SEMFYC. Madrid; 2003. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.semfyc.es>

11. SALUD MENTAL Y CATÁSTROFES

Durante el período de vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008 han acaecido en la Comunidad de Madrid muchos eventos que requirieron una intervención psicológica y social con las personas afectadas. Todos ellos se resolvieron por los profesionales (psicólogos clínicos, médicos psiquiatras, enfermeros y trabajadores sociales) de los grupos intervinientes, de modo paralelo y en coordinación con el personal médico de los organismos que, en cada caso, se habían movilizado. Tanto los recursos como el nivel de capacitación de los intervinientes fueron adecuados tanto por su cualificación como por su experiencia contrastada.

Otra situación diferente se plantea ante acontecimientos que pudieran desbordar los recursos movilizados. En este caso, la excelente formación de los intervinientes pudiera verse desbordada por las dimensiones del evento potencialmente traumatogénico, con numerosas víctimas que exceden la cobertura habitual en nuestra Comunidad. Dos eventos han puesto a prueba los recursos, señalando las bondades y deficiencias del sistema operativo. Se trata del atentado del 11 de marzo de 2004 y, más recientemente, del accidente de un avión comercial ocurrido en agosto de 2008.

Debido al considerable número de víctimas, tanto primarias como secundarias, se produjo una demanda de recursos que no pudieron resolverse con los habitualmente disponibles y que requirieron la intervención de otros grupos de ayuda que se pudieran integrar en los dispositivos ya establecidos y permanentemente activos.

La formación y efectividad de los recursos sanitarios de la Comunidad de Madrid han demostrado su excelencia en los grupos, instituciones, circuitos y redes asistenciales que actúan permanentemente. En ambos eventos todas las necesidades sanitarias fueron atendidas con prontitud, en cada grupo de intervención, cada Hospital, cada Departamento, cada Servicio y cada profesional, todos desde su puesto en una labor que ha sido reconocida en todos los ámbitos clínicos y sociales.

Los grupos ya establecidos que intervienen en el primer momento están conformados de acuerdo con la normativa legal. Conocen sus funciones y actúan con arreglo a protocolos de intervención. Se encuentran permanentemente activos y poseen gran capacitación profesional, estando bien formados en Intervención en crisis. Son grupos de experiencia y efectividad contrastada. Gozan de reconocimiento nacional e internacional, siendo un referente de eficacia.

Poseen una gran autonomía y son autosuficientes, lo que aconseja que exista un esquema de intervención conjunta si llega a ser necesario. Habría que fijar funciones, y como articularlas.

Respecto de la intervención de los voluntarios hay que señalar que en ocasiones es más desbordante que lo que requiere la propia situación asistencial. La principal preocupación proviene de los voluntarios que se presentan con una indudable motivación y un deseo encomiable de ayudar, pero sin estar previamente censados, sin que exista un filtro que indique su idoneidad para las tareas que realiza, sin ni tan siquiera saber cuál es el criterio que se ha seguido para que estén ahí, más allá de su propia decisión. Este es un asunto que debería alertar a los responsables de llevar a cabo estas tareas. Además habría que plantearse si poseen una formación y experiencia para llevar a cabo unas funciones que pudieran tener resultados paradójicos o contraproducentes si se parte de un paradigma equivocado.

A pesar del aprendizaje que resulta de eventos anteriores, persiste una situación que es necesario que sea regulada. En determinadas circunstancias, es probable que se tenga que recurrir a voluntarios y no pueda ser de otra manera. Entonces, la obligación de los organismos responsables ha de ser la convocatoria y selección de intervinientes. Los voluntarios no pertenecientes a grupos establecidos, sin experiencia en las funciones

que realizan, pudieran revictimizar o acentuar los problemas ya existentes ¿Quién les moviliza? ¿Con qué criterios? ¿Tienen experiencia contrastada? ¿Quién les forma?

En 2003 la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental hizo una convocatoria de voluntarios, partiendo de su propia red de profesionales. Fueron convocados en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla y allí se planteó el proyecto de desarrollar un Plan de Catástrofes. La afluencia fue masiva, lo que puso de manifiesto el éxito de la convocatoria y la respuesta obtenida.

En 2005 la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental constituyó una Comisión de trabajo con representantes de SAMUR, SUMMA-112, Cruz Roja, Protección Civil, Protección Ciudadana y otros profesionales cualificados. Su objetivo era desarrollar un Protocolo de Atención Psicosocial en Emergencias Masivas y Catástrofes que hiciera posible la coordinación de las distintas instituciones, criterios de intervención y esquema en el que se integrarían todos los intervinientes, señalando de modo especial la cadena de mando y organización de la respuesta.

Se ha avanzado en la experiencia que han aportado estos eventos pero es preciso perfeccionar la organización de una respuesta coordinada y sólida que integre los abundantes recursos.

En estas circunstancias la eficacia está muy comprometida, y de hecho es muy improbable que se dé en otras profesiones, si se llevan a cabo tareas muy delicadas por personas que podrían no tener ni tan siquiera la cualificación indispensable. Estas consideraciones hacen necesario el control del acceso de intervinientes al área en que se produce la intervención, limitando las actuaciones no autorizadas.

Uno de los aspectos que se considera relevante para la actuación en situaciones de emergencias masivas y catástrofes se refiere al desarrollo de un protocolo-marco de intervención que suponga un elemento troncal y referente de actuación.

En dicho protocolo se han de definir los ámbitos de actuación:

Fase aguda: Los profesionales voluntarios formados para intervenir en situaciones de Estrés Traumático Agudo apoyarán y reforzarán a las instituciones y grupos que llevan habitualmente a cabo estas tareas. Sólo intervendrán si las necesidades sobrepasan los recursos existentes y a petición de los ya actuantes. Se situarán bajo el mando del director o coordinador responsable, integrándose en los recursos previamente establecidos.

Fase de transición: Es muy importante la coordinación entre los grupos que intervienen entre fases. Los primeros intervinientes valorarán la necesidad de seguimiento y tratamiento posterior, agilizando y facilitando la continuidad terapéutica.

Fase secundaria: Se llevará a cabo con un Equipo de Apoyo en Catástrofes, multidisciplinario. Sus componentes han de estar formados específicamente para las tareas que llevarán a cabo desde el modelo de tratamiento de estrés traumático, es decir, personas normales en una situación anormal. Imprescindible tener conocimientos y experiencia en trauma y duelo.

Existen dos recursos especializados en el tratamiento del estrés traumático de referencia para toda la Comunidad de Madrid: la Unidad de Trauma Psíquico para adultos del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico de San Carlos y la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Para llevar a cabo la elaboración del protocolo debe contarse con la participación de representantes de todos los grupos intervinientes e implica la delimitación clara de tareas y responsabilidades. La difusión del protocolo de intervención facilitaría su conocimiento y evaluación posterior.

Parece obligado, si se pretende ganar en eficacia, su conocimiento previo por parte de todos los agentes que intervienen, así como por las jerarquías, responsables y los canales de comunicación. Debe especificar los diferentes grupos de intervención, los mecanismos de coordinación y los responsables de activar las líneas de comunicación para evitar lagunas, mensajes contradictorios o mensajes que añadan confusión. Es

imprescindible que cada interviniente esté perfectamente identificado, evitando intrusismo y mala praxis.

OBJETIVO 1

Desarrollo e implantación de un protocolo-marco de actuación de Salud Mental ante situaciones de emergencia masiva y catástrofes

Se considera la necesidad de disponer de un protocolo-marco para llevar a cabo de forma eficiente tareas de asistencia para personas que han sido víctimas de eventos traumatogénicos, considerando los grupos de riesgo específicos y sus propias peculiaridades. Supone una especial atención al grupo de niños y adolescentes que, por las peculiaridades de su desarrollo, requieren una intervención específica, con profesionales especializados. En el documento se deben definir jerarquías, responsables y los canales de comunicación.

Se señala la pertinencia de crear un censo de profesionales de Salud Mental para intervención en catástrofes que, partiendo del voluntarismo, reúnan las aptitudes y habilidades para desarrollar las tareas en cualquiera de las fases. Los grupos han de estar constituidos, así como la red que ha de estar estructurada y ha de ser conocida por todos los integrantes. La identificación y normas de movilización y actuación han de existir antes de que ocurra el suceso.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Desarrollar un protocolo-marco de actuación de Salud Mental ante situaciones de emergencia masiva y catástrofes por un Comité de Expertos constituido en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.*
2. *Crear un censo de profesionales de Salud Mental para intervención en catástrofes*
3. *Diseñar un programa de formación específica de Intervención en Crisis y Psico-trauma para intervinientes.*
4. *Desarrollar programas de intervención que se implementarán en el esquema global de actuación, con simulacros, ejercicios y participación en jornadas comunes con otros grupos de la red de intervención preestablecida.*

5. *Evaluar el protocolo a partir de las actuaciones llevadas a cabo en simulacros y después de afrontar un evento real y en base al informe de las propias personas que han sido tratadas.*

OBJETIVO 2

Establecimiento de un acuerdo de colaboración entre el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) y la Unidad de Menores en Riesgo Psíquico para atención a menores víctimas de trauma agudo

Los niños y adolescentes son una población de riesgo, más vulnerable que los adultos, a la aparición de alteraciones mentales como consecuencia de acontecimientos traumáticos agudos o crónicos. Las consecuencias de ello pueden ser graves y perdurables, afectando a todo el desarrollo de la personalidad del menor y a su ajuste psicosocial presente y futuro. A pesar de ello, es un hecho constatado en todos los países, que sólo una minoría de menores afectados por situaciones traumáticas agudas o crónicas reciben la ayuda necesaria en salud mental.

Por otro lado, el incremento de las situaciones de violencia que afectan a los menores es creciente. Además, la sensibilidad de la población general ante este tipo de hechos y la conciencia social de la necesidad de atención en salud mental de estos niños y adolescentes también ha experimentado un cambio sustancial en los últimos tiempos. La experiencia del atentado del 11-M, y la creciente demanda posterior para la intervención con menores en situaciones traumáticas, ha puesto de manifiesto la utilidad de mantener un dispositivo estable, como lo ha sido la Unidad Móvil del 11-M, para intervenir con menores afectados por situaciones traumáticas agudas.

Por otro lado, los menores afectados por situaciones traumáticas (agudas y crónicas), presentan en algunos casos sintomatología muy grave, con dificultades en cuanto a diagnóstico y tratamiento y necesidad de intervenciones muy complejas (por las condiciones sociofamiliares y la disparidad de instituciones que intervienen) que muchas veces exceden las posibilidades de abordaje desde los Programas de Atención a niños y adolescentes de los Centros de Salud Mental por el tiempo que consumen y por la necesidad de formación más específica.

ACCIONES A REALIZAR:**195**

1. *Considerar la Unidad de Atención en Salud Mental a Menores en Riesgo Psíquico (UMERP) integrada en el Servicio de Psiquiatría y Unidades de Referencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón como:*
 - *Dispositivo estable para coordinación y atención a menores afectados en situaciones de emergencias masivas.*
 - *Dispositivo especializado de segundo nivel para la atención en salud mental a los menores víctimas de situaciones traumáticas y a sus familias.*
 - *Punto de referencia institucional en salud mental para los recursos regionales de otras instituciones no sanitarias que prestan atención psicológica a menores víctimas de acontecimientos traumáticos.*
2. *Establecer un Acuerdo de Colaboración entre el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) con dicha Unidad y para optimizar su intervención en las situaciones que así lo exijan.*

12. SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN

Desde enero a mayo de 2008, en la Comunidad de Madrid se empadronaron cada día 168 extranjeros, hasta alcanzar la cifra de 1.085.869 inmigrantes empadronados en la región, lo que representa el 16,9% de la población madrileña. La Comunidad de Madrid es la segunda Comunidad con mayor porcentaje de inmigrantes en relación a la población total extranjera en España, sólo por detrás de Cataluña, y la tercera región con más inmigrantes en términos relativos, tras Baleares y la Comunidad Valenciana. Se estima que hay un 5 a 10% de la población extranjera que no está empadronada por diferentes motivos.

En relación a las nacionalidades mayoritarias en la Comunidad de Madrid, Rumanía cuenta con la mayor cantidad de extranjeros en la Región, con 200.112 personas, que representan el 18,4% de la población total extranjera. Los ecuatorianos son la segunda nacionalidad con mayor número de inmigrantes en la Región, con 142.109 personas, lo que corresponde al 13% del total de extranjeros. Le siguen los marro-

quies con 88.626 personas y los colombianos con 73.954. En términos relativos, es decir, en los porcentajes calculados sobre cada una de las nacionalidades, la paraguaya es la que ha experimentado el mayor incremento con 11 % más; así, esta población ha pasado de 23.234 inmigrantes en enero de 2008 a 25.713 en mayo. El número de chinos y brasileños ha aumentado en un 7%; los inmigrantes chinos han pasado de 35.412 a 37.859; y los brasileños de 24.691 a 26.371. En cuanto al origen de los extranjeros residentes en Madrid por continentes, los nuevos madrileños proceden principalmente de América (46%), seguidos de los nacidos en Europa (35%) y de los africanos (12%). El 52% de los extranjeros reside en el municipio de Madrid con 563.116 personas; el 36% vive en las coronas metropolitanas y el 12% en municipios no metropolitanos. Después de Madrid, el segundo municipio con mayor número de inmigrantes es Alcalá de Henares con 42.715 personas, seguido de Fuenlabrada con 31.874, Móstoles con 28.859, Parla con 28.341 y Getafe con 26.626 inmigrantes. Del total de inmigrantes empadronados el 48,95% son mujeres y el 51,05% son hombres. La población inmigrante que reside en Madrid es joven con una media de 30,9 años de edad. El 83,5% de extranjeros tiene entre los 14 y 64 años. De ellos, el grupo de edad que ha experimentado mayor crecimiento ha sido el grupo de inmigrantes de entre 30 y 34 años.

Los profesionales de la Salud Mental tienen entre sus pacientes a un número cada día mayor de población inmigrante que, sin lugar a dudas, les obliga a plantearse en un futuro inmediato nuevas estrategias de atención y organización de los servicios asistenciales.

Los factores culturales tienen una enorme influencia en la producción, diagnóstico, comprensión y tratamiento de numerosas patologías médicas orgánicas o psíquicas, por lo tanto, nuestra primera tarea debe ser poder definir qué entendemos por cultura. Aunque en realidad, estos factores son constitutivos de la producción diagnóstica, más que influencias sobre algo ya dado.

No es posible encontrar una definición de cultura en la que podamos aprehender la esencia de este fenómeno. Esto es así porque lo que denominamos «cultura» no es alguna cosa que esté allí, que se pueda definir y cuantificar, sino que como tal está presupuesta en cualquier enunciación o discurso, incluido el que intenta dar cuenta de

ella misma. En todo caso puede pensarse como una dimensión de la realidad humana que nos permite comprender por qué un grupo o una sociedad determinada presenta, en un momento dado, determinadas características, representaciones, ideologías o estilo de vida y no otras. Una de las definiciones que aparecen como más operantes es la ofrecida por KROEBER y KLUCKHOHN:

«La cultura consiste en modelos explícitos o implícitos, de y para el comportamiento, adquiridos y transmitidos mediante símbolos, que constituyen las realizaciones distintivas de grupos humanos, incluyendo su encarnación en instrumentos; el núcleo esencial de la cultura lo constituyen ideas tradicionales y especialmente los valores adscriptos a ellas; los sistemas culturales pueden ser considerados, en un aspecto, como productos de la acción, y en otro como elementos condicionantes de acciones futuras».

Lo que nos permite comprender —y luego operar sobre— la clase de conducta exhibida por el grupo (y sobre nosotros mismos, también) es lo que denominamos su cultura. En todo caso y como una consecuencia de lo que decíamos más arriba, la cultura no consiste exactamente en estos modelos explícitos, sino que se percibe *a través* de ellos, o en comportamientos, símbolos instrumentos, conductas, ideas y valores.

Si bien los síndromes psiquiátricos mayores son fenomenológicamente universales, su expresión clínica está primariamente determinada por factores culturales. Aunque no podemos abordarla aquí, somos conscientes de que la discusión acerca de esta universalidad fenomenológica de los síndromes nos llevaría al corazón de la discusión relativística sobre lo normal y lo patológico. Esto es, si estas categorías son constantes que se expresan en estilos diferentes, por así decir, y son por tanto aculturales en esencia, o debemos aprehenderlas y formularlas cada vez, de manera de no ejercer violencia sobre otros universos culturales.

Como se ve estamos ante la incómoda cuestión de tener que plantearnos las causas por la que nuestra cultura —en uno de sus productos más sofisticados y complejos, el pensamiento científico y sus aplicaciones— ha podido despojarse de sí misma e identificar fenómenos puros.

Es una necesidad ampliar el concepto de salud, ya no sólo dirigiendo nuestra atención a la enfermedad sino también al funcionamiento social del paciente, las redes de apoyo con que puede contar para ello y su calidad de vida. Debemos conocer el marco cultural de identidad de nuestros pacientes, en el sentido de ver las articulaciones específicas que desde ese marco el paciente ha establecido con las demandas que la nueva vida le pone por delante. Por lo que debemos también prestar atención a los siguientes factores: uso del lenguaje, grado de identificación con la cultura de adopción y grado de mantenimiento de los componentes de su cultura de origen; capacidad- dentro de su modelo cultural- de percibir y describir su malestar; la forma de canalizar la demanda de atención; la conducta del estar enfermo y la asunción del llamado «rol del paciente»; el papel que juegan la red familiar y sus creencias religiosas en el proceso de enfermar y de transmitir su padecimiento; la capacidad de elaboración de un «proceso de duelo», el del duelo que supone emigrar y el desarraigo inevitable que provoca. Esta última circunstancia puede dar origen a cuadros psicopatológicos y psicosomáticos de gravedad, por lo que es de gran importancia tener siempre presente, ya que se encuentra en la base de todo proceso de integración en una nueva cultura.

Debemos extremar el cuidado de no menospreciar, ni intentar modificar, los aspectos de la cultura del paciente que modelan y dan forma a la presentación de sus enfermedades.

Se sabe que los pacientes no occidentales, en general, tienden a conservar en secreto sus referentes culturales: por vergüenza o por deseo de salvaguardar lo que consideran esencial. Es necesario conocer en detalle cuáles son las vivencias subjetivas del padecimiento que determinan su forma de presentación y la modalidad de la narración de las mismas, tanto en el plano del lenguaje verbal como en el del gestual o corporal, que será diferente según las diferentes culturas. Es imprescindible llamarle la atención al paciente acerca de la necesidad de tener en cuenta sus referentes culturales, pues ellos constituyen la matriz de las significaciones que podrá abordar en el curso de su tratamiento. En etnopsiquiatría, es preciso que el terapeuta demuestre conocer el funcionamiento de la etiología sobrenatural (genios, magia, hechicería), para que el paciente se sienta autorizado a dirigir su discurso hacia esa perspectiva.

La enfermedad mental (y sus variantes interétnicas relacionadas con la variabilidad de los síntomas, sus formas de evolución y diferentes contenidos), constituye por tanto una posibilidad ontológica del hombre, lo que nos plantea un poderoso interrogante acerca de su sentido. Es posible pensar, como YVES PÉLICIER que no existirían formas clínicas características de una cultura dada, sino que algunos tipos de comportamientos están facilitados por ellas y encuentran en las mismas un «verdadero clima» de facilitaciones. Aunque no podríamos entrar aquí en el vasto problema de los «síndromes culturalmente limitados», en la terminología antropológica, o «dependientes de la cultura», como prefiere el DSM-IV y que apuntarían, en cierto modo, a la tesis opuesta. No hay «locuras culturales» sino que existen posibilidades infinitas de comportamiento. Es evidente que no podemos conocer todos los códigos culturales, pero, como nos ha dicho GEORGES DEVEREUX, podemos trabajar con un concepto general de «cultura», a la vez desde el punto de vista antropológico y clínico.

Ahora bien; en lo concreto, la demanda asistencial de los diferentes grupos de inmigrantes en las redes asistenciales en atención primaria y especializada, está dando lugar a problemas también concretos en el abordaje de estos pacientes. El primero de ellos, nada menor, es la cuestión del idioma: la necesidad de aprender a utilizar de forma cotidiana una segunda lengua puede dar origen, en ocasiones, a un discurso de apariencia incoherente, disgregado, vago o poco claro, que hace extremadamente difícil una presentación clara —en el código autóctono, habitual para el profesional médico— de la demanda asistencial. También se hace imprecisa la descripción de los síntomas y vivencias relacionadas, por lo que puede llegar a confundirse con un discurso patológico, más atribuible a un problema psiquiátrico, que a ser reconocido como forma de expresión de un malestar somático. Cada vez es más frecuente tener que solicitar la presencia de un intérprete para llevar a cabo entrevistas con pacientes de origen árabe o asiático en psiquiatría, donde la necesidad de estructurar un diálogo rico en todas las posibilidades de expresión de un idioma es fundamental para la exteriorización del mundo emocional del paciente. Esto puede resultar decisivo, desde que un mayor conocimiento de los resortes vitales del lenguaje y las simbolizaciones que construye, a partir de las representaciones que constituyen el núcleo de la cultura del paciente, permitirá o facilitará al menos las metáforas en las que el profesional podrá traducir el ordenamiento técnico de la enfermedad —etiología, diagnóstico, pronóstico y terapéutica, como mínimo— en una narración que posibilite comprender la dolencia que sufre.

El objetivo sería, como propone TOBIE NATHAN, inscribir la psicopatología del paciente en la lógica de su tópico imaginario, es decir poner de manifiesto, hacer posible un mecanismo de inversión que permita al paciente invertir a su vez la lógica patológica.

En la práctica que realiza este psicólogo francés, la sesión de consulta se organiza alrededor del discurso sobre el paciente producido por aquellos de su grupo que le acompañan, que está formulado en los términos de su cultura de origen.

Por su parte, la Asociación Americana de Psiquiatría ha intentado dar una respuesta a la creciente demanda a favor de la inclusión de la cultura como una dimensión necesaria para la comprensión de un cuadro clínico. Así, propuso que una forma de reducir el riesgo de posibles errores diagnósticos consistiría en la utilización de la llamada Formulación Cultural, incluida en el DSM-IV, que permite describir la identidad cultural del paciente, su modelo de comprensión y explicación de los síntomas, la naturaleza y el funcionamiento de su ambiente psicosocial, su relación con el clínico, la evaluación global de los factores culturales en el diagnóstico y el manejo del caso. Con la precaución de que esta formulación no se use con una actitud excesivamente instrumental, y sí como una guía que deje margen para la singularidad del paciente —evitando que se convierta, exagerando, en «el marroquí» «el rumano» o « el chino» sino permitiéndole ser esta persona de origen marroquí, rumano...etc.

El nuevo escenario clínico que la llegada de personas inmigrantes ha producido está demandando —especialmente en el ámbito de la salud mental— una adecuación y una amplificación de la totalidad del paradigma psiquiátrico hoy vigente. La inmigración, una decisión vital fundamental, tiene importantes consecuencias psicológicas y sociales para el individuo y para el grupo familiar. Como la dimensión cultural es constitutiva del ser humano, la adecuación y amplificación señaladas deben incluir de manera preponderante, una rigurosa reformulación en términos transculturales del espacio sanitario y de la relación clínica, de manera de poder paliar las consecuencias psicológicas y sociales negativas que potencialmente puede generar el proceso migratorio.

OBJETIVO

Mejora de la atención a la Salud Mental de la población inmigrante

Las acciones deben estar dirigidas a la mejora en las áreas de formación, perfeccionamiento, atención clínica, organización de los servicios e investigación. El fenómeno de la inmigración no debe abocar a los individuos a una situación de exclusión social en el país receptor.

La baja utilización de los recursos asistenciales por algunos grupos de inmigrantes puede estar debida a su percepción de que serán estigmatizados por su comunidad si consultan, a las dificultades del lenguaje, al temor de las diferencias culturales y al temor de encontrar actitudes racistas en los servicios.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Acreditar estándares de competencia cultural de los profesionales de la Salud Mental (médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros y trabajadores sociales), en la formación de los residentes de las Especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería en Salud Mental y en los programas asistenciales.*
2. *Disponer de la colaboración de intérpretes y mediadores culturales y proporcionarles formación para desarrollar su trabajo con enfermos mentales, así como formar a los profesionales de Salud Mental para trabajar con ellos.*
3. *Extender el uso del servicio de traducción telefónica.*
4. *Identificar las dificultades en el acceso a los servicios por parte de la población inmigrante.*
5. *Brindar apoyo y supervisión a los médicos de Atención Primaria en trastornos mentales en inmigrantes que no necesiten de una intervención especializada.*
6. *Impulsar trabajos de investigación en el área de la salud mental transcultural.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de la Población Extranjera Empadronada en la Comunidad de Madrid. Mayo 2008. Consejería de Inmigración y de Cooperación. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/satellite>.
2. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://ine.es/prensa/np503.pdf>

3. Development and Evaluation of a Cultural Consultation Service in Mental Health. Final Report. Project N.º QC424. Health Transitions Fund of Health Canada. Disponible en: www.mcgill.ca/psychiatry/ccs
4. Balbo E. Salud mental e inmigración magrebí. Salud Global. Salud Mental en Atención Primaria 2004; IV (4): 1-7. Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL4-2004.pdf>
5. Alarcón RD. Pasado, presente y futuro de la psiquiatría cultural. Monografías de Psiquiatría 2000; XII (4): 1-8.
6. Balbo Ambrosolio E, Pis-Diez Pretti G. El concepto de enfermedad mental en inmigrantes marroquíes. Archivos de Psiquiatría 2007; 70 (3): 175-190.
7. Achotegui J. La depresión en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Barcelona: Ediciones Mayo; 2002.
8. Tizón García JL. Migraciones y salud mental. Barcelona: PPU; 1993.
9. Lewis Fernández R. Cultural formulation of psychiatric diagnosis. Cult Med Psychiatry 1996; 20: 133-144.

13. PLAN ESTRATÉGICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL

Las enfermedades mentales, debido a su alta prevalencia e impacto en el gasto y desarrollo social, se perciben cada vez más como un área que requiere actuaciones políticas sanitarias específicas. En esta línea la Unión Europea ha definido una serie de estrategias recogidas en el Libro Verde: Hacia una Estrategia de Salud Mental para la UE, con el objetivo de mejorar la Salud Mental de la población. Uno de los ejes fundamentales de esta estrategia es la de «mejorar la información y aumentar el conocimiento sobre enfermedades mentales». Las acciones destinadas a desarrollar este eje se describen a continuación:

- Crear de una base de datos unificada y común a todos los países de la UE.
- Potenciar estudios sobre los determinantes sociales, económicos y demográficos de Salud Mental.
- Fomentar infraestructuras, actividades y recursos orientados a la prevención.
- Potenciar la actividad investigadora en Salud Mental a través del VII Programa Marco. Crear un mecanismo de encuentro entre las políticas y la investigación que permita la correcta evaluación y seguimiento de indicadores en Salud Mental y el establecimiento de prioridades de investigación en esta área para la UE.

El Parlamento Europeo, en un informe sobre la salud mental (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI)), reconoce la Salud Mental y el Bienestar como prioridades básicas de actuación, considerando, entre otros aspectos, que existe todavía una falta de comprensión y de inversiones para la promoción de la salud mental y la prevención de sus trastornos, así como una falta de apoyo a la investigación médica y a las personas con problemas de salud mental. Asimismo, el informe recoge, con especial énfasis, un apartado sobre «la salud mental de los jóvenes y en el sistema educativo».

A nivel nacional, dentro del Plan Nacional 2008-2011 de I+D+i se recoge la necesidad de ampliar los conocimientos en el ámbito de las enfermedades mentales. Dentro de este Plan, la priorización de las enfermedades mentales se encuadra en dos de las áreas en las que se estructura:

Área 3. Desarrollo e innovación tecnológica sectorial

Entre los sectores identificados en esta área se encuentra el farmacéutico, el cual es uno de los más intensivos en I+D.

No obstante, se considera necesario fomentar las actuaciones en ámbitos relacionados con el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades del sistema nervioso y mentales, las infecciones y SIDA, las genéticas, las respiratorias y las crónicas e inflamación, entre otras.

Área 4. Acciones Estratégicas

En el ámbito de las acciones estratégicas, la priorización de las enfermedades mentales se indica en la Acción Estratégica en Salud. De las 5 líneas en las que se estructura la Acción Estratégica, la priorización de las enfermedades mentales se realiza en dos de ellas:

Línea 2. Investigación traslacional sobre la salud humana. Se centra en el conocimiento de los mecanismos implicados en las enfermedades y en su transferencia a las aplicaciones clínicas. En este apartado se establecen prioridades en torno a los problemas de salud y tratamiento de aquellos grupos de entidades cuyo interés social y

sanitario es más relevante, teniendo en cuenta los estudios de carga de enfermedad y de equidad personal. Las sublíneas que engloba son: Cerebro; Enfermedades Neurológicas y Mentales; Desarrollo Humano y Envejecimiento; Enfermedades Infecciosas; Cáncer; Enfermedades Cardiovasculares; Diabetes y Obesidad; Enfermedades Raras; Enfermedades Respiratorias, Enfermedades del Aparato Locomotor y tejido conectivo; Enfermedades Crónicas e Inflamatorias.

Línea 4. Fomento de la investigación farmacéutica en medicamentos y desarrollo de tecnologías farmacéuticas. Investigación, Desarrollo e Innovación en fármacos para el tratamiento de las enfermedades más relevantes. Las sublíneas que engloba son: Enfermedades Neurológicas y Mentales, Enfermedades Infecciosas, Cáncer, Enfermedades cardiovasculares, Diabetes y Obesidad, Enfermedades raras, Enfermedades respiratorias, Enfermedades del aparato locomotor y tejido conectivo, Enfermedades crónicas y e inflamatorias.

Los problemas de Salud Mental y por lo tanto la investigación sobre los mismos, deben ser abordados desde una perspectiva multidisciplinar, considerándola parte indivisible del estado de salud general que responde a la interacción del individuo con el ambiente. Así pues aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales deben ser abordados en la investigación en Salud Mental.

A pesar que las necesidades del Sistema Sanitario son un factor determinante a la hora de establecer prioridades de investigación y asignar recursos no siempre existe una relación directa proporcional entre la importancia y relevancia de un determinado tipo de enfermedades y los fondos económicos destinados a la investigación de estas enfermedades.

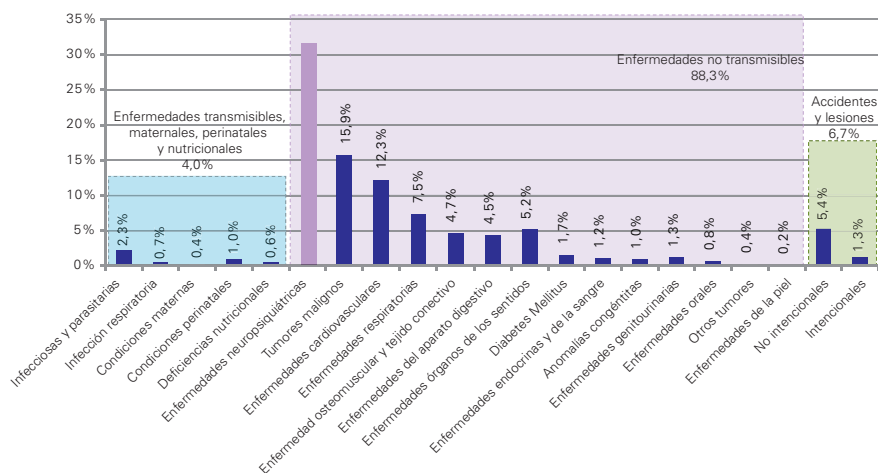
En España, se estima que en 2006 se perdieron más de 5 Millones de AVAD, el 57,7% de ellos ocasionados por discapacidad o mala salud y el 42,3% por mortalidad prematura. Las principales causas en número de AVAD fueron las enfermedades neuropsiquiátricas (con un 31,8% sobre el total), por delante de los tumores malignos (15,9%), las enfermedades cardiovasculares (12,3%) o las enfermedades respiratorias (7,5%). Además, entre las subcategorías de causas de enfermedad, destaca el peso

de los AVAD en la depresión unipolar (8,8%) y las demencias (7,6%), por delante de la cardiopatía isquémica (4,5%) o el cáncer de pulmón (3,4%) (ver Figura).

Respecto a la relación entre las principales causas de AVAD en nuestro país y la financiación que perciben, las categorías de enfermedad que mayor financiación recibieron por cada AVAD perdido fueron las enfermedades endocrinas y de la sangre, las enfermedades infecciosas y parasitarias y las anomalías congénitas.

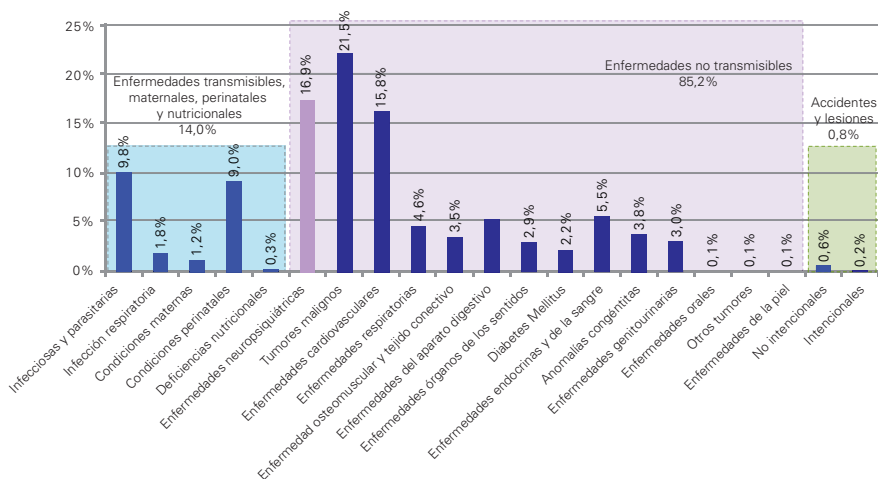
Por el contrario, algunas enfermedades neuropsiquiátricas (p.ej., abuso de alcohol, migrañas, trastornos bipolares, depresión), algunos cánceres específicos (p.ej., orales, faringoesofágicos, pulmón), los accidentes y lesiones no intencionales fueron las causas que tuvieron «razones de fondos de investigación asignados por cada AVAD perdido» menores.

FIGURA. PORCENTAJES SOBRE EL TOTAL QUE SUPONE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CAUSANTES DE AVADS. ESPAÑA 2006



El análisis de los AVAD estimados para la población española conjuntamente con la financiación indica que existen grupos de categorías que reciben más fondos que carga que provocan, y que en general coinciden con las principales causas de mortalidad. Todo lo contrario sucede con las enfermedades neuropsiquiátricas, que como se ha indicado previamente producen la primera carga de enfermedad (31,8% sobre el total de AVAD en 2006) y donde la discapacidad o mala salud (93,1%) es mucho mayor a la mortalidad (6,9% AVP, Años de Vida Perdidos), y que aun siendo la segunda categoría receptora de fondos, le correspondió el 16,9% sobre el total de financiación (ver Figura).

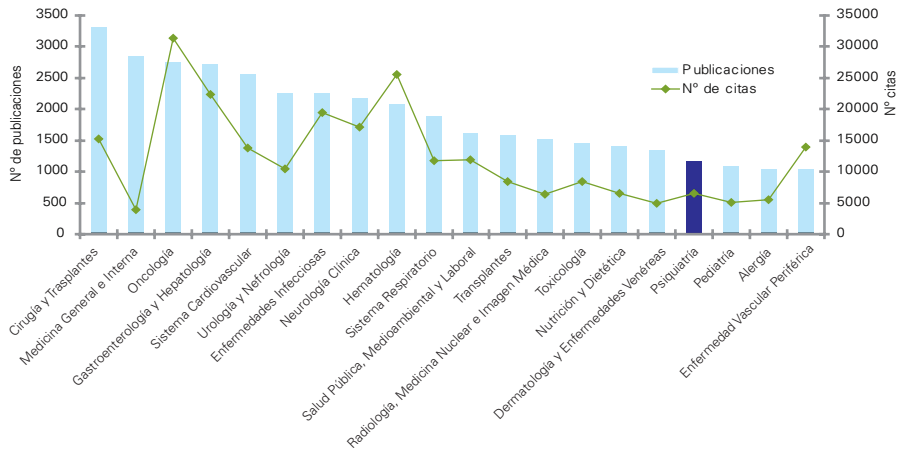
FIGURA. PORCENTAJES DE FINANCIACIÓN PARA LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CAUSANTES DE AVADS. ESPAÑA 2006



FUENTE: Rev Esp Salud Pública 2009; 83:137-151.

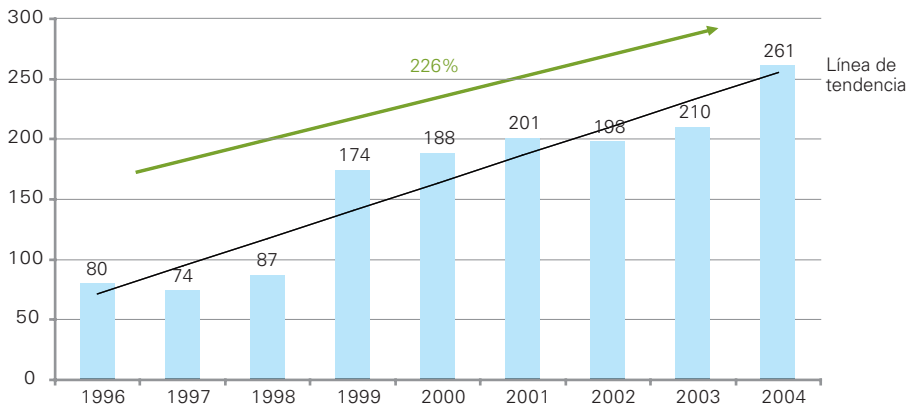
La investigación en Psiquiatría en España se sitúa entre las veinte disciplinas más productivas en el área de la Medicina Clínica (ver Figura). Resulta especialmente significativo el incremento en cuanto a número de publicaciones experimentado por la disciplina en el período 1996-2004, con un incremento en dicho periodo del 226% (ver Figura).

FIGURA. DISCIPLINAS EN EL ÁREA DE MEDICINA CLÍNICA SITUADAS ENTRE LAS VEINTE MÁS PRODUCTIVAS. 1994-2002



FUENTE: Méndez-Vásquez RI, Suñén-Pinyol E, Cervelló R, Camí J. Mapa bibliométrico de España 1996-2004: biomedicina y ciencias de la salud. Med Clin (Barc) 2008; 130(7): 246-53.

FIGURA. EVOLUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN PSIQUIÁTRICA EN ESPAÑA 1996-2004



FUENTE: Méndez-Vásquez RI, Suñén-Pinyol E, Cervelló R, Camí J. Mapa bibliométrico de España 1996-2004: biomedicina y ciencias de la salud. Med Clin (Barc) 2008; 130(7): 246-53.

Recientemente se ha realizado de un mapa de grupos de investigación en España especializados en los ámbitos de la psiquiatría, psicología clínica y drogodependencias, disponible en la página web del Instituto de Salud Carlos III (www.isciii.es) que revela la existencia de 120 grupos de investigación estables, con una media de 5 a 6 integrantes por grupo.

Desde un punto de vista temático, 44 grupos son propiamente de psiquiatría, 39 están orientados a la investigación en el ámbito de la psicofarmacología, 30 en el ámbito de la psicología y 15 grupos se caracterizan por su enfoque principal en temas de drogodependencias. Las cifras parciales de grupos suman más de 120, porque algunos grupos de psicofarmacología tienen una orientación mixta.

Estos grupos, en el período de estudio 1996-2004 han obtenido un elevado índice de producción, publicando un total de 7.613 artículos científicos. Respecto a las citas obtenidas, el valor ha alcanzado un nivel significativo, ascendiendo a 72.285 citas, lo que ha supuesto una tasa de 9,49 citas por artículo.

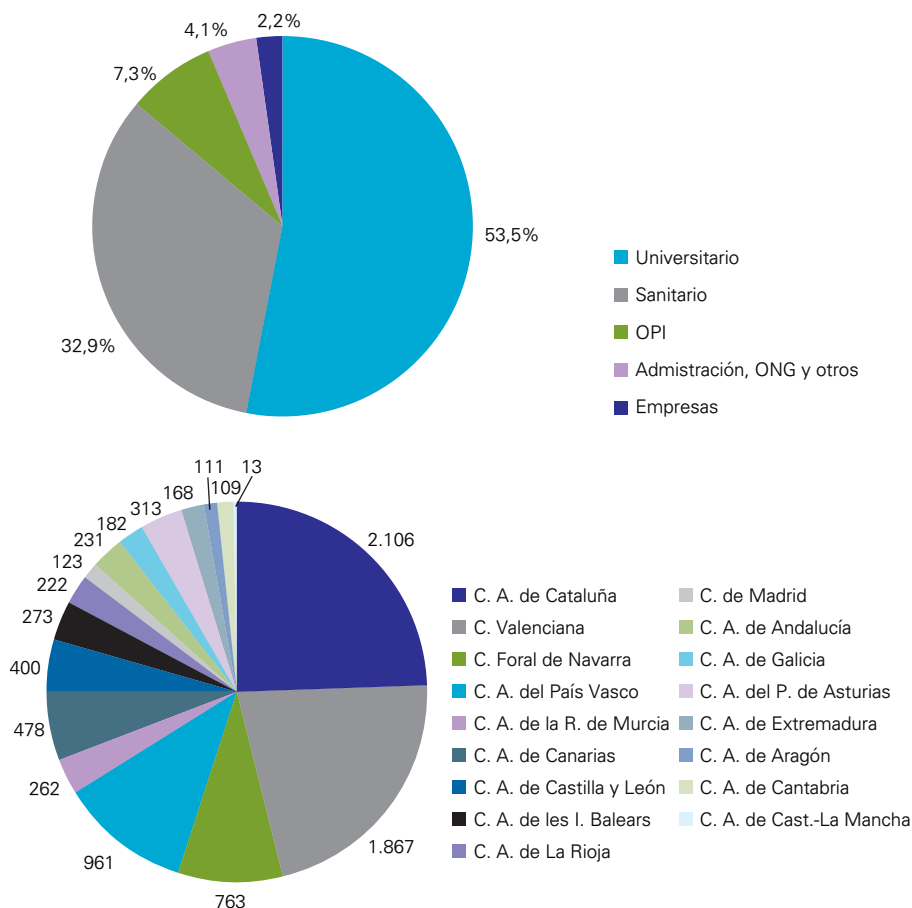
El 48,8% de estos grupos están ubicados entre las comunidades de Cataluña y Madrid, colectivo que también explica el 46,3% de todos los documentos científicos publicados por los grupos. Cataluña, con 38 grupos (30,8% del total) se caracteriza por tener 17 de ellos en el ámbito hospitalario. Le sigue la Comunidad de Madrid con un total de 22 grupos (17,9%), la Comunidad Valenciana (15 grupos, 12,2%) y la Comunidad Autónoma de Andalucía (10 grupos, 8,1%). Con cinco o más grupos se encuentran la Comunidad Foral de Navarra, la Comunidad Autónoma de Galicia y la Comunidad Autónoma del País Vasco (ver Figura).

En relación con el sector institucional de procedencia y la distribución territorial, destaca que una mayoría de publicaciones (5.430, 53,5%) han sido elaboradas en el sector universitario, 3.336 publicaciones se han elaborado en los hospitales (lo que supone un 32,9% del total) y el 13,6% restante se distribuye entre las OPI, las empresas y la Administración, las ONG y otros centros, con un 7,3%, 2,2% y 4,1%, respectivamente (ver figura).

Los grupos de investigación más representativos por su visibilidad (cuyos trabajos han recibido un mayor número de citas en promedio y con tantos por cientos elevados de colaboración internacional) son grupos de investigación básica-orientada en psico-

farmacología o en drogas de abuso. Los grupos más representativos por su actividad (mayor número de documentos) son equipos clínicos de centros hospitalarios.

FIGURA. DISTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN EN PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DROGODEPENDENCIAS EN ESPAÑA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



FUENTE: Méndez-Vásquez R, Suñén-Pinyol E, Torrens M, Castro-Fornieles J y Camí J. Caracterización bibliométrica de los grupos de investigación en psiquiatría, psicología clínica y drogodependencias. España 1996-2004.

CIBERSAM

El Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental CIBERSAM (www.cibersam.es) está formado por 26 grupos de investigación clínica y básica pertenecientes a 8 Comunidades Autónomas. Estos grupos investigan principalmente en patologías como la depresión, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, así como los trastornos de ansiedad, patologías del niño y del adolescente, de la tercera edad y, en general, cualquier aspecto neurocientífico relacionado con la salud y la enfermedad mental. El abordaje en el estudio de estas patologías tiene un claro componente traslacional, buscando la sinergia entre grupos que desarrollan su actividad en hospitales, centros de investigación y universidades.

El Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental integra un equipo humano de cerca de 300 personas, con una plantilla de más de un centenar de profesionales contratados a lo largo del año 2008, siendo el resto de miembros de los grupos personal adscrito al CIBERSAM. Los grupos integrantes de CIBERSAM han sido seleccionados entre todos los grupos solicitantes a través de un sistema de evaluación que incluye la productividad de los últimos años, captación de fondo y capacidad innovadora realizado por evaluadores extranjeros. Además todos los grupos son evaluados cada año dentro del propio CIBER y cada tres años por el panel de evaluadores extranjeros. Lo que asegura, mediante criterios objetivos, medibles y publicables que los grupos tienen y mantienen su competitividad en el contexto nacional.

Los proyectos de investigación que se desarrollan en él tienen un carácter multidisciplinar y multiinstitucional en los que se integra la investigación básica, clínica y poblacional. Su principal objetivo es añadir valor al sistema mediante la investigación de frontera en el campo de la psiquiatría y neurociencias afines.

El objetivo final es constituir un centro de grupos de investigación abierto a la comunidad científica, médica, política y a la sociedad, líder en investigación en España y Europa, que genere conocimientos y aporte valor añadido.

De los 26 grupos integrantes del CIBERSAM, 8 son de la Comunidad de Madrid, lo que hace que sea esta Comunidad, con el mismo número de grupos que Cataluña, la que tenga un mayor número de grupos en el CIBERSAM.

El hecho de que de los 9 CIBER existentes sólo en esta Comunidad de Madrid tenga el mayor número de grupos en comparación con otras Comunidades y que sea el único CIBER con un Director Científico de Madrid pone de relieve la competitividad de los grupos de investigación de Madrid en Salud Mental. En aras de la eficiencia (captación de fondos, evitar duplicidad de infraestructuras, facilitar acceso a fondos europeos), debería crearse una sinergia con la política científica de la Comunidad de Madrid.

Áreas estratégicas de investigación en Salud Mental de la Comunidad de Madrid:

Analizados los datos anteriores se puede concluir que Madrid dispone de un potencial de investigación de carácter destacable. En el futuro inmediato se debe potenciar una investigación operativa, centrada en la asistencia en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Para seleccionar las áreas prioritarias en investigación en un determinado contexto geográfico como puede ser la Comunidad de Madrid hay que tener en cuenta factores como:

- **Impacto en la salud de la población:** Los más importantes centros de investigación en Salud Pública, como la OMS y el Foro Global de Investigación en Salud entre otros, recomiendan tener en cuenta las necesidades de salud de la población a la hora de definir las prioridades y la asignación de recursos.
- **Impacto en el sistema sanitario:** Las necesidades del propio sistema nacional de salud deben ser consideradas a la hora de establecer las prioridades de investigación, lo que incrementará el grado de adecuación de las líneas seleccionadas. En este caso deben ser referentes la Estrategia de Salud mental y las áreas descritas por el Ministerio de Sanidad y Política Social y adoptadas por el Ministerio de Ciencia e Innovación para la creación del Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
- **Capacidad investigadora:** No basta con que las enfermedades sean prevalentes y relevantes si no existen grupos con experiencia demostrada que puedan llevar a cabo investigaciones en esas patologías. Para la asignación de recursos a la investigación debería tenerse en cuenta la capacidad científica demostrada, que hagan factibles las propuestas.

En base a las premisas expuestas en las líneas anteriores las **áreas prioritarias de investigación** (clínica, básica, epidemiológica y en servicios de salud) serán las siguientes:

1. Epidemiología y clínica de los trastornos mentales.
2. Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de las enfermedades mentales. Ensayos clínicos no comerciales.
3. Detección precoz, adherencia y respuesta al tratamiento y evaluación de procesos asistenciales.
4. Trastornos afectivos: Diagnóstico, epidemiología y tratamiento.
5. Epidemiología y clínica de los trastornos conductuales y emocionales.
6. Trastornos psicóticos: bases genéticas, celulares y moleculares. Aspectos psicosociales y terapéuticos.
7. Trastornos afectivos: bases genéticas, celulares y moleculares. Aspectos psicosociales y terapéuticos.
8. Aspectos clínico-epidemiológicos y biológicos de los trastornos de la personalidad.
9. Trastornos por adicción a sustancias.
10. Trastornos del espectro autista.
11. Modelos animales y celulares para el estudio de enfermedades mentales.
12. Salud mental infanto-juvenil.
13. Aspectos sociales relacionados con la Salud Mental.
14. Lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental.
15. Conducta suicida desde la perspectiva biopsicosocial.

ACCIONES A REALIZAR:

1. *Integrar a todos los dispositivos asistenciales con menor cultura investigadora en grupos con trayectoria investigadora contrastada.*
2. *Fomentar la inclusión de méritos de investigación en las convocatorias de plazas y carreras profesionales.*
3. *Potenciar la creación de centros de investigación que incluyan de forma parcial o en su totalidad grupos con interés en salud mental.*
4. *Potenciar el modelo de investigación operativa centrada en la asistencia.*

5. *Comunicar sistemáticamente los resultados de todos los estudios de investigación a las asociaciones de familiares y personas afectadas por la enfermedad mental que hubieran participado en dichos estudios.*

14. INTEGRACIÓN DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS Y DE LA CONGREGACIÓN DE LAS HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN

En el presente Plan se pretende otorgar reconocimiento a instituciones de reconocido prestigio, larga tradición, conocimiento y experiencia, sin ánimo de lucro, en la atención a los enfermos mentales. Entre ellas destacan singularmente la Orden de San Juan de Dios y la Corporación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón.

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios está presente en la asistencia sanitaria a la población madrileña desde el año 1552, año del que data su primera fundación sanitaria. La atención a la enfermedad mental ha sido desde su fundación una de las disciplinas en las que la Institución ha desarrollado una mayor actividad. Quizás por ser históricamente una de las especialidades menos atendidas por la sociedad y donde existían mínimas cotas de respeto a la dignidad de la persona enferma.

El Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos, creado en el año 1876, ha mantenido, desde sus orígenes, concertos con la entonces Diputación Provincial de Madrid, y posteriormente con la Comunidad de Madrid para la atención a los enfermos mentales. En 2001 se firmó un Protocolo General de Colaboración entre la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios y la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

En el momento actual, la Orden gestiona una amplia red de dispositivos asistenciales en la Comunidad de Madrid, para la atención y rehabilitación de la enfermedad mental, las adicciones y la patología dual. También es conocida la experiencia y el reconocimiento de la Institución en otras Comunidades Autónomas, donde está plenamente integrada en la red asistencial pública.

Por otra parte, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios ha decidido solicitar la acreditación docente de sus Centros de Atención Psiquiátrica en la Comunidad de Madrid para las Especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería en Salud Mental. El Centro de San Juan de Dios de Ciempozuelos está acreditado con el Nivel +400 en el sistema EFQM.

Por todo lo mencionado, es patente, la tradición de la Institución en el apoyo a todas las Administraciones Públicas compartiendo proyectos e iniciativas.

Además son principios reconocidos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, recogidos en su Carta de Identidad, su compromiso en lograr una atención centrada en el paciente y en la defensa y promoción de sus derechos.

En el ámbito de la atención al enfermo mental en los dispositivos de tratamiento y rehabilitación y cuidados psiquiátricos prolongados, se requiere de una planificación, tanto de los proyectos asistenciales como de los recursos humanos e infraestructuras necesarios, que supera el marco de estabilidad que recoge el concierto actual.

La existencia de un marco de relación estable y a largo plazo entre la Consejería de Sanidad y los Centros de la Orden de San Juan de Dios facilitaría la integración de sus recursos en la red de atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

La Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón

El inicio de su andadura tuvo lugar hace ya más de 128 años, comenzando su relación con la entonces Diputación Provincial de Madrid en 1881, orientando durante todo este tiempo sus esfuerzos a complementar y colaborar con las autoridades sanitarias de esta Comunidad. Su institución actualmente atiende de manera concertada con la Comunidad de Madrid un total de 936 camas y 770 plazas ambulatorias, manteniendo además otros acuerdos en materia de rehabilitación ambulatoria.

Es pionera en tratamientos especializados y actualización de modelos como la Unidad de Trastornos de Personalidad de la Clínica San Miguel y en especialidades complejas multidisciplinares como es la neurorehabilitación del Daño Cerebral Adquirido, la reha-

bilitación infantil o los cuidados paliativos. Su cartera de servicios de atención a la Salud Mental concertados con la Consejería de Sanidad abarca todo el abanico asistencial desde la hospitalización psiquiátrica breve hasta la larga estancia, pasando por camas de media estancia en las que son los principales proveedores, la gestión del Servicio de Salud Mental de Ciempozuelos, etc.

El Complejo Asistencial Benito Menni de Ciempozuelos ha obtenido para Salud Mental la acreditación docente con el Hospital Universitario 12 de Octubre y se encuentra en fase de solicitud esta acreditación para la Clínica San Miguel.

La Congregación ha sido merecedora de reconocimientos públicos tan emblemáticos como la Cruz del Dos de Mayo, otorgada por la Comunidad de Madrid a la institución en 2007 como reconocimiento a su labor para la comunidad, o el premio Ginebra para los Derechos Humanos en Psiquiatría.

ACCIÓN A REALIZAR:

Establecer un Convenio Singular entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la Orden de San Juan de Dios- Provincia Bética y la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón-Provincia de Madrid para la integración de sus recursos en la red de atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid en el que habrían de pactarse los siguientes fines:

- *Compartir plenamente las políticas, estrategias y protocolos asistenciales propuestos por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, lo que implica el respeto a los principios constitutivos del modelo comunitario de atención a la Salud Mental.*
- *Definir los objetivos asistenciales, docentes y de investigación.*
- *Compartir planes de calidad.*
- *Compartir los sistemas de información sanitaria.*

15. USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS

El concepto de uso racional de medicamentos se ha ido perfilando en los últimos 20 años. La OMS en el año 1989 define el uso racional de medicamentos como el que se produce cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en la dosis correspondiente a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste para el paciente y para la comunidad⁽¹⁾.

En la década de los 90 el movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia considera que el uso racional de los medicamentos debe incluir antes de la prescripción, un análisis de las consecuencias de la misma en las circunstancias clínicas del paciente, sólo posible con la integración de la evaluación de las evidencias generadas a través de la investigación, con los conocimientos fisiopatológicos del médico, evitando así la práctica poco deseable del ensayo-error⁽²⁾.

Una de las dificultades que encontramos en Psiquiatría para el uso racional de psicofármacos es, que más que enfermedades etiológicamente definidas, contamos con grupos sindrómicos con síntomas, muchas veces, comunes a diferentes entidades nosológicas. De hecho, la mayoría de los psicofármacos se utilizan en un amplio espectro de patologías porque el objetivo es paliar el síntoma y no la enfermedad. Por otra parte, la complejidad, heterogeneidad y cronicidad de muchas de las enfermedades psiquiátricas supone que no existan líneas de tratamiento estandarizadas y que finalmente el abordaje psicofarmacológico de un paciente dependa del «buen hacer» del médico psiquiatra. Finalmente, otra de las dificultades para el uso racional de psicofármacos es que su prescripción se basa en los resultados obtenidos en ensayos clínicos que no representan en gran medida la práctica clínica habitual. El estricto perfil de selección de pacientes de estos ensayos se traduce en que las conclusiones acerca de la eficacia y dosificación se alejan en gran medida de la realidad asistencial.

El uso racional no sólo incluye el proceso de prescripción adecuado, sino también la inexistencia de error en la cadena de utilización de medicamentos, de forma que se asegure que el fármaco correcto es tomado por el paciente al que se le ha indicado, a la dosis y duración adecuada.

Las percepciones y factores que afectan al uso no racional de los medicamentos, están ligadas a las variaciones culturales, y los factores más importantes derivan de los pacientes, prescriptores, sistemas de provisión de servicios, industria, regulación, la información de medicamentos, la desinformación y la combinación de estos factores. En cuanto a causas asociadas predominan la comunicación inadecuada, la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios, el número y complejidad de la medicación por paciente, el diagnóstico erróneo, la automedicación del paciente y los procesos de prescripción, dispensación y administración de medicamentos ⁽³⁾.

En la actualidad, aunque son conocidos los factores que afectan, en general, al uso no racional de los medicamentos, existe una deficiencia en los sistemas de información sobre la utilización de los mismos, que impide un diagnóstico adecuado de los tipos, el volumen y los motivos de uso irracional de psicofármacos en particular y de todos los medicamentos en general. Los abordajes a este problema, han contemplado la comparación de la utilización de estos fármacos a través del indicador de tasa de prescripción por 1000 habitantes/día (DHD), que puede resultar útil como indicador centinela, en una misma área sanitaria, analizando la evolución en el tiempo o la comparación entre diferentes áreas o países. Pero es necesario desarrollar sistemas de información que mejoren nuestro conocimiento sobre el uso de estos medicamentos y los resultados de su aplicación en la población.

El marco reglamentario básico español para la fabricación, distribución, autorización, información, publicidad, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, está recogido en la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁽⁴⁾.

Los psicofármacos son medicamentos que requieren una prescripción médica antes de su dispensación y engloban los siguientes grupos de fármacos: ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos y sedantes y estabilizadores del ánimo.

Los objetivos del uso racional de psicofármacos son:

- Ofrecer a la población que los necesita los mejores resultados terapéuticos posibles.

- Disminuir la frecuencia de efectos adversos relacionados con la utilización de psicofármacos y la gravedad de los mismos.
- Contribuir a la contención del gasto sanitario.

Para ello, este programa está orientado a definir los objetivos generales y específicos, necesarios para mejorar el uso racional de psicofármacos y recomendar una serie de indicadores con los que sea posible medir los resultados del mismo.

Situación actual del uso de psicofármacos en la Comunidad de Madrid.

1. Consumo de psicofármacos

El resumen de la información económica por área, obtenida del sistema de información Farm@drid del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), se incluye en la tabla 1. El gasto global en receta de psicofármacos ha ascendido, en los diez primeros meses del año 2008 a 104.544.230€ lo que supone un 10% del gasto total en medicamentos a través de receta en el mismo periodo. No se han incluido los estabilizadores del ánimo por tratarse de fármacos utilizados también como antiepilépticos.

La utilización de psicofármacos expresada en dosis diaria definidas por 1.000 habitantes-día (DHD), puede orientar en cuanto al número de pacientes tratados en un día por cada 1.000 habitantes en las diferentes áreas sanitarias, siempre y cuando se utilicen las dosis medias de medicamentos en la indicación principal recogida en la ficha técnica.

Se comparan los datos de consumo de DHD de psicofármacos de la Comunidad de Madrid en el año 2008 con los de Andalucía en el año 2006⁽⁵⁾ y Extremadura en el año 2005⁽⁶⁾ (Tabla 2). Otros datos parciales encontrados en la literatura, refieren un consumo de 7,77 DHD de antipsicóticos en España, en el año 2005⁽⁷⁾, y un consumo de 46,8 DHD de antidepresivos en Navarra en el año 2003⁽⁸⁾.

El análisis del uso de psicofármacos del Plan de Salud Mental de Extremadura⁽⁶⁾ incorpora la valoración comparada y comenta que esta Comunidad clásicamente ha tenido un consumo alto de ansiolíticos y antidepresivos y extremadamente bajo de antipsi-

cóticos e hipnóticos y sedantes. Ello, unido al dato global de antipsicóticos de España 7,77 DHD en el año 2005, hace que la valoración del consumo de psicofármacos en el año 2008 en Madrid pueda ser considerado razonable en todos los grupos terapéuticos analizados.

En cuanto al porcentaje de utilización de genéricos (Tabla 3), el techo de prescripción de envases genéricos está en función de la disponibilidad de los mismos por grupo terapéutico, siendo alto en ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos y bajo en antipsicóticos. A pesar de ello se observan variaciones importantes entre las áreas, poniendo en evidencia la capacidad de mejora en la contención de costes.

En el análisis del consumo en DHD y gasto por área sanitaria y grupo terapéutico (figuras 1,2,3 y 4) se observa que, siendo bastante homogéneo el consumo en DHD de los diferentes grupos terapéuticos, las diferencias en los gastos generados por las áreas son muy relevantes. Así, incluso con datos más bajos de consumo en DHD hay áreas sanitarias que gastan el doble.

Ello pone en evidencia la necesidad de mejorar la selección de los medicamentos prescritos, incorporando el coste del tratamiento como un elemento añadido a su efectividad y seguridad en la toma de decisiones terapéuticas.

En el análisis por adscripción del prescriptor se observa que en general el porcentaje de prescripción de genéricos es el doble en médicos de Atención Primaria respecto a la prescripción en receta de genéricos de los médicos psiquiatras.

La información del porcentaje de envases prescritos en receta por médicos psiquiatras respecto al total de envases prescritos por área sanitaria, se recoge en la tabla 4.

2. Notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos

En la tabla 5 se recogen las notificaciones de sospechas de reacciones adversas comunicadas por médicos psiquiatras durante los años 2007 y 2008.

OBJETIVOS GENERALES

1. Desarrollo de estrategias para aumentar la calidad, efectividad y seguridad de los tratamientos psicofarmacológicos.
2. Disminución de la variabilidad de los tratamientos farmacológicos.
3. Establecimiento de mecanismos de información científicos sobre la utilidad, efectividad y coste-eficiencia de los medicamentos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS**De la organización:**

1. Implantar la Historia Clínica Electrónica.
2. Promover la Prescripción Electrónica Asistida como una herramienta segura y eficaz para la prescripción de las órdenes de tratamiento por parte del médico.
3. Facilitar el acceso a fuentes de información que se consideren de importancia para una prescripción racional de psicofármacos.
4. Difundir información objetiva y relevante sobre novedades terapéuticas así como todo aquello que suponga una actualización en el uso de psicofármacos.
5. Mantener permanentemente informados a los clínicos de las alertas de seguridad de los psicofármacos a través de un sistema rápido y eficaz, garantizando que la información sea contextualizada para fomentar el interés por parte de los profesionales.
6. Promover la revisión y difusión del uso de psicofármacos de acuerdo con las guías terapéuticas de los diferentes procesos psiquiátricos.
7. Realizar actividades encaminadas a la difusión de información fidedigna y adecuada relativa a los distintos trastornos mentales y sus tratamientos en los medios de comunicación con el fin de obtener un uso racional de los mismos entre la población.
8. Informar periódicamente a los médicos psiquiatras de sus perfiles de prescripción comparados (feedback de la información).
9. Realizar estudios sobre la utilización de psicofármacos fuera de las indicaciones autorizadas (off-label) en los diferentes diagnósticos psiquiátricos, para prevenir una inadecuada prescripción.
10. Promover cursos de formación continuada para médicos psiquiatras y profesionales en formación.

De los profesionales:

11. Promover sesiones farmacoterapéuticas multidisciplinarias con profesionales de farmacia.
12. Favorecer la comunicación bidireccional entre Atención Especializada y Atención Primaria.
13. Promover la utilización de los psicofármacos de acuerdo con las guías farmacoterapéuticas de los diferentes procesos psiquiátricos.
14. Aumentar el número de notificaciones a través del Programa de Notificación Espontánea de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos.
15. Promover la adherencia al tratamiento del paciente, con el fin de mejorar el pronóstico del trastorno, mediante la información sobre su enfermedad y las posibilidades terapéuticas orientada a conseguir la participación del paciente en la toma de decisiones.

16. Implementar en las patologías de larga duración estrategias que han demostrado eficacia en mejorar el cumplimiento terapéutico tales como la psicoeducación del paciente y la familia.
17. Promover la realización de estudios sobre efectos adversos de determinados psicofármacos en poblaciones específicas (Ej. síndrome metabólico y riesgo cardiovascular con antipsicóticos, niños expuestos a ISRS) que permitan conocer la verdadera incidencia de los efectos adversos en nuestro medio.
18. Informar al paciente de la utilización de psicofármacos fuera de las indicaciones autorizadas para su patología.

De los pacientes, familiares y asociaciones:

1. Transmitir sus observaciones y comentarios sobre los tratamientos farmacológicos a través de los canales establecidos por la organización.
2. Desarrollar programas de psicoeducación para pacientes y sus familiares, que contribuyan a mejorar la adherencia a los tratamientos, su grado de cumplimiento, la mejora de la convivencia familiar, la reducción de estrés y las situaciones conflictivas.

A. ESTRATEGIAS

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA. PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA.

Historia clínica electrónica

Los Servicios de Salud, en el ámbito territorial de cada Comunidad Autónoma (CA), han venido implantado sistemas automatizados de recogida y gestión de los datos individuales de salud de las personas que dan soporte, entre otros, a los procesos asistenciales, favoreciendo un aumento en los niveles de calidad ofrecida.

La movilidad de los ciudadanos es cada vez más frecuente haciéndose necesaria la implantación de un sistema que facilite la extensión territorial de dichas funcionalidades al conjunto del Sistema Nacional de Salud y permita a los profesionales la posibilidad de disponer de la información precisa cuando las necesidades de atención sanitaria se producen fuera de la CA en la que se ha generado esta información ⁽⁹⁾.

La normativa sobre historia clínica está basada en la legislación sanitaria y en la de protección de datos. La legislación sanitaria se ha visto modificada con motivo de la publicación de normas autonómicas y también por la Ley 41/2002 de 14 de noviem-

bre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica.

Los beneficios de la historia electrónica son, entre otros, la comodidad y confianza para los pacientes, la facilidad para la integración y continuidad de la asistencia, la mejora de la eficiencia y de la calidad, y el soporte para el análisis de la actividad clínica, la epidemiología y la docencia e investigación⁽¹⁰⁾.

Prescripción electrónica asistida

La alta prevalencia de eventos adversos y errores de medicación, con un coste económico y consecuencias graves para la salud de los pacientes, hacen necesario un análisis de los distintos niveles en los que se originan para poder establecer medidas de prevención coste-efectivas y adecuadas según el ámbito de aplicación ⁽¹¹⁾. Aproximadamente el 28% de los eventos adversos son prevenibles y están relacionados con errores de medicación. De éstos el 56% se producen en el momento de la prescripción ⁽¹²⁾.

Existe una gran controversia sobre los beneficios de los sistemas de prescripción electrónica asistida (PEA) como herramientas que prevengan eventos adversos de los medicamentos, siendo necesarios más estudios - y mejor diseñados - que nos proporcionen una evidencia más robusta al respecto ⁽¹³⁻²⁰⁾. De lo que no cabe duda son las múltiples ventajas que presenta el empleo de la PEA por el clínico ⁽²¹⁾:

- Evita errores de transcripción, legibilidad, escritura de abreviaturas inadecuadas, órdenes incompletas y/o ambiguas.
- Una vez firmada la prescripción electrónicamente no puede alterarse y cada cambio realizado quedará registrado.
- Una vez introducido el tratamiento, los cambios de medicación son más ágiles.
- La disponibilidad del perfil farmacoterapéutico integral del paciente y de todos los cambios posteriores con las fechas de inicio y fin.
- El médico dispone de información farmacoterapéutica en el momento de la prescripción ya que el sistema se conecta con bases de datos de medicamentos on line.

- Facilita la toma de decisiones clínicas al disponer de alertas (dosis máximas, ajustes de dosis en situaciones especiales - insuficiencia renal, hepática, embarazo, lactancia, ancianos - interacciones farmacológicas, alergias, duplicidades, etc.) y conexión con laboratorios (microbiología, bioquímica, hematología e inmunología).
- Se dispone de información relacionada con el tratamiento farmacológico de cada paciente en la farmacia en tiempo real.

Así pues la PEA podría definirse como una herramienta segura y eficaz para la prescripción de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando la transcripción de las mismas tanto por el farmacéutico para su validación, elaboración y dispensación de los medicamentos, como la de enfermería para el control y registro de la administración.

Información y formación para profesionales

La mejora continua de la calidad de la prescripción de psicofármacos constituye un elemento de vital importancia en su utilización racional y responsable, puesto que, además de favorecer la eficiencia, puede producir beneficios en términos de salud, puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y puede conseguir un mejor control de las enfermedades psiquiátricas, reduciendo los ingresos hospitalarios. Por tanto, se estima la necesidad de articular una estrategia formativa de carácter integral por parte del Plan de Salud Mental, que permita asegurar el desarrollo de acciones formativas sobre psicofármacos para los médicos psiquiatras de la Comunidad de Madrid. Deberá establecerse una especial consideración al colectivo de los profesionales en formación, ya que se encuentran en el momento en el que se produce el aprendizaje de lo que serán sus pautas de prescripción. Esta estrategia formativa ha de ser estable y permanente en el tiempo, con la finalidad de asegurar la necesaria continuidad de la actualización de conocimientos que en el ámbito de la farmacoterapia se producen continuamente (novedades terapéuticas).

La formación continuada pretende la adquisición o actualización de conocimientos para el desempeño de la prescripción cotidiana, así como de aquellos conocimientos de carácter estratégico definidos por el Plan de Salud Mental, favoreciendo el desarro-

llo profesional y la integración de los intereses individuales con los objetivos de la Red de Atención de la Salud Mental.

Entre las áreas temáticas preferentes deberá estar la actualización clínica y terapéutica de las patologías psiquiátricas más prevalentes en España, toda la información referente a los psicofármacos disponibles en el Sistema Nacional de Salud (SNS) así como la actualización de los nuevos principios activos incorporados a la prestación farmacéutica.

Para garantizar la información de los médicos psiquiatras se propone:

1. Acceso a fuentes de información

El objetivo será permitir a los médicos psiquiatras y de Atención Primaria el acceso a una información independiente sobre medicamentos de forma permanente. Esta información deberá ser actualizada, de calidad científica y de fácil acceso, ya que aunque los medicamentos contribuyen decisivamente a la mejora de la patología psiquiátrica y de la calidad de vida, también pueden plantear problemas de efectividad y de seguridad que han de ser conocidos por los médicos psiquiatras y profesionales sanitarios de salud mental.

La información disponible para los profesionales se deberá referir a los medicamentos para patologías psiquiátricas incluidos en la prestación farmacéutica del SNS. Se deberá incluir toda la información sobre principios activos, nombres comerciales, presentaciones en el mercado, precio de venta al público, fichas técnicas, prospectos, modificaciones en las autorizaciones de comercialización, alertas de farmacovigilancia, etc. que esté disponible en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Con la finalidad de una actualización y puesta al día de conocimientos permanente se deberá remitir información expresa a los profesionales sobre las novedades terapéuticas autorizadas, sobre los ensayos clínicos existentes y sobre los últimos medicamentos genéricos incorporados al mercado. El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) deberá facilitar a los profesionales sanitarios aquellos informes técnicos y guías tera-

péuticas (tanto para Atención Primaria como para Atención Especializada) elaboradas por entidades con solvencia científica.

Finalmente, los médicos psiquiatras de la Red de Atención de la Salud Mental deberán disponer de la información y acceso a aquellos organismos, revistas o páginas WEB que se consideren relevantes para una prescripción racional de psicofármacos. (Ver Anexo 1: Fuentes de información de medicamentos).

2. Programa de información de la prescripción de los médicos psiquiatras

Información periódica a cada médico de sus perfiles de prescripción comparados como medida de evaluación de la utilización de los medicamentos que prescribe y responsabilización de costes. Esta información debería incluir indicadores de calidad tales como reingresos.

3. Coordinación con Atención Primaria

Facilitar la comunicación entre especialistas y médicos de atención primaria con la finalidad de establecer una alianza en la utilización racional y eficaz de los psicofármacos, así como para garantizar el mantenimiento y seguimiento de los tratamientos iniciados por Atención Especializada.

4. Sesiones clínicas multidisciplinares

Sesiones clínicas promovidas por el SERMAS entre los distintos profesionales sanitarios. Se considera especialmente útil establecer una relación habitual entre los especialistas en psiquiatría, los médicos de Atención Primaria, los farmacéuticos y el personal de enfermería. Ello permitirá una visión conjunta de la utilización racional de los psicofármacos desde diferentes perspectivas (clínica, costes, accesibilidad...).

5. Cursos difundidos a especialistas y profesionales en formación

Cursos que permitan la formación continuada para el uso racional de medicamentos en el ámbito de la Psiquiatría y Atención Primaria.

USO EFICIENTE DE LOS PSICOFÁRMACOS

La asistencia farmacoterapéutica del enfermo mental debe buscar la excelencia mediante la selección de los psicofármacos que representen la mejor opción terapéutica.

El médico psiquiatra es el profesional que decide, en último término, los medicamentos con los que es tratado cada paciente, ya que es el responsable de la prescripción farmacológica. Como paso previo al de la prescripción, debe seleccionar aquel medicamento que considera mejor y más adecuado para cada paciente en particular.

Sin embargo, la amplia oferta de psicofármacos disponible en la actualidad, la influencia ejercida por la industria farmacéutica y por las demandas de los propios pacientes, dificultan la toma de decisiones por parte del médico a la hora de prescribir y conducen a una gran variabilidad en el grado de complejidad y el coste de los tratamientos aplicados en una misma patología.

La consideración de los aspectos económicos en el campo de la sanidad tiene cada vez mayor importancia ya que el gasto de medicamentos es creciente debido a la constante aparición en el mercado de nuevos fármacos de elevado coste (ej. antipsicóticos atípicos). Esta realidad nos obliga a hacer un uso más eficiente de los psicofármacos, entendiendo por eficiencia la consecución del máximo beneficio en términos de salud con los recursos disponibles, mediante la selección de fármacos con una buena relación coste/efectividad.

La selección de medicamentos tendrá en cuenta en primer lugar los criterios de eficacia y seguridad y en segundo lugar los de adecuación y coste. Se tratará de determinar qué fármaco presenta una mejor relación beneficio-riesgo basándose en la mejor evidencia científica disponible sobre estos criterios, convenientemente evaluada para determinar su relevancia clínica. Es importante que la investigación refleje resultados en variables clínicas finales u orientadas al paciente, y no sólo variables intermedias o subrogadas. Si no existen diferencias claras en el balance beneficio-riesgo entre dos opciones terapéuticas entonces debe establecerse el balance de adecuación-coste, este criterio engloba las características del medicamento relacionadas con la administración, posología, aceptabilidad por el paciente, que pueden aumentar la efectividad

del fármaco (mejora de la adherencia), aunque habrá que considerar si este aumento se hace a un coste razonable⁽²²⁾. Si hay un fármaco que presenta una relación beneficio-riesgo favorable frente a su comparador, el estudio económico debería ir orientado a estimar el coste-eficacia incremental, es decir, cuántos recursos adicionales deberíamos aportar por cada unidad adicional de eficacia⁽²³⁾. Esto ayuda a dimensionar el esfuerzo económico real que debe realizar el sistema de salud y aporta un dato más relevante para la decisión que la simple comparación de costes de los tratamientos.

Además de realizar una selección de medicamentos según estos criterios, se debería establecer la posición terapéutica de cada fármaco para una indicación o problema de salud específico. Esto se llevará a cabo en forma de opciones terapéuticas ordenadas que consideren las características particulares de la enfermedad y del paciente. También se deberán delimitar los subgrupos de pacientes en los que un determinado tratamiento aporte más ventajas^(22,23). En definitiva, se trataría de orientar y facilitar la utilización de aquellos medicamentos que hayan demostrado más evidencia científica a favor de su utilización y que proporcionen más ventajas vayan a los pacientes y sean asumibles económicamente.

Para facilitar la toma de decisiones en la selección de medicamentos se impulsará la elaboración de evaluaciones farmacoeconómicas y guías de prescripción con la participación y el consenso de los profesionales a los que irán destinados y que tengan en cuenta todo lo que se ha señalado anteriormente. También se prestará especial atención a su difusión entre los diferentes dispositivos de Salud Mental y se establecerán los mecanismos necesarios para conocer su grado de implantación y seguimiento.

Otro punto que cabe destacar en la minimización de costes es la utilización de medicamentos genéricos. El medicamento genérico, según la Ley de Garantías y Uso racional, es todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad⁽²⁴⁾. El ahorro que supone la utilización de genéricos puede llegar a ser entre un 25-50% del coste del medicamento original y de él se beneficia tanto el ciudadano como el gasto público, sin merma de la calidad y eficacia del medicamento. Ya se ha señalado anteriormente que el porcentaje de prescripción de genéricos por

los médicos psiquiatras sólo alcanza la mitad de lo prescrito en Atención Primaria, por lo que existe todavía una gran capacidad de mejora en este aspecto.

SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Uno de los objetivos específicos del programa de uso racional de psicofármacos es el de disminuir la frecuencia y gravedad de los efectos adversos. Este objetivo sólo se podrán alcanzar a través de un mejor conocimiento del perfil de reacciones adversas de los medicamentos utilizados en la práctica clínica habitual, especialmente de aquellos de más reciente comercialización.

El marco legal que regula el Sistema Español de Farmacovigilancia y la Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano está recogido en el Real Decreto 1344/2007 de 11 de octubre, que desarrolla el capítulo VI del título II de la ley 29/2006 de garantías y uso racional de medicamentos y establece las garantías de seguimiento de la relación beneficio-riesgo del uso de los medicamentos. El RD define la farmacovigilancia como la actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los medicamentos una vez comercializados y el Sistema Español de Farmacovigilancia como un sistema de estructura descentralizada integrado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que actúa como centro coordinador, los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de las Comunidades Autónomas y las unidades o centros autonómicos de farmacovigilancia a ellos adscritos y los profesionales sanitarios⁽²⁵⁾.

El Real Decreto 1344/2007 define como riesgos asociados a la utilización del medicamento a cualquier riesgo para la seguridad del paciente o la salud pública relacionado con la calidad, la seguridad y la eficacia del medicamento, así como cualquier riesgo de efectos no deseados en el medio ambiente.

En esta misma línea amplía la definición de reacción adversa como cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. Este término incluye también todas las consecuencias clínicas

derivadas de la dependencia, abuso y uso incorrecto de medicamentos incluyendo los causados por el uso fuera de las condiciones autorizadas y las causadas por errores de medicación ⁽²⁵⁾.

El Programa de Notificación Espontánea de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), la Tarjeta Amarilla, tiene la ventaja de supervisar la seguridad de todos los medicamentos en las condiciones reales de uso y es el pilar en el que se apoya la farmacovigilancia en Madrid, ya que más del 90% de los casos de sospecha de RAM que se han incorporado a la base Española de Farmacovigilancia FEDRA proceden de la notificación espontánea de profesionales sanitarios ⁽²⁶⁾.

El artículo 7 recoge como obligación de los profesionales sanitarios la de notificar la sospecha de RAM de los medicamentos autorizados, incluidos los de aquellos que se hayan utilizado en condiciones diferentes a las autorizadas y las de medicamentos no comercializados en España pero que se haya autorizado su importación. Estas notificaciones se enviarán al órgano competente en materia de farmacovigilancia de la comunidad autónoma mediante el formulario de recogida de sospecha de reacciones adversas (tarjeta amarilla) ⁽²⁵⁾. Desde mayo de 2007 los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid pueden notificar las sospechas de RAM de forma rápida y segura, vía electrónica desde Internet o la intranet salud:

<https://seguridadmedicamento.sanidad.madrid.org>.

Se dará prioridad a las notificaciones de las RAM graves o inesperadas de cualquier medicamento y las relacionadas con los medicamentos nuevos identificados por el triángulo amarillo (pictograma que identifica a los medicamentos con principios activos nuevos durante los primeros cinco años desde su autorización y aparece en el material promocional) ⁽²⁵⁾.

El objetivo de los programas de notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas a medicamentos es la detección, lo más precozmente posible, de señales o alertas de problemas de seguridad no detectados o no bien cuantificados durante el desarrollo clínico del medicamento antes de su comercialización, sobre todo si son reacciones adversas graves. Este es el motivo del especial énfasis que se hace en la

notificación de las RAM graves, de las que no aparecen descritas en la ficha técnica del producto y de las que implican a medicamentos nuevos ⁽²⁶⁾. Los profesionales de este ámbito se encuentran en una posición privilegiada para detectar problemas psiquiátricos graves causados por medicamentos no psiquiátricos. Las notificaciones de RAMs serían capaces de originar SEÑALES de nuevos problemas de seguridad psiquiátricos relacionados con medicamentos.

Durante el año 2007 colaboraron con el Programa 531 profesionales sanitarios de los cuales 4 fueron psiquiatras del ámbito intrahospitalario. El número de notificaciones aportadas desde psiquiatría durante los años 2007 y 2008 fueron 12 y 16 respectivamente, de las cuales más de un 50% correspondieron a RAMs graves ⁽²⁶⁾. Ver Tabla 5.

Además de la farmacovigilancia pasiva (Notificación Espontánea) deberán llevarse a cabo programas de farmacovigilancia activa que implicarán hacer un seguimiento de pacientes o problemas concretos relativos a la seguridad de medicamentos empleados en psiquiatría (antipsicóticos y síndrome metabólico y seguridad vascular, niños expuestos a ISRS..)

El Real Decreto también considera como obligación de los profesionales sanitarios mantenerse informados sobre los datos de seguridad relativos a los medicamentos que habitualmente se prescriban, dispensen o administren y llevar a cabo en su ámbito asistencial las medidas de prevención de riesgos que se establezcan en la ficha técnica del medicamento, incluyendo las medidas formativas e informativas a los usuarios ⁽²⁵⁾.

Respecto a este punto hay que volver a recordar que la Comunidad de Madrid dispone de una página de uso seguro de medicamentos (dirección arriba indicada) donde los profesionales podrán encontrar todas las alertas de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos, Memorias y Boletines que le permitirán mantenerse informados.

Para este nuevo Plan de Salud Mental proponemos reforzar la importancia de la farmacovigilancia en este ámbito y conseguir una participación activa de sus profesionales en actividades relacionadas con la seguridad del medicamento.

Información a pacientes y educación sanitaria

La utilización de psicofármacos es uno de los pilares fundamentales sobre el que recae el tratamiento de la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Los psicofármacos no sólo resultan eficaces en la reducción de la psicopatología, sino también en la prevención de recaídas. Sin embargo, las cifras de pacientes que no realizan el tratamiento adecuadamente son muy altas, encontrándose aproximadamente un 50 % en el caso de enfermedades como la esquizofrenia ⁽²⁷⁾. Teniendo en cuenta el carácter prolongado y recurrente de muchos de estos trastornos, resulta de gran importancia que los pacientes realicen el tratamiento psicofarmacológico correctamente para alcanzar el mejor pronóstico posible. Por el contrario, las consecuencias de no cumplir el tratamiento conllevan un aumento del riesgo de permanencia de la sintomatología y de recaídas que suponen graves pérdidas en el terreno personal, económico y social derivadas del incremento de hospitalizaciones, del riesgo de suicidio y de un deterioro global del pronóstico ⁽²⁸⁾.

El incumplimiento del tratamiento según las pautas prescritas por el médico es un problema generalizado en medicina que se acrecienta en las enfermedades de larga evolución. Los factores que lo determinan son diversos, abarcando desde la ausencia de conciencia de enfermedad, una inadecuada relación médico-enfermo, presencia de efectos adversos, expectativas falsas de eficacia o condiciones de accesibilidad limitadas. Se deben realizar todos los esfuerzos posibles para lograr el objetivo final consistente en que el paciente realice la toma de los psicofármacos de la manera prescrita. Para ello resulta fundamental que se implementen estrategias encaminadas a este propósito basadas en que el paciente entienda el carácter de su enfermedad, las razones por las que se prescribe el tratamiento, así como las expectativas de beneficio y los posibles efectos adversos, favoreciendo en todo momento la relación médico enfermo. Todo ello encaminado a lograr que los profesionales de la salud mental puedan proporcionar las bases para que el paciente participe activamente en la decisión respecto a su tratamiento.

Información al paciente en el inicio del tratamiento

Las razones por las que los pacientes pueden hacer un uso no racional de la medicación son diversas. Entre ellas se encuentran la falta o inadecuado conocimiento sobre la enfermedad. En algunos trastornos psiquiátricos el desconocimiento es muy alto y

en ocasiones incorrecto. Por ello, el clínico debe tratar siempre de explicar las características del trastorno, utilizando términos adecuados para su comprensión, evitando lenguaje técnico que no pueda ser entendido.

La información debe ser relativa a la naturaleza, curso, pronóstico y posibilidades de tratamiento, haciendo partícipes de esta información, siempre que sea posible, tanto a los pacientes como a familiares. Obtener la colaboración de éstos últimos puede ser de gran ayuda en el mantenimiento correcto del tratamiento en ciertas patologías como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Siempre que sea posible, puede resultar de ayuda facilitar material escrito sobre los trastornos más prevalentes que permita asegurarnos que el paciente cuenta con una información fidedigna que puede consultar en todo momento.

En los casos de las patologías prolongadas y discapacitantes se debe también favorecer la difusión de información relativa a la existencia de asociaciones de pacientes y familiares, así como de grupos de auto-ayuda, aconsejando la incorporación a los mismos.

Teniendo en cuenta que en la actualidad se cuenta con un arsenal terapéutico amplio, siempre que sea posible se deben explicar las distintas alternativas al paciente para que participe de la decisión, tras sopesar las ventajas e inconvenientes de cada uno de los distintos psicofármacos que son apropiados para su trastorno. Cuando exista una posibilidad de tratamiento no psicofarmacológico disponible también deberá ser ofrecida como una alternativa. Los beneficios y objetivos que se esperan con la utilización de los psicofármacos deben quedar también completamente explicados. Además, debe ofrecerse información en lo relativo al periodo de latencia hasta obtener el efecto buscado (ej. antidepresivos) y sobre la necesidad de tomar el tratamiento como ha sido prescrito, a la dosis adecuada y durante el tiempo necesario. De esta manera se favorece enormemente el posterior cumplimiento del mismo.

El paciente suele presentar ciertos prejuicios sobre los psicofármacos que deben ser esclarecidos adecuadamente cuando se realiza la prescripción. Aquí se incluyen los relativos al posible riesgo o no de dependencia, los efectos adversos sedantes, etc. También se debe dar una explicación adecuada sobre el riesgo de síntomas de abstinencia

o de discontinuación que están presentes con ciertos psicofármacos. Por último, hacer algún comentario sobre la no estigmatización o consideración como una persona débil por tener que tomar psicofármacos puede resultar tranquilizadora.

El tratamiento psicofarmacológico siempre debe ser individualizado en función de las necesidades, preferencias y riesgo de aparición de efectos adversos en el paciente.

La implicación del mismo en la toma de esta decisión es el objetivo al que debe aspirarse. Conseguir una buena relación médico-enfermo permite ganar la confianza del paciente y con ello obtener la cooperación para que el tratamiento se realice de la forma más adecuada. En el caso de algunos trastornos como las psicosis esto se hace especialmente relevante, teniendo en cuenta las dificultades de adherencia que presentan. Tratar de identificar las aspiraciones e inquietudes vitales del paciente con los beneficios del tratamiento puede contribuir a mejorar la adherencia. Detectar las dificultades que pueden contribuir al cumplimiento adecuado del tratamiento por parte del clínico ayudará también a este propósito.

Información al paciente en el seguimiento del tratamiento

Algunos trastornos pueden presentar ciertos síntomas que el paciente puede relacionar inadecuadamente como derivados del tratamiento. Por lo tanto, la reevaluación permanente del mismo, corrigiendo la posible aparición de efectos adversos favorecerá su correcto cumplimiento.

En las patologías más prolongadas la adherencia al tratamiento es un problema fundamental. Se han utilizado diversas técnicas para favorecer el cumplimiento terapéutico tales como las basadas en la entrevista motivacional, fomentar la conciencia de enfermedad mediante la psicoeducación del paciente y los familiares, técnicas de recordatorio de la medicación, etc. En concreto, la realización de intervenciones psicoeducativas programadas y grupales que satisfagan las necesidades de formación e información del paciente y su familia mejoran el cumplimiento y la adhesión al tratamiento ⁽²⁹⁾. La implementación de estas técnicas de forma individualizada permitirá favorecer el cumplimiento y con ello obtener la mayor efectividad posible de los tratamientos psicofarmacológicos.

Educación sanitaria a la población sobre el uso racional de los psicofármacos

Resulta esencial que la población cuente con el conocimiento o los recursos adecuados para poder obtenerlo sobre la salud mental en general y el correcto uso de los psicofármacos en particular. Esto ayudará también a poder tomar decisiones informadas sobre su utilización, incluyendo sus beneficios y sus riesgos potenciales. Sin esta información, existen muchas probabilidades de que la utilización de los psicofármacos se realice de forma inadecuada, especialmente de medicamentos de uso tan extendido como las benzodiacepinas.

Esta información debe incluir campañas de información que permitan que la población reciba este mensaje de forma correcta. Hoy en día, los medios de comunicación incluyen también Internet, donde los pacientes pueden encontrar información sesgada que contribuya negativamente a la utilización ulterior de los psicofármacos prescritos. En este sentido, sería conveniente realizar actividades encaminadas a mejorar la accesibilidad a información correcta sobre la utilización de los psicofármacos.

De esta forma se previenen riesgos derivados de la automedicación de psicofármacos con riesgo de dependencia como pueden ser las benzodiacepinas y se fomenta que el uso se realice siempre bajo prescripción médica.

Por último, otras campañas de información sobre los trastornos mentales contribuirían positivamente a la desestigmatización de los mismos, situación que revertirá sin duda en una utilización racional de los psicofármacos.

USO DE PSICOFÁRMACOS FUERA DE LAS INDICACIONES AUTORIZADAS (USOS OFF-LABEL)

Uno de los aspectos que caracterizan el tratamiento farmacológico en la actualidad es la frecuente utilización de productos que no cuentan con indicación terapéutica específica o autorizada (los llamados productos *off-label*) para el problema que se pretende resolver. En el campo de la psiquiatría, este hecho se da con una frecuencia superior a lo esperable⁽³⁰⁻³²⁾ y los tratamientos con fármacos para indicaciones diferentes a las que constan en la ficha técnica forman parte de la práctica clínica habitual. Estas aplicaciones, que

para muchos profesionales podrían estar justificadas en ciertos pacientes encuentran actitudes muy críticas en algunos autores⁽³³⁾ que sustentan sus criterios en la base científica escasa o prácticamente nula de la mayoría de estos tratamientos en Psiquiatría.

No obstante, hay que tener en cuenta que la terapéutica psiquiátrica en muchas ocasiones es más sintomática que nosológica y que la inespecificidad de numerosos síntomas psiquiátricos favorece la utilización de los mismos fármacos en diferentes cuadros diagnósticos.

Los tipos más frecuentes de prescripción fuera de indicación son básicamente los siguientes⁽³⁴⁾:

1. Administración para un trastorno distinto al que constituye la indicación de ese fármaco. Este tipo es quizá el más frecuente e implica la prescripción de un medicamento para una indicación que no está cubierta dentro de los términos de la autorización de comercialización.
2. Prescripción del fármaco a grupos de edad en los que no hay autorización para ello (niños o adolescentes y ancianos).
3. Utilización del fármaco en dosis superiores a las consignadas en la ficha técnica del producto.
4. Uso del medicamento para períodos más largos que los especificados en la ficha técnica. Un ejemplo típico sería la utilización de las benzodiazepinas durante un tiempo superior a las cuatro semanas que indica la ficha técnica del producto aunque hay que señalar que muchas personas con enfermedades de larga duración y trastornos de ansiedad incapacitantes que no han respondido a otros tratamientos pueden beneficiarse de periodos de tratamiento más largos⁽³⁵⁾.

En la actualidad existe un importante debate sobre la prescripción de los antipsicóticos⁽³⁶⁾. En un estudio multicéntrico realizado en nuestro medio⁽³⁷⁾ sobre sus patrones de uso, se ha detectado que un 32,4% de las prescripciones realizadas de estos fármacos pueden considerarse *off label*, no tienen indicación terapéutica autorizada en la actualidad. Por ejemplo, retraso mental con trastorno de la personalidad tipo límite, trastorno obsesivo compulsivo severo refractario a tratamiento etc. Sin embargo hay que señalar que todas estas aplicaciones de los antipsicóticos han sido objeto de

publicaciones que han demostrado efectos beneficiosos en los pacientes tratados, aunque no figuren en la autorización de comercialización de los fármacos en cuestión. En otras situaciones, aun sin evidencias, la utilización empírica de estos medicamentos ha demostrado su utilidad clínica en casos complicados, no incluidos en los ensayos clínicos. Todo ello plantea dudas e incertidumbre sobre sus indicaciones y sus riesgos. Muy recientemente la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha emitido una nota informativa sobre las conclusiones de una evaluación sobre el riesgo de mortalidad que comporta el uso de antipsicóticos clásicos en pacientes ancianos con demencia. Dicha evaluación la han realizado las Agencias Reguladoras de Medicamentos europeas en el ámbito del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA).

Las conclusiones del CHMP coinciden con las del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (CSMH) de la AEMPS: El uso de antipsicóticos clásicos (o de primera generación) en pacientes ancianos con demencia conlleva un mayor riesgo de mortalidad. No obstante, también se afirma que... *«en este momento no puede llegarse a una conclusión firme sobre la magnitud de este riesgo, si es superior a lo observado con antipsicóticos atípicos (o de segunda generación) o bien si éste es diferente de unos antipsicóticos a otros dentro de la misma clase farmacológica»* ⁽³⁸⁾.

Por otra parte en nuestro medio, la legislación considera dos tipos de uso de los fármacos: el legal o autorizado y el llamado uso compasivo, que recoge el Real Decreto 223/2004, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. El uso compasivo se define como: *«la utilización en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico de medicamentos en investigación, incluidas especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico bajo su exclusiva responsabilidad considere indispensable su utilización»*.

Para que se permita el uso compasivo se requieren las siguientes condiciones ⁽³⁹⁾:

1. El consentimiento informado del paciente o de su representante legal.
2. La redacción de un informe clínico en el que el médico justifique la necesidad de dicho tratamiento.

3. La conformidad del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento, que se entiende como un visto bueno al gasto que supondrá el medicamento.
4. La autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Esta autorización se justifica por la, en principio, falta de pruebas suficientes de la eficacia de la especialidad farmacéutica en ese trastorno y por los efectos adversos que pudieran aparecer.
5. La comunicación por el médico responsable a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de los resultados del tratamiento, así como la sospecha de reacciones adversas que puedan ser atribuidas al mismo.

Esta situación es muy previsible que cambie ya que está pendiente de publicación una nueva normativa que probablemente reducirá los aspectos burocráticos, sin dejar de considerar el carácter excepcional del uso de los medicamentos fuera de las indicaciones autorizadas. Esta normativa introducirá mecanismos de control a nivel institucional a través de los protocolos terapéuticos.

Por su interés recogemos las recomendaciones que recientemente ha planteado el Royal College of Psychiatrists para la prescripción de medicamentos *off-label*⁽⁴⁰⁾:

Procedimiento sugerido al prescribir medicamentos off-label

1. Comprobar que el medicamento a utilizar cuenta con algún ensayo terapéutico de la indicación considerada o bien estando dentro de la indicación ha sido excluido por situaciones clínicas especiales.
2. Conocer la evidencia científica sobre el medicamento propuesto, incluida cualquier posible interacción farmacológica y los potenciales efectos adversos.
3. Si el medicamento a utilizar no tiene una base de evidencia que apoye su utilización para la indicación propuesta, o si el prescriptor no es lo suficientemente experto en este campo o tiene una especial preocupación al respecto, obtener la opinión de otro médico o farmacéutico especialista.
4. Considerar los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto. Especial consideración exigen los casos de niños, ancianos y pacientes con limitación de la competencia.

5. Dar al paciente (o a su familia cuando sea pertinente) una explicación completa, incluida la información de que el medicamento se utiliza fuera de la indicación de su licencia de producto. Documentar esta explicación.
6. Si se obtiene el acuerdo del paciente (o familiar, cuando sea necesario), documentar esta aprobación. Si un paciente no puede dar su consentimiento para un tratamiento necesario, registrar que no ha sido posible obtener el consentimiento.
7. Iniciar una prueba prudente del tratamiento con el medicamento. En pacientes ambulatorios, considerar la posibilidad de remitir al paciente una copia de cualquier carta enviada a su médico general, que recoja el por qué se ha adoptado este enfoque terapéutico.
8. Vigilar estrechamente al paciente. Seguir registrando documentalmente los datos completos sobre eficacia y la tolerancia.
9. Si el tratamiento resulta ineficaz, suspenderlo gradualmente en caso necesario. Documentar el motivo de la suspensión y, a continuación, considerar alternativas siguiendo el mismo procedimiento.
10. Considerar la posibilidad de hacer una publicación sobre el caso para contribuir a los conocimientos existentes sobre el fármaco y sus aplicaciones.

La legislación actual con respecto a la administración de un medicamento para una indicación diferente a las autorizadas no establece otros requisitos más que el médico responsable revise la evidencia disponible en la evaluación del riesgo- beneficio. El futuro Real Decreto que se encuentra en avanzado estado de elaboración previsiblemente subsanará estas deficiencias. Por otra parte las guías y protocolos clínicos sancionadas por las Asociaciones Científicas desempeñan un papel fundamental a la hora de dictar pautas que permitan una utilización adecuada y responsable, pero al mismo tiempo ágil, de los distintos productos farmacéuticos disponibles.

INDICADORES

1. N.º de notificaciones de sospecha de reacciones adversas comunicadas por psiquiatras.
2. N.º de RAM graves comunicadas por psiquiatras.
3. N.º de guías clínicas elaboradas.

4. N.º de informes de evaluación de nuevos psicofármacos.
5. % de genéricos prescritos.
6. DHD Antipsicóticos: DDD prescritas de antipsicóticos por 1000 habitantes.

Construcción:

Numerador: Suma DDD del subgrupo terapéutico ATC N05A.

Denominador: población TIS total multiplicado por el número de días del período analizado.

DHD antipsicóticos = $\text{DDD antipsicóticos} \times 1.000 / \text{Población Total} \times \text{días}$.

7. DHD Antidepresivos: DDD prescritas de antidepresivos por 1000 habitantes.

Construcción:

Numerador: Suma DDD del subgrupo terapéutico ATC N06A.

Denominador: población TIS total multiplicado por el número de días del período analizado.

DHD antidepresivos = $\text{DDD antidepresivos} \times 1.000 / \text{Población Total} \times \text{días}$.

8. DHD Ansiolíticos, hipnóticos y sedantes: DDD prescritas de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes por 1000 habitantes.

Construcción:

Numerador: Suma DDD de los subgrupos terapéuticos ATC N05B y N05C.

Denominador: población TIS total multiplicado por el número de días del período analizado.

DHD Ansiolíticos/hipnóticos = $\text{DDD Ansiolíticos} / \text{hipnóticos} \times 1.000 / \text{Población Total} \times \text{días}$

9. Porcentaje de reingresos

$$\text{Fórmula: ID} = (a-b) \times 100 / b$$

En donde:

a = Número de pacientes que causan alta hospitalaria por trastorno mental en un año.

b = Número total de altas por trastorno mental en ese mismo año.

TABLA 1. GASTO EN PSICOFÁRMACOS POR ÁREA SANITARIA ENERO-OCTUBRE 2008.
COMUNIDAD DE MADRID.

AREA	GASTO EN RECETA DE PSICOFARMACOS
1	13.348.120
2	6.993.269
3	4.589.946
4	10.527.584
5	12.710.656
6	9.448.634
7	10.045.505
8	8.611.558
9	5.917.529
10	4.898.976
11 *	17.452.454

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

**No incluye estabilizadores del ánimo

TABLA 2. COMPARACIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN CONSUMO
DOSIS DIARIA DEFINIDA POR 1.000 HABITANTES Y DÍA

	EXTREMADURA 2005 (6)	ANDALUCIA 2006 (5)	MADRID 2008*
Ansiolíticos	51,6	47,42	40,93
Antidepresivos	54,9	40,01	51,13
Antipsicóticos	3,5	7,20	8,06
Hipnóticos y Sedantes	7,2	23,48	21,55

* Datos extrapolados de la información enero-octubre 2008. Farm@drid.SERMAS

TABLA 3. PORCENTAJE DE GENÉRICOS PRESCRITOS EN RECETA POR GRUPO TERAPÉUTICO Y ÁREA SANITARIA.

AREA	ANSIOLITICOS	ANTIDEPRESIVOS	ANTIPSICÓTICOS	HIPNOTICOS Y SEDANTES
Area: 1	14,2	28,2	2,8	39,4
Area: 2	14,9	29,8	2,6	39,5
Area: 3	12,4	27,7	2,1	38,6
Area: 4	14,9	31,6	3,3	41,3
Area: 5	10,1	23,8	2,3	28,5
Area: 6	17,3	33,2	4,8	37,1
Area: 7	12,9	24,7	1,8	31,2
Area: 8	13,9	24,1	3,5	28,2
Area: 9	15,9	30,5	2,5	26,9
Area: 10	20,5	33,4	3,6	31,5
Area: 11*	14,2	26,7	4,3	34,9
TOTAL	14,7	28,5	3,1	34,3

Datos Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008. Fuente Farm@drid (SERMAS).

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

**TABLA 4. PORCENTAJE DE PRESCRIPCIÓN EN RECETA POR MÉDICOS PSIQUIATRAS.
MADRID 2008.**

AREA SANITARIA	ANSIOLITICOS	ANTIDEPRESIVOS	ANTIPSICÓTICOS	HIPNOTICOS Y SEDANTES
1	2	5	9	2
2	4	9	20	3
3	4	8	24	5
4	3	6	14	3
5	4	8	19	4
6	3	6	15	3
7	4	8	24	4
8	4	7	16	4
9	7	10	30	7
10	5	9	23	4
11*	4	8	16	3

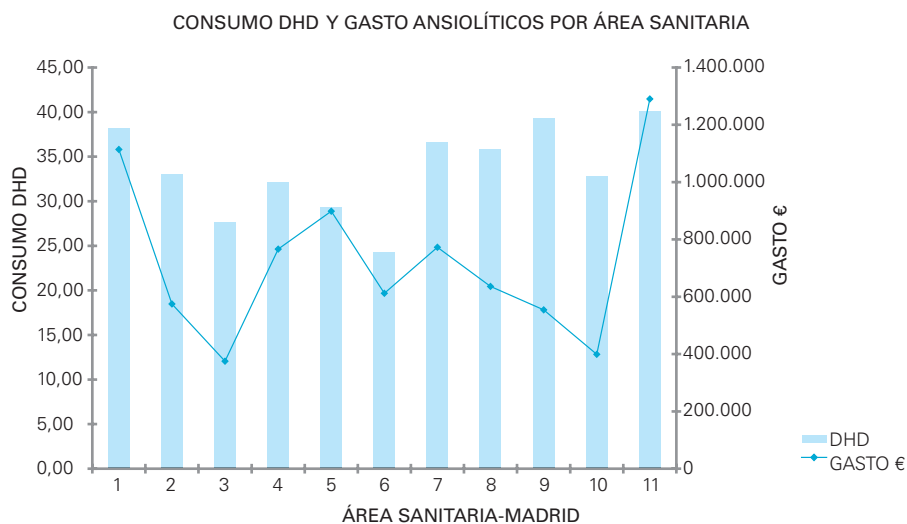
Datos Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008. Fuente Farm@drid (SERMAS).

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

**TABLA 5. NOTIFICACIONES DE SOSPECHAS DE REACCIONES ADVERSAS
A MEDICAMENTOS REALIZADAS POR MÉDICOS PSIQUIATRAS A LA COMUNIDAD
DE MADRID**

	2008	2007
	Total (graves)	Total (graves)
Total notificaciones	16 (9)	12 (8)
Público	9 (6)	10 (6)
Privado	5 (3)	2 (2)

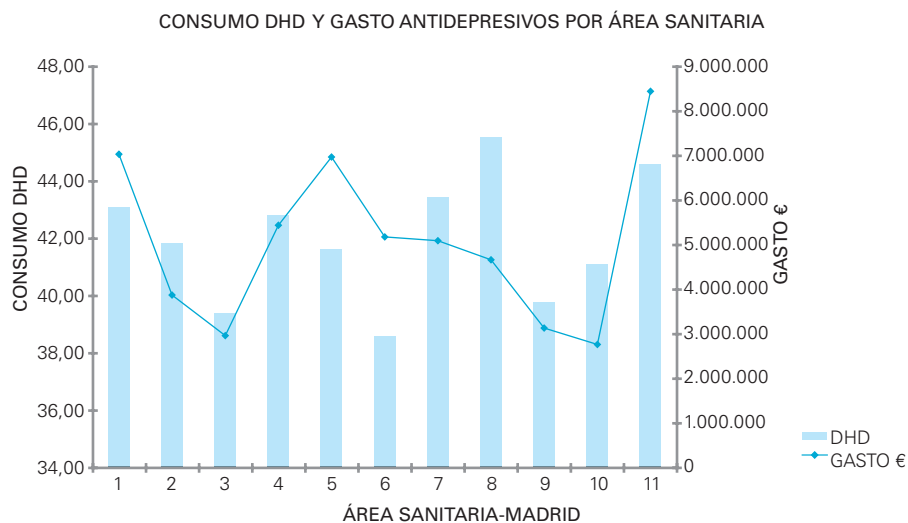
FIGURA 1. CONSUMO EN DOSIS DIARIA DEFINIDA 1.000 HABITANTES Y DÍA Y GASTO EN ANSIOLÍTICOS POR ÁREA SANITARIA. COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008.



Datos Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008. Fuente farm@drid (SERMAS).

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

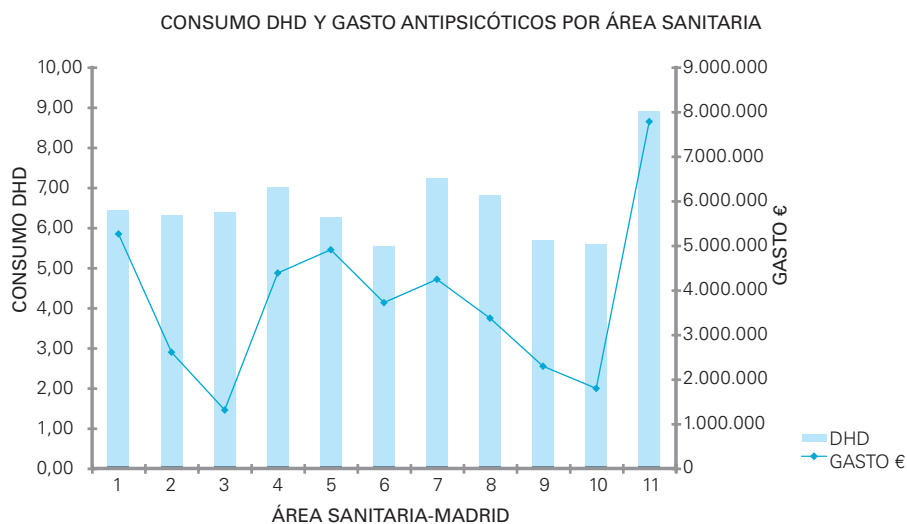
FIGURA 2. CONSUMO EN DOSIS DIARIA DEFINIDA 1.000 HABITANTES Y DÍA Y GASTO EN ANTIDEPRESIVOS POR ÁREA SANITARIA. COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008



Datos Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008. Fuente farm@drid (SERMAS).

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

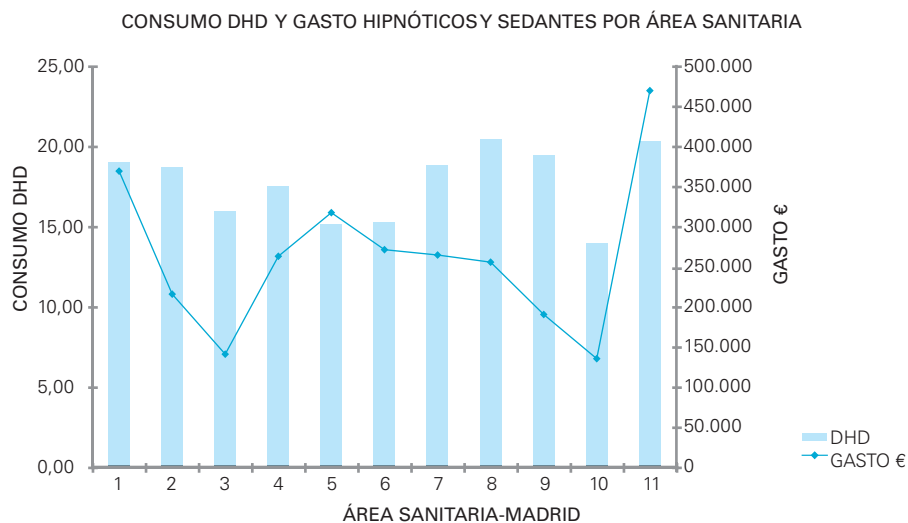
FIGURA 3. CONSUMO EN DOSIS DIARIA DEFINIDA 1.000 HABITANTES Y DÍA Y GASTO EN ANTIPSICÓTICOS POR ÁREA SANITARIA. COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008.



Datos Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008. Fuente farm@drid (SERMAS).

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

FIGURA 4. CONSUMO EN DOSIS DIARIA DEFINIDA 1.000 HABITANTES Y DÍA Y GASTO EN HIPNÓTICOS Y SEDANTES POR ÁREA SANITARIA. COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008.



Datos Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008. Fuente farm@drid (SERMAS).

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

ANEXO 1: FUENTES DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

247

Bases de datos de actualización terapéutica

- Cochrane database of Systematic Reviews: contiene el texto completo de revisiones sistemáticas de los protocolos y resultados de actuaciones sanitarias, que muestran los pros y contras de los diversos tratamientos en circunstancias determinadas (link: www.cochrane.org).
- Evidence updates, área psiquiátrica (link para registrarse: <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/Registration.aspx>).
- Medline: constituye una de las mayores y principales fuentes de literatura biomédica, siendo la más utilizada para recuperación de información por los propios médicos (link: www.ncbi.nlm.nih.gov).
- TRIPDATABASE. Link: www.tripdatabase.com

Agencias evaluadoras de medicamentos:

- EMEA Agencia Europea del Medicamento. Contiene los informes de evaluación nuevos medicamentos. Página principal: <http://www.emea.eu.int/>. Informes EPAR. Apartado «scientific discusión». (link: <http://www.emea.eu.int/index/indexh1.htm>)
- FDA. Food and Drug Administration. EEUU. Página principal: <http://www.fda.gov/>. Información sobre medicamentos comercializados en EEUU: Drugs@FDA: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/>

Fichas Técnicas de medicamentos y prospectos:

- Agencia Española del Medicamento: <http://www.msc.es/agemed/Princip.htm>.
- Informe mensual Agencia de Medicamentos y Productos sanitarios: <http://www.agemed.es/actividad/notamensual>
- Información sobre Procedimientos para la obtención de medicamentos extranjeros: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142326317886&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829805

Boletines de información terapéutica:

- Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/home.htm
- Boletín farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Link: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142331885129&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024.
- CADIME (Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos). Link: http://www.easp.es/web/cadime/cadime_documentos.asp?idCab=303&idSub=378&idSec=303

Guías de práctica clínica:

- Guía-Salud Ministerio Sanidad y Consumo: <http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp>
- National Guideline Clearinghouse: http://www.guideline.gov/browse/guideline_index.aspx
- National Institute of Clinical Excellence:NICE. Link: www.nice.org.uk

Otros enlaces de interés:

- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Link: <http://www.mju.es/toxicologia/intoxicaciones.htm>.
- Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SITTE): Tfno: 91 822 24 35 (Horario: 9-15 h lunes a viernes). Link: http://iier.isciii.es/er/html/er_sitte.htm
- Notificación RAM. Link: <https://seguridadmedicamento.sanidad.madrid.org>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud.The racional use of drugs. Report of the Conference of Experts.Ginebra, OMS, 1985.
2. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH, User's Guides to the medical literature.I.How to get started.The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1993;270:2093-5.
3. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS: Promoción del uso racional de medicamentos: Componentes Centrales.
4. Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

5. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. www.juntadeandalucia.es GRUPO DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS Diciembre de 2008.
6. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. http://intranet_saludextremadura.com.
7. Comisión asesora del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Revisión de la seguridad de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas psicóticos asociados a la demencia. Enero 2007. www.agemed.es.
8. Martínez Larrea A. Nuevos antidepresivos en el tratamiento de los trastornos afectivos. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. Año 2003. www.cfnavarra.es.
9. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic021.htm>.
10. Carnicero J. *Introducción de la historia clínica a la historia de salud electrónica. La historia clínica en la era del conocimiento*.
11. Panells C. *Prescripción Asistida por Ordenador. Sistemas de planificación de la farmacoterapia: análisis e implementación*. Monografía Combino-Pharm, Ediciones Mayo; 2002.
12. Rainu Kausal, MD, MPH; Kaveh G. Shojania, MD; David W. Bates, MD, MSc. *Effects of Computerized Physician Order Entry and Clinical Decision Support Systems on Medication Safety*. Arch Intern Med. 2003; 163:1409-1416.
13. Khajouei R., Jaspers MW. *CPOE system design aspects and their qualitative effect on usability*. Stud Health Technol Inform. 2008;136:309-314.
14. Wolfstadt JI., Gurwitz JH., Field TS., Lee M., Kalkar S., Wu W., et al. *The effect of computerized physician order entry with clinical decision support on the rates of adverse drug events: a systematic review*. J Gen Intern Med. 2008 Apr;23(4):451-458.
15. Subramanian S., Hoover S., Gilman B., Field TS., Mutter R., Gurwitz JH. *Computerized physician order entry with clinical decision support in long-term care facilities: costs and benefits to stakeholders*. J Am Geriatr Soc. 2007 Sep;55(9):1451-1457.
16. Saeid Eslami, PharmD; Ameen Abu-Hanna, PhD; Nicolette F. de Keizer, PhD. *Evaluation of Outpatient Computerized Physician Medication Order Entry Systems: A Systematic Review*. J Am Med Inform Assoc. 2007;14:400-406.
17. Andrew Georgiou, Margaret Williamson, Johanna I. Westbrook, Sangeeta Ray. *The impact of computerised physician order entry systems on pathology services: A systematic review*. International Journal of Medical Informatics. 2007;76:514-529.

18. Julie Niès, Isabelle Colombet MD PhD, Patrice Degoulet MD PhD, Pierre Durieux MD. *Determinants of Success for Computerized Clinical Decision Support Systems Integrated into CPOE Systems: a Systematic Review*. AMIA 2006 Symposium Proceedings pg. 594-598.
19. Lise Poissant; Jenifer Pereira; Robyn Tamblyn; Yuko Kawasumi. *The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review*. J Am Med Inform Assoc. 2005;12:505-516.
20. Jonathan A Handler; Craig F Feied; Kevin Coonan; John Vozenilek; et al. Academic Emergency Medicine; Nov 2004;11(11):1135-1141.
21. David Campany; Josep Monterde; Salvador Duran; M^a Josep Carreras; Esmeralda Berdejo. *Impacto de las nuevas tecnologías sobre los procesos de prescripción y dispensación de medicamentos: informatización y automatización*. Formación continuada para farmacéuticos de hospital II. Fundación Promedic 2005;81-108.
22. Alegre EJ. Evaluación de nuevos fármacos. Revista Oficial de la Sociedad Andaluza de farmacéuticos de Hospital. 2005; 1(2):26-34
23. Calderón Beatriz. El posicionamiento terapéutico de los medicamentos. El comprimido N.º 10, julio 2007
24. Ley 29/2006 de Garantías y Uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
25. Real Decreto 1344/2007 de 11 de octubre por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
26. Memoria de actividades Enero a Diciembre de 2007 del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid.
27. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatric Serv 1998; 49: 196-201.
28. Leucht, S., Heres, S.,. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2006; 67: 3–8.
29. Colom F, Vieta E, Martínez-Arán A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 402-407.
30. Doey T, Handelman K, Seabrook JA, Steele M. Survey of atypical antipsychotic prescribing by Canadian psychiatrists and developmental pediatricians for patients aged under 18 years. Can J Psychiatry 2007; 52: 363-368
31. Hodgson R, Belgamwar R. Off-label prescribing by psychiatrists. Psychiatr Bull 2006; 30: 55-57

32. David S. Baldwin DS, Kosky N: Off-label prescribing in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric treatment* 2007, vol. 13, 414–422
33. D.C. Radley and S.N. Finkelstein, «Off-Label Prescribing among Office-Based Physicians,» *Arch Int Med* 2006; 166: 1021-26.
34. David S. Baldwin DS, Kosky N: Off-label prescribing in psychiatric practice. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007; 13, 414–422
35. Haw, C. & Stubbs, J. Benzodiazepines – a necessary evil? A survey of prescribing at a specialist UK psychiatric hospital. *J. Psychopharmacology*, 2006, published online. doi:10.1177/0269881106072386.
36. Gill S et al. Antipsychotic Drug Use and Mortality in Older Adults with Dementia. *Ann Intern Med.* 2007;146:775-786.
37. Montejo AL, Majadas S, Mayoral F, Sanjuán J, Ros S, Olivares JM, González-Torres MA, Bousoño M. Análisis de los patrones de prescripción de antipsicóticos en psiquiatría. *Actas Psiquiatr* 2006; 34: 323-329
38. http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/docs/NI_2008-19_antipsicoticos.pdf
39. Medrano J, Pacheco L: Uso no autorizado de Psicofármacos. *Psiquiatría Legal*. 2007.
40. Royal College of Psychiatrists. Use of Licensed Medicines for Unlicensed Applications in Psychiatric Practice. 2007. (College Report CR142)



CRONOGRAMA

Cronograma

253

ACCION	2010	2011	2012	2013	2014
Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental					
Aprobación del contenido funcional por la Dirección General de Hospitales					
Servicios de Salud Mental ambulatorios					
Integración de los SSM en las Gerencias de los Hospitales de referencia					
Integración de los sistemas de información en la red del SER-MAS					
Definición de cartera de servicios en Salud Mental					
Implantación de gestión por procesos en Salud Mental					
Hospitales de Día					
Fomento de plazas en Hospitales de Día					
Coordinación con Atención Primaria					
Establecimiento y evaluación del Consultor de Salud Mental en AP					
Implantación generalizada de gestión por procesos integrados de SM y AP					
Mejora continua de los procedimientos de derivación entre SM y AP					
Trastorno Mental Grave: Plan de Continuidad de Cuidados					
Implantación generalizada de un PCC homogéneo en todos los SSM					
Implantación de programas de intervención precoz en psicosis					
Implantación de programas de rehabilitación neuropsicológica					
Coordinación permanente con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales					
Atención a enfermos mentales sin techo					
Adscripción al Hospital Clínico San Carlos y evaluación de su actividad					
Atención a enfermos mentales de instituciones penitenciarias					
Convenio entrel Ministerio del Interior y Comunidad de Madrid y desarrollo					

ACCION		2010	2011	2012	2013	2014
Inserción social de presos con trastorno mental en Centro «Victoria Kent»						
Unidades de Hospitalización Breve						
Estudio de necesidades de camas según demanda						
Definición de cartera de servicios y mapa de procesos en las Unidades						
Implantación generalizada y evaluación protocolos situaciones de riesgo						
Centros Psiquiátricos y Unidades Especiales						
Aumento de 120 camas en la oferta de Media/Larga estancia						
Aumento de 80 camas en la oferta de Media/Larga estancia						
Estudio viabilidad U. Patología Resistente en H. Dr.R.Lafora						
Implantación generalizada y evaluación protocolos situaciones de riesgo						
Atención a la Salud Mental en niños y adolescentes						
Estudio de necesidades de recursos e infraestructuras						
Estudio de creación de Centro Terapéutico Residencial para TMG						
Estudio de recursos coordinados con la C. Familia y A. Sociales						
Psicogeriatría						
Impulso al programa de Psicogeriatría en los SSM						
Facilitación acceso de personas mayores a H. Día y recursos rehabilitación						
Mejora de las condiciones hospitalización personas mayores en UHB						
AREAS ESPECÍFICAS						
Trastornos de la conducta alimentaria						
Implantación del Programa de Atención y Seguimiento de TCA en los SSM						
Creación de comedores terapéuticos externos para pacientes con TCA						

ACCION		2010	2011	2012	2013	2014
Estudio de la necesidad de camas para hospitalización de TCA adultos						
Trastornos de personalidad graves						
Implantación del Programa de TP grave en cada Unidad Asistencial						
Adicciones						
Reconversión U.Desintoxicación en Unidades mixtas de Diagnóstico Dual						
Estudio de la necesidad de camas para deshabituación de cocaína-alcohol						
Cooperación institucional con FACOMA- Red CAPA						
Coordinación con Agencia Antidroga y otros recursos						
Sordera y salud mental						
Atención de las necesidades de la población sorda con TM						
Discapacidad intelectual y Salud Mental						
Consolidación del Programa SESM-DI						
Trastornos del Espectro autista						
Consolidación del programa AMI-TEA						
Atención a Salud Mental en personal sanitario						
Mantenimiento y consolidación del PAIPSE						
Desarrollo de actividades preventivas y de intervención en trabajo y SM						
Prevención del Suicidio						
Implantación y evaluación protocolos prevención del suicidio para SSM						
Implantación y evaluación protocolos prevención del suicidio para U.Hosp.						
Implantación y evaluación protocolos prevención del suicidio para Urgencias						
Implantación del sistema de información epidemiológica del suicidio						
Desarrollo de programas formativos de depresión y prevención del suicidio						

ACCION		2010	2011	2012	2013	2014
Control informatizado de la dispensación de psicofármacos						
Proyectos de investigación biopsicosocial de la conducta suicida						
Lucha contra el estigma asociado a enfermedad mental						
Desarrollo Plan contra Estigma coordinado con FEMASAM y C.Fam. y A.S.						
Investigación sobre lucha contra el estigma (Proyecto ASPEN)						
Violencia de Género y Salud Mental						
Desarrollo de acciones formativas específicas						
Diseño de protocolos de detección e intervención en los TM asociados						
Salud Mental y Catástrofes						
Desarrollo de Protocolo-Marco de SM ante catástrofes						
Programa de formación de intervención en crisis para intervinientes						
Convenio de colaboración entre SUMMA 112 y U. Menores en riesgo						
Salud Mental e Inmigración						
Acreditación de estándares de competencia cultural para profesionales SM						
Facilitación de la comunicación con población inmigrante con TM						
Impulso a la investigación transcultural						
Plan Estratégico de Investigación en Salud Mental						
Extensión del modelo de investigación operativa						
Fomento de creación de centros de investigación en Neurociencias						
Impulso de la investigación en los SSM						
Integración de los recursos de S.J.D. y H.H.S.C. en la red de Salud Mental comunitaria						
Convenio singular de la Comunidad de Madrid con S.Juan de Dios y						

ACCION		2010	2011	2012	2013	2014
C. Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón para integración de sus						
recursos en la red de salud mental comunitaria						
Uso racional de Psicofármacos						
Desarrollo de acciones destinadas a uso racional y seguro de fármacos						

ABREVIATURAS UTILIZADAS**SSM:** Servicios de Salud Mental**SER-MAS:** Servicio Madrileño de Salud**AP:** Atención Primaria**PCC:** Plan de Continuidad de Cuidados**UHB:** Unidad de Hospitalización Breve**TMG:** Trastorno Mental Grave**FACOMA:** Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid**CAPA:** Centro de Apoyo Psicosocial a Adicciones**SESM-DI:** Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI)**AMI-TEA:** Atención Mental Integral a Trastornos del Espectro Autista**PAIPSE:** Programa de Atención Integral al Personal Sanitario Enfermo**FEMASAM:** Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental



EVALUACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO

Evaluación del Plan Estratégico

259

En términos generales, no es fácil valorar la calidad de los servicios de Salud Mental. Menos aún la creación de estructuras nuevas. Tras la implantación del presente plan, no sólo se valorarán procesos o prestaciones, sino también estructuras de reciente remodelación o nueva implementación. Por tanto, sería adecuado evaluar la calidad a través de la medida de:

- El *esfuerzo*, en términos de cantidad y calidad del trabajo de los profesionales dedicados a la atención en Salud Mental.
- La *efectividad*, en términos de resultados de salud obtenidos en el plazo de ejecución del Plan Estratégico.
- La *eficiencia*, o cantidad de recursos empleados para obtener dichos resultados.
- La *aceptabilidad*, entendida como la satisfacción de los usuarios y profesionales de la Salud Mental que ejercen en la Comunidad de Madrid.

Desde esta perspectiva, la futura elaboración de un **Plan de Calidad** que valorase las acciones previstas en el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014 se realizaría en tres etapas o niveles diferenciados:

1. Evaluación de la estructura, de los RECURSOS: los medios humanos y materiales con que se cuenta para atender las necesidades de los usuarios. Su evaluación analizará si son adecuados o no para alcanzar los objetivos previstos.
2. Evaluación de los procesos, de las ACTIVIDADES: el conjunto de procedimientos promovidos y ejecutados, utilizando medidas indirectas como indicadores.
3. Evaluación de los RESULTADOS, del «outcome»: se pretenderá determinar la efectividad de las acciones, el impacto total de las mismas —positivo o negativo—. Los resultados se expresarían con medidas directas (índices o indicadores).

La EVALUACIÓN del presente Plan Estratégico será llevada a cabo en coordinación con la Dirección General de Atención al Paciente de la Consejería. En su calidad de revisor externo supervisará la correcta evaluación del Plan. Por su parte, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental velará por el cumplimiento de los objetivos del Plan y la correcta coordinación entre todas las entidades implicadas en su desarrollo. Para ello mantendrá las oportunas reuniones de seguimiento de los mismos y creará los Comités de Expertos que estime pertinentes para el desarrollo y correcta ejecución de las acciones contenidos en el Plan Estratégico.

Asimismo, desarrollará los instrumentos de evaluación que considere necesarios, elevará a la Dirección General de Hospitales informes periódicos de seguimiento y evaluación del Plan. Dichos informes tendrán la oportuna difusión entre los pacientes, familiares y profesionales.

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 pretende implantar una política de calidad en la gestión de recursos sanitarios de Salud Mental, de manera que periódicamente se planteen nuevas oportunidades de mejora en un camino continuo hacia la excelencia. Como afirma la OMS, *«concentrarse sobre la calidad ayuda a asegurar que los escasos recursos disponibles se emplean de forma eficiente y eficaz. Sin calidad no habrá confianza en la efectividad del sistema sanitario»*.



ANEXOS

- ANEXO 1. PROGRAMA ARQUITECTÓNICO BÁSICO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL AMBULATORIOS
- ANEXO 2. DOCUMENTO TÉCNICO HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS
- ANEXO 3. CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL POR PRIORIDAD Y POR PATOLOGIA.
- ANEXO 4. RECOMENDACIONES TÉCNICAS BÁSICAS PARA EL DISEÑO Y ADECUACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA Y URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN HOSPITALES GENERALES
- ANEXO 5. RECURSOS DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES (RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA)

ANEXO 1**PROGRAMA ARQUITECTÓNICO BÁSICO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL
AMBULATORIOS****Distribución de espacios de los Servicios de Salud Mental:**

ESPACIOS COMUNES (compartidos en C.E.P.):

- Información/Recepción.
- Área de Administración (citaciones).
- Archivo de Historias Clínicas.
- Aseos personal.
- Aseos usuarios (incluido minusválidos).
- Almacén.
- Instalaciones generales.

ESPACIOS ESPECÍFICOS:

- Despachos/consultas para Médicos Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Enfermeras, Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales y Especialistas en formación (MIR, PIR, EIR). Superficie: 15-18 m².
- Salas de espera diferenciadas para niños y adultos: 25 m².
- Salas de Grupos 2 por centro de 20 m².
- Sala de Terapia Ocupacional 1 por centro de 40 m².
- Sala de reuniones /Biblioteca, Aula 25-30 m².

Observaciones:

- Todos los despachos/consultas deberían disponer de sistemas de seguridad (puertas con sistema de escape, sistemas de aviso acústico y/o mediante señales luminosas de alarma).
- Las consultas de enfermería y salas de terapia ocupacional precisan toma de agua para lavado.

- Aislamiento acústico de los despachos/consultas adecuado para garantizar la confidencialidad en las entrevistas.
- Se deben tener en cuenta todos los aspectos relacionados con la prevención de conductas suicidas (sistemas de apertura de ventanas etc.) en el espacio asignado a los Servicios de Salud Mental.

ANEXO 2

DOCUMENTO TÉCNICO HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS

Catálogo de servicios básico del hospital de día para adultos

La Cartera de Servicios del Hospital de Día de Salud Mental (HDSM) está diseñada para la atención terapéutica directa e intensiva a los pacientes, así como a sus familiares si fuera preciso.

En general todas las intervenciones tienen un enfoque común centrado en los problemas, y en la realidad del aquí y el ahora, y tratan de trabajar con los elementos conservados de la persona, favoreciendo la toma de conciencia de enfermedad, la reducción de los síntomas y la recuperación de un mejor nivel de funcionamiento.

1. Actividades grupales

Las terapias grupales en sus distintas modalidades, son la actividad terapéutica fundamental del Hospital de Día eje del Plan de Tratamiento. Ayudan a los pacientes a manejarse con sus síntomas, les permiten poner en práctica la relación con los otros en un medio controlado y desarrollar la alianza terapéutica con el equipo de tratamiento. Además, la inclusión en estos grupos enseña a los individuos habilidades de relaciones interpersonales y los proveen de una red de apoyo social, de la que muchos de ellos carecen. Hay múltiples actividades grupales que utilizan diferentes técnicas con finalidades específicas, a cargo de los diferentes especialistas que conforman el equipo multiprofesional del Hospital de Día:

- Terapias de grupo. Se reúnen subgrupos de pacientes desde las indicaciones específicas que marcan las diferentes técnicas psicológicas utilizadas (cognitivo-conductual, psicodinámica, interpersonal, etc.). Entre ellas las básicas son:
 - Psicoterapias de grupo, regladas y evaluables, focalizadas en el «aquí y el ahora», en los problemas presentes y cómo afrontarlos. En general grupos abiertos, con objetivos y tiempo limitados.
 - Técnicas grupales de esclarecimiento y apoyo para el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.
 - Técnicas de psicoeducación en grupo, para el conocimiento de la enfermedad.
- Grupo Comunitario. Un grupo grande con la participación de todos los pacientes y los miembros del equipo terapéutico constituye la actividad más concreta del modelo de «comunidad terapéutica». En él los pacientes se presentan a los demás, hablan de sus problemas, sus logros y dificultades para alcanzar los objetivos planteados. El resto del grupo puede opinar, dando alternativas a los problemas expuestos. Grupo concerniente también al aquí y ahora relacional, a la marcha del Centro, a la actividad de los enfermos y de los profesionales, apartándose en la temática y el manejo de la misma de los procedimientos empleados en psicoterapias específicas.
- Terapia ocupacional. abordaje individual y/ o grupal para restablecer el equilibrio ocupacional que permita a la persona adaptarse a su roles ocupacionales de Actividades de la Vida Diaria, Educación, Trabajo y Ocio y Tiempo libre. Para lo cual se programan actividades a través de técnicas corporales, cognitivas, de comunicación y creatividad y productivas
- Talleres de trabajo individual y grupal, incluyendo técnicas de resocialización, grupos de discusión, teatro, danza, música, lectura de prensa, artes plásticas, etc.
- Expresión corporal y psicomotricidad. En unas patologías graves donde lo corporal sirve de marco de expresión para distintos aspectos del funcionamiento disociados de los pacientes, es necesario un trabajo con el cuerpo con técnicas específicas y profesionales cualificados. Constituye una actividad importante para la puesta de manifiesto de alteraciones en el funcionamiento del individuo y en la búsqueda de esa integración funcional propia de la salud.

- Cuidados de enfermería. Varias actividades del Programa de Enfermería del Hospital de Día se desarrollan en forma de talleres de trabajo grupal.
- Otras actividades complementarias como gimnasia, ludoterapia, cineforum, etc., se realizarán según conveniencia de los planes de tratamiento y posibilidades del Equipo del Hospital de Día.

2. Atención individual

Cada paciente derivado tiene asignado, desde el primer momento, un facultativo de referencia del equipo (médico psiquiatra o psicólogo clínico) que ejercerá la función de responsable del caso. Se encarga de coordinar y dirigir todo el proceso de evaluación con las entrevistas individuales y familiares necesarias así como la colaboración del resto del equipo en tareas específicas de diagnóstico, que permitan la elaboración del Plan de Tratamiento Individualizado. También asegura su continuidad y cumplimiento. Las modalidades de tratamiento individual se centran básicamente en:

- Tratamiento farmacológico. El médico psiquiatra del Hospital de Día controla el tratamiento psicofarmacológico del paciente durante todo el tiempo de su permanencia en el Hospital de Día, salvo que se especifique otra modalidad de intervención. Prescribe y supervisa cualquier ajuste de medicación incluida la que se administra directamente a los pacientes en la unidad.
- Psicoterapia individual reglada de diferentes orientaciones (psicodinámica, cognitivo-conductual, interpersonal, etc.). Adaptada a las necesidades del paciente en su Plan de Tratamiento, son complementarias a las actividades grupales. Las realizan tanto los psiquiatras como los psicólogos del equipo, ajustadas a protocolos y evaluación.
- Otras actividades individualizadas protocolizadas y evaluables son los cuidados de enfermería, clínica depot, trabajo social, etc.

3. Atención familiar

Desde la evaluación inicial, se tiene en cuenta a la familia del paciente. El compromiso y colaboración de la familia con el Plan de tratamiento es fundamental, y un predictor

válido acerca de su cumplimiento. La colaboración con la familia puede tomar diferentes formas, entre las que se encuentran:

- Entrevistas psicoterapéuticas de apoyo.
- Psicoterapia familiar breve reglada.
- Grupos multifamiliares, de diferente orientación según necesidades y formación del equipo: psicoeducativos, habilidades sociales, de resolución de problemas, expresivos, etc.

4. Atención domiciliaria

Si se estimara necesario, dentro del Plan de Tratamiento Individualizado de un determinado paciente, se contempla este recurso terapéutico en sus distintas modalidades, llevadas a cabo por los diferentes miembros del equipo según las necesidades.

5. Seguimiento post-alta

Una vez finalizado el tratamiento propiamente dicho, el seguimiento post-alta en el propio Hospital de Día se considera recomendable en algunos pacientes, con el fin de mantener la continuidad asistencial entre este dispositivo y el retorno a la atención ambulatoria especializada de Salud Mental.

Actividades complementarias

El Hospital de Día tiene otras actividades programadas habituales y/o periódicas complementarias y subordinadas a las actividades terapéuticas.

1. Actividades de gestión clínica. Los distintos profesionales del equipo tienen asignadas tareas de ordinarias de gestión como la realización y manejo de protocolos y procesos de actividad asistencial, susceptibles de ser evaluados en un programa de calidad así como de registro de datos. También colaboran en las actividades de gestión clínica del área sanitaria que corresponda.
2. Actividades de docencia e investigación. El Hospital de Día está incluido en los programas de docencia e investigación del área, como una unidad especializa-

da en los pacientes que trata. Puede desarrollar y programar actividades para garantizar el buen nivel formativo e investigador de cada uno de los miembros de su equipo así como participar en programas más generales del área o en coordinación con otras unidades de características similares fuera del área, si así se autoriza. Las sesiones clínicas, bibliográficas, seminarios y talleres, son actividades programadas de forma habitual evaluables con criterios de calidad.

Otras actividades del Hospital de Día

1. Actividades de equipo. Programadas con periodicidad semanal de forma fija, son fundamentales para el correcto funcionamiento de la unidad. En ellas se trabajan de forma participativa todos los problemas que surgen en el tratamiento y la convivencia diaria con el perfil de pacientes graves que se manejan. Tensiones en el equipo, intercambio de información, unificación y coordinación de las actividades terapéuticas de cada paciente son temas habituales de estas reuniones que ayudan a mantener el «ambiente terapéutico». También es el lugar para las puestas en común de nuevas derivaciones, evaluación de pacientes, confección de los planes de tratamiento, altas y bajas etc.
2. Actividades de coordinación interinstitucional. Hay diferentes reuniones periódicas de coordinación según sea el tema a tratar, en las que participa todo o parte del equipo. De este tipo son:
 - Reuniones con los profesionales de otros dispositivos de la red para la derivación de los pacientes (Centros de Salud mental, Unidad de Hospitalización Breve, Equipo de Atención a Enfermos mentales sin techo etc.)
 - Reuniones con servicios sociales.
 - Reuniones con Centros de la Red de Atención Social de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales (CRPS, CRL, mini-residencias, etc.).
 - Reuniones con asociaciones de pacientes y familiares.

Sobre el catálogo de actividades del Hospital de Día se confecciona el Plan de Tratamiento Individualizado para cada paciente que comprenderá fundamentalmente los objetivos a alcanzar, el horario, el número y secuencia de las actividades en las que participará el

paciente, además de las actuaciones con su entorno próximo, especialmente la familia. También la estimación del plazo previsible para la consecución de los objetivos.

Procedimientos para derivaciones y altas de los pacientes.

1. Derivaciones

- Las derivaciones de pacientes para evaluación y tratamiento en el Hospital de Día se realiza por el facultativo responsable del caso en el Centro de Salud Mental de Distrito de referencia.
- Un paciente puede ser derivado directamente desde la Unidad de Hospitalización Breve de referencia de la Unidad Asistencial.
- Se podrán derivar pacientes desde otros dispositivos similares de otras Unidades Asistenciales de la Comunidad de Madrid por los motivos siguientes:
 - Libre elección de médico especialista
 - Falta o saturación temporal de la demanda de Hospitales de Día en la Unidad Asistencial de referencia
 - Existencia de programas específicos de tratamiento en un Hospital de Día determinado del que se puedan beneficiar pacientes de más de una Unidad Asistencial.
- Al margen de la obligatoriedad de cumplimentar el Informe de derivación correspondiente por parte del médico psiquiatra responsable, se procurará en todos los casos la comunicación directa y personal, con vistas a obtener una información más completa y una elaboración de los planes de tratamiento que sea adecuada a las posibilidades del paciente y su familia en ese momento.

2. Altas.

El alta del paciente se producirá con las modalidades de las altas hospitalarias siendo sus criterios:

- Alta voluntaria a petición del paciente o de su representante legal al no tratarse de un dispositivo de tratamiento coercitivo.
- Estabilización clínica del paciente.
- Consecución de los objetivos previstos en el Plan de Tratamiento.
- Fracaso de las expectativas de consecución de dichos objetivos.
- Cuando se considere que en ese momento el paciente puede beneficiarse más de un tratamiento en otro dispositivo asistencial.
- Inadecuación del paciente al Hospital de Día, bien por cambio en las características clínicas o de las circunstancias de la cobertura sociofamiliar.
- Reiteradas faltas de asistencia injustificadas.
- Incumplimiento reiterado e injustificado de las normas de funcionamiento del Hospital de Día.

Se debe realizar un Informe de Alta que ha de contener el motivo de esta y las razones de la derivación del paciente al dispositivo de la red considerado más idóneo para seguir el tratamiento, normalmente el Centro de Salud Mental de referencia.

El dispositivo que ha de recibir al paciente debe ser informado y participar en el proceso de alta, que en muchos casos es progresivo hasta que su adaptación a la nueva situación sea la adecuada.

Documentación para la gestión clínica.

Todo paciente del Hospital de Día dispondrá desde su ingreso de una carpeta o historia clínica que ha de contener, al menos, los siguientes documentos:

- Datos de filiación, administrativos y sociodemográficos
- Informe de derivación del centro o dispositivo del cual procede.
- Historia clínica.
- Diagnóstico CIE 10.
- Hoja de normas y recomendaciones para el usuario.
- Historia de enfermería y hojas de evolución.
- Informe social.
- Hojas de evolución clínica e incidencias.

- Plan de Tratamiento Individualizado con referencia a los procedimientos a utilizar, actividades a realizar, objetivos a alcanzar, plazos y las evaluaciones.
- Protocolos específicos en los que está incluido.
- Exámenes para la valoración diagnóstica complementarios (biológicos y psicológicos).
- Hojas de tratamientos farmacológicos.
- Ficha de evaluación del tratamiento en el Hospital de Día
- Escalas y/o instrumentos de evaluación del paciente.
- Informe de alta-derivación con ficha informática.

Horario del Hospital de Día

El horario del Hospital de Día variará en función de su ubicación y/o necesidades asistenciales, pero deberá permanecer abierto de lunes a viernes para poder dar una asistencia mínima a cada paciente de 20 h semanales, en régimen de estancia completa. Se incluye la posibilidad de comida en el centro como una actividad asistencial más de las que se realizan en este tipo de recursos.

El horario del programa del Plan de Tratamiento Individualizado de cada paciente, se organiza en términos de Estancias o módulos horarios de actividad.

Registro de la actividad asistencial

Se deben registrar como mínimo las siguientes prestaciones:

- Estancia Completa: Se define como un mínimo de 4 horas de estancia en la unidad cinco días a la semana de lunes a viernes.(incluyendo comida de mediodía si precisa).
- Estancia parcial intermitente. Se define como un mínimo de 4 horas de estancia en la unidad 2 o 3 días a la semana.
- Estancia parcial diaria Se define como menos de 4 horas de estancia en la unidad cinco días a la semana.

Se registrarán además, las siguientes actividades asistenciales:

- Psicoterapia de grupo: Los pacientes pueden ser citados específicamente para esta actividad grupal si proceden de otros dispositivos, pero la preferencia absoluta es para pacientes en estancia en Hospital de Día. La responsabilidad del caso puede corresponder a un médico psiquiatra que se encuentre en otra unidad. La duración máxima de la actividad son 90 min / sesión.
- Psicoterapia Individual: Los pacientes pueden ser citados específicamente para esta actividad grupal si proceden de otros dispositivos, pero la preferencia absoluta es para pacientes en estancia en Hospital de Día. La responsabilidad del caso puede corresponder a un médico psiquiatra que se encuentre en otra unidad. La duración máxima de la actividad es de 45 min. por sesión.
- Psicoterapia familiar: Intervención breve y reglada con preferencia para pacientes en estancia en Hospital de Día. La duración de la actividad se estima en 90 min. / sesión.
- Psicodiagnóstico. Duración estimada 60 min./ sesión.
- Primera evaluación: Se define como el proceso de valoración clínica de un paciente que ha sido derivado para cualquiera de las prestaciones del Hospital de Día. Supone una o más citaciones. Incluye las visitas del paciente así como las entrevistas familiares de valoración. Duración estimada 60 min.
- Consulta de seguimiento: Se destina exclusivamente para aquellos pacientes que requieren una intervención de derivación, informes, control del tratamiento farmacológico o cualquiera de las prestaciones no nucleares que la Unidad realiza. Se incluye el seguimiento post-alta cuando sea indicado. Duración de la actividad 30 min.
- Grupo multifamiliar: Actividad grupal con familias y pacientes. Duración estimada 90-120 min. / sesión.
- Grupo de esclarecimiento y apoyo: Actividad para el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. Duración entre 60 a 90 min.
- Grupo de Psicoeducación: Duración de la actividad 90 min / sesión..

INDICADORES DE CALIDAD

1. Indicadores de proceso

- Índice de ocupación: 75-85%

- Capacidad de absorción de la demanda: Porcentaje de admitidos/remitidos: 80%
- Demora para la inclusión: 1-3 días.
- Estancia media en tratamiento: 6-9 meses
- Porcentaje de abandonos: <30%
- Cumplimentación de la documentación: 100%
- PTI primera semana: 90%
- Monitorizar motivos de alta: Mejoría; abandono; empeora / igual
- Continuidad de cuidados: Alta con cita concertada: 100% en plazo máximo 15 días
- Autoagresiones: <5% / heteroagresiones:<10%

2. Indicadores de resultado

- Número de reclamaciones: < 5%
- Porcentaje de altas por mejoría que reingresan por la misma causa antes de un mes: < 10%
- Disminución del número de episodios de hospitalización completa en pacientes del Hospital de Día (p.e. comparado el año antes y el de después)
- Disminución del número de estancias totales de hospitalización completa.
- Variables de resultado clínico. Inicio/alta/6 meses y/o 1 año
- Variables de satisfacción, calidad de vida y ajuste social.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Se procederá a cumplimentar la Ficha de evaluación del tratamiento en el Hospital de Día como mínimo en tres momentos determinados: al inicio, en la primera evaluación; al final del programa de estancia completa y/o el programa de seguimiento, cuando se halla fijado el momento del alta del paciente y a los 6 meses y/o el año del alta del tratamiento.

Para la evaluación se consideran imprescindibles los siguientes instrumentos:

- Escala de evaluación del funcionamiento general (GAF clínico)
- Escala de discapacidad de la OMS (versión reducida)

- Impresión clínica global (ICG)
- Calidad de Vida de la OMS, Breve (WHOQOL-BRIEF)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- BPRS 24
- Escala de Funcionamiento Social (SFS) de Birchwood
- Escala de Autoestima de Rosenberg
- Escala de Actitudes Disfuncionales
- Escala de Evaluación del Insight (SUMD)
- Family Coping Questionnaire (FCQ) de Magliano
- Para psicosis añadir : Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis.
- Para trastornos de la personalidad por lo menos la SCID II

Además en la evaluación al alta añadir:

- Escala de satisfacción de pacientes (SAFT-B)
- Escala de satisfacción de Familias (SAFT-A)

ANEXO 3

PROPUESTA DE CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL POR PRIORIDAD Y POR PATOLOGIAS

A. CRITERIOS DE DERIVACIÓN URGENTE AL HOSPITAL DE REFERENCIA

Se consideran casos de urgencia en Salud Mental:

- Episodios de agitación psicomotriz.
- Ideación y/o planificación autolítica.
- Conductas heteroagresivas graves en las que se sospecha la existencia de patología mental.
- Riesgo vital en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. (Por ejemplo IMC menor o igual a 13,5, especialmente si la pérdida ponderal ha sido rápida)
- Episodios maniacos.
- Trastornos psicóticos agudos.

Abordaje terapéutico desde Atención Primaria:

En todos estos casos consideramos indicado proceder a la derivación del paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia para valoración del cuadro, descartar posible patología orgánica subyacente y valoración psiquiátrica e ingreso si procede.

Salvo excepciones, las condiciones de un centro de salud mental no hacen posible una intervención adecuada de estas situaciones.

B. CRITERIOS DE DERIVACIÓN PREFERENTE

Criterios clínicos

Se considera indicada una derivación preferente al Centro de Salud Mental en los siguientes casos:

- Episodios hipomaniacos.
- Episodios depresivos graves (con riesgo autolítico, ideación delirante, alteración importante de los ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados, etc.).
- Depresión posparto.
- Alucinosis y síndromes paranoides vinculados al alcoholismo (por ejemplo, delirio celotípico).
- Trastornos psicóticos: Primeros episodios o descompensaciones de casos conocidos (siempre que no cumplan criterios de derivación urgente). Se recomienda derivar a todo paciente no diagnosticado que presente síntomas compatibles para realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

Criterios sociales y asistenciales

Aunque la patología del paciente no presente desde un punto de vista clínico criterios para una derivación preferente, se considerará indicada este tipo de derivación en los siguientes casos:

- Consideración de alto beneficio en la adherencia del paciente (por ejemplo síndrome de dependencia de alcohol en situaciones de riesgo; pacientes con baja conciencia de enfermedad, etc.)
- Situaciones de violencia familiar: Estas situaciones pensamos que deben ser derivadas de modo preferente a Servicios Sociales y por vía normal a Servicios de Salud Mental salvo que las repercusiones psicopatológicas en familiares u otras cuestiones incluidas en puntos anteriores requieran una asistencia preferente.

Aunque el hecho de que un paciente se encuentre en situación de baja laboral no es criterio de derivación preferente (salvo que sus circunstancias clínicas así lo indiquen) se ve indicado que por parte de los servicios de Salud Mental exista la posibilidad de realizar interconsultas telefónicas urgentes sobre cuestiones relacionadas con el manejo de estas situaciones que suponen una sobrecarga y una dificultad importante en las consultas de Atención Primaria. Tras estas interconsultas se decidirá la pertinencia de posibles derivaciones preferentes en algunos de estos casos.

C. CRITERIOS DE DERIVACIÓN NORMAL

Criterios clínicos

Siguiendo la clasificación CIE-10 en su versión «Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria», con algunas modificaciones:

1. DEMENCIA: Sólo derivar a Salud Mental casos de trastornos de conducta graves que no responden a tratamiento o ante la aparición de comorbilidad psiquiátrica que plantee dificultades de manejo previo diagnóstico por parte de Servicios de Neurología o Geriátrica.
2. DELIRIUM: No es indicación de derivación a Salud Mental.
3. TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL: En líneas generales se considera que los abusos y los consumos perjudiciales de alcohol sean tratados en Atención Primaria y los síndromes de dependencia en centros especializados. (Servicios de Salud Mental o CAD —Centro de Atención a Drogodependientes—).

Si se considera indicado un ingreso hospitalario específico puede solicitarse ingreso programado en la Unidad de Desintoxicación o de Deshabitación del Hospital Dr.R. Lafora. Se recomienda que lo solicite el propio paciente.

4. TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE DROGAS: Se recomienda derivación a algunos de los recursos de la Agencia Antidroga (CAD, CAID, Centros de la Cruz Roja).
5. ESQUIZOFRENIA: El tratamiento de esta patología se debe hacer en los Servicios de Salud Mental. La derivación por vía normal es recomendable en casos en los que el paciente se encuentra estabilizado y presenta una buena adherencia al tratamiento. En el resto de los casos se recomienda derivación preferente o urgente. (Ver criterios de derivación urgente y preferente). Desde Atención Primaria el papel en esta patología es fundamental de cara a:
 - Contribuir a la adherencia terapéutica y continuidad de cuidados.
 - Control de salud general, no excluye que el médico psiquiatra cuide la salud general de sus pacientes.
 - Control y vigilancia de efectos secundarios de la medicación psiquiátrica.
 - Identificación precoz de síntomas de descompensación para derivación urgente o preferente.
 - Vigilancia de posible comorbilidad con abusos de sustancias u otros trastornos que compliquen el cuadro.
 - Detección de consecuencias de la enfermedad en otros miembros del entorno familiar.
6. TRASTORNO BIPOLAR: El tratamiento de esta patología siempre debe hacerse en Salud Mental. La derivación por vía normal sólo debe hacerse en casos en los que el paciente se encuentre estable. En el resto de situaciones debe hacerse de forma urgente o preferente (revisar criterios de derivación urgente y preferente). El papel de Atención Primaria es similar al sugerido en el caso de la Esquizofrenia.
7. DEPRESIÓN (Incluidas distimias y trastornos de adaptación con ánimo depresivo): El tratamiento de las depresiones leves o moderadas no complicadas, de las distimias y de los trastornos de adaptación es recomendable realizarlo en los Centros de Atención Primaria pues constituye el medio asistencial ideal en

cuanto a su detección precoz y al tratamiento y seguimiento de la mayoría de los casos. Son criterios de derivación a Salud Mental:

- Dudas diagnósticas con otros cuadros psicopatológicos.
 - Episodios depresivos graves acompañados de síntomas delirantes (En estos casos se recomienda derivación preferente o urgente; ver criterios de derivación), con grave riesgo suicida, en depresiones mayores cuyas características (inhibición marcada o agitación, alteraciones conductuales graves, síntomas psicóticos) obligan a considerar tratamientos más agresivos o incluso el ingreso hospitalario.
 - Episodios depresivos leves o moderados con las siguientes características:
 - Persisten en el tiempo o tienden a la recurrencia a pesar de haber realizado pautas de tratamiento apropiadas. (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria).
 - Presentan trastornos de personalidad u otros trastornos psiquiátricos comórbidos asociados que influyen en la falta de respuesta terapéutica y/o dificultan la relación médico-paciente.
 - Se presentan en momentos vitales significativos, en relación con factores psicosociales definidos y existe una capacidad de insight y motivación para el cambio que nos hace valorar la indicación de una intervención psicoterapéutica.
 - Comorbilidad con patologías orgánicas graves que compliquen el manejo terapéutico así como la depresión con síntomas marcados durante el embarazo.
8. TRASTORNOS FÓBICOS (Incluye agorafobia y fobia social): El tratamiento inicialmente se recomienda realizarlo en los Centros de Atención Primaria. (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria). Son criterios de derivación:
- Persistencia de conductas de evitación y limitaciones graves a pesar de que se ha instaurado un plan terapéutico adecuado. Y necesidad de instaurar un tratamiento psicológico específico.
 - Asociación de abuso de sustancias para paliar ansiedad.
 - Dudas diagnósticas.

9. TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: Es recomendable que el tratamiento se realice en los Centros de Atención Primaria. (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria). Además de la instauración de tratamiento psicofarmacológico (si es necesario) y entrevistas psicoterapéuticas de apoyo se recomienda entrenamiento en técnicas de relajación (en muchos casos existen grupos terapéuticos en los Centros de Atención Primaria).

La derivación a Salud Mental se recomienda:

- Cuando persisten las crisis de pánico o los síntomas ansiosos son de intensidad grave o incapacitante a pesar de los tratamientos indicados.
 - Cuando se asocia abuso de sustancias para paliar síntomas.
10. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: Es recomendable la derivación a Salud Mental de pacientes con este trastorno.
11. TRASTORNO DE CONVERSIÓN (DISOCIATIVO): Suele ser muy poco frecuente. Se recomienda derivar a Neurología o a Medicina Interna en caso de duda para descartar organicidad. La derivación a Salud Mental se recomienda:
- Si los síntomas persisten durante meses o si la intensidad o repercusión funcional son elevadas.
 - Si el paciente está preparado y desea abordar la psicogenecidad de sus síntomas y el médico de Atención Primaria no se siente preparado para afrontar esta tarea.
12. TRASTORNOS SOMATOMORFOS E HIPOCONDRÍACOS: El marco que se considera más adecuado para el tratamiento de estos cuadros es Atención Primaria. Es recomendable contacto con un solo profesional; en ocasiones es recomendable consultas de médico a médico evitando derivaciones. (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria). Las derivaciones a Salud Mental se consideran indicadas en los siguientes casos:

- Dudas diagnósticas con trastorno obsesivo-compulsivo o delirio hipocondríaco.
 - Persistencia prolongada de incapacidad funcional y laboral.
13. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: Aunque no cumplan la totalidad de los criterios diagnósticos, se recomienda derivación precoz a Salud Mental. (Ver criterios de derivación urgente).
14. TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO: Se consideran tratables en Atención Primaria, salvo los siguientes casos:
- Dudas diagnósticas.
 - Repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber instaurado pautas terapéuticas adecuadas.
15. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: Aunque desde Atención Primaria es recomendable tener conocimientos de la existencia de este tipo de trastornos y el conocimiento de sus características fundamentales, el abordaje de estos pacientes debe realizarse en los servicios de Salud Mental.

Criterios sociales y otras consideraciones

Se considera que existen algunas circunstancias que justifican la derivación para valoración a Salud Mental aunque no se cumplan las condiciones clínicas que se han citado. Entre estas circunstancias se señalan:

- Situaciones en las que la falta de tratamiento en Salud Mental implique consecuencias importantes en el entorno (repercusión en menores, riesgo de deterioro social, situaciones de maltrato, implicaciones legales)
- Casos en los que, aunque las alteraciones psicopatológicas sean leves, las circunstancias del entorno hacen que la intervención en Salud Mental puede tener además un carácter preventivo.
- Dificultades específicas de algunos profesionales en la relación con algunos pacientes o algunas patologías.

BIBLIOGRAFÍA:

CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria. 2ª versión española. Meditor. Madrid, 2004.

Psiquiatría de cabecera. Manual para la práctica psiquiátrica en Atención Primaria (vol.1 y 2). Coord.: Juan de Dios Molina y Cristina Andrade. Aula Médica. Madrid, 2003.

Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Vol.2. Coord.: A. Martín Zurro y JF Cano Pérez. Harcourt. Barcelona, 2000.

Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. José Luís Vázquez-Barquero. Aula Médica. Madrid, 1998.

Criterios de derivación de pacientes con patología psiquiátrica desde Atención Primaria. P Alonso Ortega. Revista Medicine. Vol 8- número 104. Mayo 2003.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006.

Por J Jonay Ojeda Feo a, José Manuel Freire Campo b, Juan Gervas Camacho c

La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI

Navarrete Vazquez Mª L. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Publicación original: *Rev. Esp. Salud Pública*, nov.-dic. 2005, vol.79, no.6, p.633-643. ISSN 1135-5727.

Reproducción autorizada por: Revista Española de Salud Pública. resp[arroba]msc.es *Rebeca Terraza Núñez a, Ingrid Vargas Lorenzo a, María Luisa Vázquez Navarrete* La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria Vol.20 Núm.06.

ANEXO 4

RECOMENDACIONES TÉCNICAS BÁSICAS PARA EL DISEÑO Y ADECUACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA Y URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN HOSPITALES GENERALES

Principales normas y reglamentos de aplicación:

- Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales.
- Disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras.
- Real Decreto 1627/1997.
- Normas Tecnológicas de la Edificación (NTE).
- Normas básicas para las instalaciones interiores de suministro de agua (NIA).
- Reglamento electrónico para Baja Tensión (REBT).

- Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios (RITE).
- Norma Básica de la Edificación (NBE-CPI-96).
- Condiciones de Protección contra incendios de los edificios.
- Reglamento de protección contra incendios.

Características del área de hospitalización psiquiátrica:

- Ubicación preferente en planta baja.
- Acceso a un área exterior de esparcimiento acotada (jardín o patio).
- Puerta de acceso de pacientes y familiares a la Unidad dotado de medidas de seguridad para el control de entrada y salida de personas (video portero con abre puertas y control de apertura codificado).
- Restantes puertas de servicio (incluidos ascensores) dotadas de medidas de seguridad para prevenir fugas de pacientes.
- Control de enfermería, situado en punto central en la Unidad lo que permita la visualización directa de los pacientes, dotado con acristalamiento y puerta de seguridad que permita el rápido acceso a toda la Unidad y el necesario aislamiento y protección en su caso. Dicho control poseerá un mostrador diáfano para la atención al paciente (el cristal de seguridad debe ser como mínimo 6 + 6 o similar). Dentro de este control estarán ubicados los monitores de circuito cerrado mediante los cuales se controlará tanto el acceso desde el exterior así como las habitaciones, cuartos de baño, comedor, sala de estar y aquellas otras dependencias donde sea necesario instalar dicho sistema.
- Servicios de la Unidad adecuados a las necesidades de las personas de edad avanzada.
- Habitaciones de los pacientes de uso individual permitiendo su superficie la posibilidad de su uso doble en función de las necesidades clínicas de los pacientes.
- Sistema de llamada para uso de los enfermos en habitaciones y cuartos de baño (con posibilidad de su anulación temporal en función de su situación clínica).
- Fundas de colchón y pijamas ignífugas.
- Sistema de comunicación entre habitaciones y con el control de enfermería mediante aparatos empotrados en paramentos.
- Baño del cuarto de baño compuesto por plato de ducha, inodoro y lavabo, todos estos elementos de acero inoxidable o similar. Los elementos como la alcachofa

de la ducha, fluxor, etc., deben estar empotrados, evitando cualquier tipo de saliente que puedan dañar al paciente. Los aseos no dispondrán de elementos desmontables y fácilmente rompibles.

- Suelo del baño antideslizante y dotado de un sistema de desagüe.
- Espejos de baño irrompibles y que no deformen la imagen reflejada.
- Armarios empotrados en las habitaciones, evitando barras de colgar y perchas.
- Evitar instalar cualquier tipo de cortinas tanto en baño como en habitación.
- Apertura de puertas de la habitación y del cuarto de baño hacia el exterior, sin cierre de seguridad interno y con pomos de las puertas redondos.
- Habitaciones y salas comunes para pacientes con luz natural y ventanas de seguridad que posibiliten la ventilación, y que solo permitan su apertura a personal autorizado. Estarán dotadas de medios que permitan opacificar la luz exterior y que al tiempo no impliquen cortinas, visillos, estores u otros elementos similares.
- Disponibilidad de dos habitaciones individuales contiguas al control de enfermería destinadas a la observación y aplicación de medidas coercitivas en condiciones de seguridad (aislamiento terapéutico y contención física), cuya supervisión desde el control de enfermería sea fácil e inmediata (cámara de TV circuito cerrado y visualización directa a través de acristalamiento de seguridad opaco unidireccional). Las camas estarán fijadas al suelo, disponiendo la habitación de espacio suficiente para la transferencia del paciente a una cama de traslado.
- Comedor colectivo para pacientes
- Espacios comunes polivalentes amplios para terapia ocupacional y grupal y preferentemente abiertos, salvaguardando las necesarias medidas de seguridad y vigilancia.
- Sala de estar para pacientes con TV protegida
- Sala de visitas
- Zona para pacientes fumadores debidamente acondicionada con sistema de extracción de humos
- Despachos de consulta para los profesionales, situados en la propia Unidad, dotados de sistema de aviso de seguridad
- Despachos y sala de espera para familiares situados en un área con acceso independiente dentro de la Unidad
- Cámaras de vigilancia con visión nocturna, convenientemente protegidas y conectadas con el control de enfermería.

- Luces de techo o pantalla empotrados o de seguridad.
- Pintura ignífuga en parámetros horizontales y verticales.
- Cuadro eléctrico, incluyendo todas las protecciones magneto térmicas y diferenciales, para todos los circuitos de alumbrado y fuerza de acuerdo al REBT.
- Líneas de cableado eléctrico para la realización de la instalación eléctrica de acuerdo al REDT.
- Colocación de cuadro de protección en todas las habitaciones conteniendo un diferencial y dos interruptores magneto térmicos.
- Medios de lucha contraincendios (extintores y mangueras) en armarios empotrados practicables y visibles, para evitar auto y heterolesiones y detección de incendios en todas las habitaciones.
- No existirán elementos exentos por lo que la red de gases medicinales, se dispondrá entre huecos con puerta y cerradura.

Características del área de urgencias psiquiátricas

Las Urgencias Psiquiátricas necesitan una dotación estructural mínima, con zonas o espacios separados para la evaluación de los pacientes, para la contención física y el aislamiento terapéutico si fuese necesario, y separados también de la zona de observación de pacientes ingresados por otras patologías. Siempre debe garantizarse la adecuada vigilancia, custodia y atención de los pacientes psiquiátricos, y la seguridad de usuarios y profesionales. Debe disponer de:

- Sala de espera independiente de la Urgencia general.
- Un despacho médico de consulta (dos despachos si hay MIR de guardia), dotados de medidas de seguridad: puerta de salida tipo «vaivén», sistema de aviso a personal de seguridad, ventanas de seguridad, etc.
- Box específico de atención/observación de enfermería dotado de medidas de seguridad.

En el caso de Hospitales Generales con grandes áreas poblacionales de influencia pueden ser de utilidad las Unidades de Corta Estancia (hasta 72 horas), separadas estructuralmente de las Unidades de Hospitalización Breve, siguiendo la experiencia del Hospital Clínico de San Carlos.

ANEXO 5

RECURSOS DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES (RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA)

RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Resumen desglosado Centros y Recursos existentes

N1 TIPO DE CENTRO O RECURSO	N1 PLAZAS
23 CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)	1.650 plazas en total
CRPS «Alcalá de Henares»	90
CRPS «La Elipa»	90
CRPS «Retiro»	90
CRPS «Los Carmenes»	90
CRPS «Martínez Campos»	90
CRPS «Getafe»	90
CRPS «Vázquez de Mella»	90
CRPS «Arganda»	80
CRPS «Alcobendas»	80
CRPS A Hortaleza»	90
CRPS «Carabanchel	60
CRPS «Torrejón de Ardoz»	60
CRPS «Aranjuez »	60
CRPS «San Fernando de Henares»	80
CRPS A Villaverde»	60
CRPS «Las Rozas/Majadahonda»	60
CRPS «Mostoles»	60
CRPS «Vallecas Villa	60
CRPS «Alcorcon	60
CRPS «Barajas/San Blas»	60
CRPS «Latina»	60
CRPS «Arganzuela»	60
CRPS «Navalcarnero	30

N1 TIPO DE CENTRO O RECURSO	N1 PLAZAS
27 CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (CD)	870 plazas en total
CD «Retiro	30
CD «Carabanchel»	30
CD « Torrejón de Ardoz	30
CD « Aranjuez»	30
CD «Fuencarral	30
CD «Navalcarnero	30
CD «Alcala de Henares»	30
CD «Collado Villalba»	30
CD «Getafe»	30
CD «Usera	30
CD «Madrid/Arturo Soria San Miguel»	50
CD «Arganzuela»	30
CD «Villaverde»	50
CD « Vallecas »	50
CD «Vallecas Villa»	30
CD «Latina»	30
CD «Chamberí»	30
CD «Centro»	30
CD «Moncloa»	30
CD «Ciudad Lineal»	30
CD «Fuenlabrada»	30
CD «Parla»	30
CD «Hortaleza»	30
CD «Rivas/Arganda»	30
CD «Barajas»	30
CD «Moratalaz/Vicalvaro»	30
CD «Alcobendas»	30

N1 TIPO DE CENTRO O RECURSO	N1 PLAZAS
18 CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)	890 plazas en total
CRL «Nueva Vida»	50
CRL «Vázquez de Mella»	50
CRL «Afap-Pedrezuela»	50
CRL «Getafe»	50
CRL A Hortaleza»	50
CRL «Retiro»	50
CRL «Carabanchel»	50
CRL «Torrejón de Ardoz	50
CRL «Villaverde»	50
CRL «Fuenlabrada»	50
CRL AMostoles »	50
CRL «Vallecas Villa	50
CRL «Collado Villalba»	50
CRL «Alcorcón»	40
CRL «Fuencarral»	50
CRL «Usera »	50
CRL «San Blas »	50
CRL «Latina »	50
17 RESIDENCIAS (R)	445 plazas total
RESIDENCIA «Retiro»	30
RESIDENCIA «Carabanchel»	24
RESIDENCIA «Aravaca»	30
RESIDENCIA «Alcala de Henares»	20
RESIDENCIA «Navalcarnero»	20
RESIDENCIA «Alpedrete»	15
RESIDENCIA «Cobeña»	25
RESIDENCIA «Getafe»	26
RESIDENCIA «Alcobendas»	26
RESIDENCIA «Hortaleza»	30
RESIDENCIA «Arturo Soria/San Miguel»	30
RESIDENCIA «Moralzarzal»	20
RESIDENCIA «Afap/Pedrezuela»	30
RESIDENCIA «Arturo Soria/San Juan B.»	27
RESIDENCIA «Parla»	32
RESIDENCIA «Sevilla la Nueva»	30
RESIDENCIA «S Seb de los Reyes/ Medinamar»	30
38 EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC) (30 PL C/U)	1.140 plazas total
Hay como mínimo un EASC en cada uno SSM de cada uno de los Distritos de Salud Mental.	Cada EASC tiene 30 pl.

N1 TIPO DE CENTRO O RECURSO	N1 PLAZAS
53 PISOS SUPERVISADOS (PS) Pisos supervisados ubicados en distintas zonas y que están vinculados a las diferentes RESIDENCIA.	212 plazas total
Plazas en PENSIONES Supervisadas — 11 Plazas zona centro vinculadas a la RESIDENCIA Aravaca. — 11 Plazas zona centro vinculadas a la RESIDENCIA Carabanchel.	22 plazas total
SERVICIO DE APOYO A LA REINSERCIÓN SOCIAL DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS SIN HOGAR (PRISEMI) — 1 SubEquipo de Rehabilitación y Apoyo comunitario en el Centro de Acogida San Isidro. — 1 SubEquipo de Apoyo social y de acompañamiento en Itinerarios de Reinserción social en la calle (coordinado con el Equipo sanitario de atención psiquiátrica de calle). — 5 pisos supervisados (20 plazas)	80 plazas en total
CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL PARA APOYO A LA REINSERCIÓN DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS SIN HOGAR: — Centro de Día de 30 plazas «Santa Hortensia» — Residencia con 11 plazas «Santa Hortensia»	41 plazas en total (30 plazas de Centro de Día y 11 plazas de Residencia)
TOTAL PLAZAS RED PÚBLICA DE CENTROS Y RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.	5.350 plazas (Febrero 2010)

**RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
CONSEJERIA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES**

Cuadro Resumen de los Recursos existentes

TIPO DE CENTRO O RECURSO	N1 PLAZAS
23 CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL(CRPS)	1.650 plazas en total
27 CENTROS DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (CD)	870 plazas en total
18 CENTROS DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL)	890 plazas en total
17 RESIDENCIAS (Resd)	445 plazas total
38 EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC) (30 PL C/U)	1.140 plazas total
53 PISOS SUPERVISADOS (PS)	212 plazas total
Plazas en PENSIONES Supervisadas	22 plazas total
SERVICIO DE APOYO A LA REINSERCIÓN SOCIAL DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS SIN HOGAR (<i>PRISEM</i>) (Incluye equipos de atención psicosocial y apoyo reinserción social y 5 Pisos supervisados con 20 pl)	80 plazas en total
CENTRO DE ATENCIÓN SOCIAL PARA APOYO A LA REINSERCIÓN DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS SIN HOGAR (Residencia y Centro de Día «Santa Hortensia»)	41 plazas en total (30 plazas de Centro de Día y 11 plazas de Residencia)
TOTAL PLAZAS RED PÚBLICA DE CENTROS Y RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.	5.350 plazas Enero 2010

**RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL
GRAVE Y DURADERA. CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES**
Cuadro sintético sobre tipología de centros:

**Características y perfiles de centros y recursos de atención diurna:
CRPS, CRL, Centros de DÍA y EASC**

TIPO DE CENTROS Y RECURSOS	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PERFIL USUARIOS ATENDIDOS	PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO
CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS) Los CRPS tienen una capacidad de entre 60 y 90 pl. 23 CRPS (1.650 PLAZAS) Ratio media actual: 42 plazas de CRPS x 100.000 hb	El objetivo de los CRPS es ayudar a las personas con enfermedad mental grave y crónica a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su integración en la comunidad así como apoyar a sus familias. Ofrecen programas individualizados de apoyo a la rehabilitación psicosocial y promoción de la integración social, desarrollando intervenciones individuales y grupales en las siguientes áreas: autocuidado y actividades de la vida diaria, psicomotricidad, habilidades sociales, autocontrol, psicoeducación y manejo de la enfermedad, integración comunitaria y apoyo a la integración social. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.	En todos los casos: Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia. La derivación y acceso a los centros de atención social del Plan es desde los Servicios de Salud Mental que son los responsables del tratamiento y seguimiento de los usuarios y el único canal de derivación y acceso Los CRPS se dirigen específicamente a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc) que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada y necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.	Director (psicólogo), 2/3 psicólogos, 1 Trabaj Social, 1 Terapeuta Ocup., 3/ 4 Educadores, 1 Aux Admitivo, ½ aux limpieza.

TIPO DE CENTROS Y RECURSOS	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PERFIL USUARIOS ATENDIDOS	PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO
CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (CD). Los CD tiene una capacidad de 30 pl 28 Centros de Día (900 PLAZAS) Ratio media actual: 22 plazas de CD x 100.000 hb. <i>(Hay un CD de 30 pl específico para EMC sin Hogar,</i> CD «Sta Hortensia»)	Ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social, para ayudar a las personas con enfermedad mental grave y crónica con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles. Ofrecen para ello actividades de mantenimiento de la autonomía personal, actividades de socialización, actividades de ocio y actividades socioculturales de soporte social como las siguientes: manualidades, pintura, juegos de mesa, tertulias, elaboración de periódico, taller de lectura y escritura, taller de creatividad, expresión corporal, gimnasia, y cuantas otras actividades sociales, ocupacionales o culturales puedan resultar relevantes.	En todos los casos: Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia. <i>La derivación y acceso a los centros de atención social del Plan es desde los Servicios de Salud Mental que son los responsables del tratamiento y seguimiento de los usuarios y el único canal de derivación y acceso</i> Los CD se dirigen específicamente a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc.) que presentan mayores dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación y necesitan un apoyo específico y una estructuración de su vida cotidiana para alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.	Director (psicólogo), 1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Educadores, 1 Aux Admitivo, ½ aux limpieza.

TIPO DE CENTROS Y RECURSOS	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PERFIL USUARIOS ATENDIDOS	PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO
CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL). Los CRL tiene una capacidad de 50 pl 18 CRL (890 PLAZAS) Ratio media actual: 22 plazas de CRL x 100.000 hb	El objetivo de los CRL es ayudar a aquellos enfermos mentales que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo. Se ofrecen un abanico variado de actividades y programas tanto individuales como grupales: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, ajuste socio-laboral, talleres pre-laborales, apoyo a la formación laboral, búsqueda activa de empleo, apoyo y seguimiento de la inserción laboral.	En todos los casos: Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia. <i>La derivación y acceso a los centros de atención social del Plan es desde los Servicios de Salud Mental que son los responsables del tratamiento y seguimiento de los usuarios y el único canal de derivación y acceso</i> Los CRL se dirigen específicamente A las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc.) que teniendo un mínimo nivel de autonomía personal y social, necesitan un apoyo específico y estructurado que les prepare y apoye para su inserción laboral.	Director (psicólogo), 1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Técnico de Apoyo a la Integración Laboral, 1 Preparador Laboral, 3 Maestros de Taller, 1 Aux Admitivo, ½ aux limpieza.

TIPO DE CENTROS Y RECURSOS	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PERFIL USUARIOS ATENDIDOS	PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO
EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC) Cada EASC tiene una capacidad de en torno a 30 usuarios. 38 EASC CON UN TOTAL DE 1.140 PLAZAS. Ratio media actual: 29 plazas de EASC x 100.000 hb	Ofrecen atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental crónica con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario. Cada EASC cuenta con un trabajador social, un psicólogo y dos educadores	En todos los casos: Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia. <i>La derivación y acceso a los centros de atención social del Plan es desde los Servicios de Salud Mental que son los responsables del tratamiento y seguimiento de los usuarios y el único canal de derivación y acceso</i> Los EASC se dirigen las personas con enfermedades mentales graves y crónicas con dificultades de integración en recursos socio-comunitarios e importantes necesidades de soporte social y familiar; que necesitan una atención flexible y cercana en su propio domicilio a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación y sobre todo ayudarles en la medida de lo posible a mantenerse en adecuadas condiciones en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social.	Cada EASC esta formado por 1 psicólogo, 1 Trabajador Social y 2 Educadores.

TIPO DE CENTROS Y RECURSOS	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PERFIL USUARIOS ATENDIDOS	PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO
PROYECTO DE REH. E INS SOCIAL DE EMC SIN HOGAR (PRISEMI) 80 plazas en total (60 plazas de atención psicosocial y apoyo en Centro de Acogida S.Isidro y en Calle y 5 pisos con 20 plazas)	Es un proyecto específico de intervención psicosocial y apoyo a la reinserción de personas con enfermedad mental en situación de marginación sin hogar. Por una parte se dirige a los enfermos mentales atendidos en el Centro de Acogida Municipal San Isidro ofreciendo programas individualizados de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario. Asimismo cuenta con 5 pisos supervisados para facilitar su reinserción social. También ofrece apoyo social, acompañamiento y procesos de reinserción con aquellos enfermos mentales sin hogar que se encuentran en las calles o en recursos básicos de la red de atención a personas sin hogar, trabajando para ello en estrecha coordinación y complementariedad con el equipo sanitario de atención psiquiátrica de calle dependiente de Salud Mental y con la red de recursos de atención a personas Sin hogar del Ayuntamiento de Madrid y de otras entidades sociales.	En todos los casos: Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia. <i>La derivación y acceso a los centros de atención social del Plan es desde los Servicios de Salud Mental que son los responsables del tratamiento y seguimiento de los usuarios y el único canal de derivación y acceso</i> Este Proyecto PRISEMI se dirige específicamente a aquellas personas con problemas de enfermedad mental severa en situación de exclusión y marginación sin hogar para mejorar su atención social y promover su progresiva reinserción social	Se cuenta con un equipo multiprofesional específico formado por un Coordinador, 3 Psicólogos, 1 Trabajador social, 14 Educadores, 1 Aux Admtivo y ½ Aux de limpieza que trabajan de un modo flexible y coordinado en el desarrollo de las diferentes acciones que componen el Servicio y las áreas de actuación de este Proyecto.

RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA. CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Cuadro sintético sobre tipología de centros

**Características y perfiles de los centros residenciales:
residencias, pisos supervisados y plazas en pensiones**

TIPO DE CENTROS	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PERFIL USUARIOS ATENDIDOS En todos los casos: Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia.	PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO
RESIDENCIAS (Resd) Las Resid. tiene una capacidad de entre 20 y 30 pl 18 Residencias (456 PLAZAS) Ratio media actual: 11,4 plazas de MR x 100.000 hb (Hay una Resd «Sta Hortensia» de 11 pl específica para EMC sin Hogar)	Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades. Ofrecen. — Alojamiento y manutención. — Atención psicosocial y apoyo personal para la mejora de la autonomía y para apoyar su integración. — Supervisión las 24 horas del día.	A las personas con enfermedades mentales graves y crónicas que necesitan un apoyo residencial específico de mayor o menor duración, y con supervisión de 24 h., de mayor o menor duración, debido a: — Ausencia o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado. — Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte	Director (psicólogo), 1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 13/15 Educadores, 1 Aux Admitivo. Personal de Cocina y limpieza

TIPO DE CENTROS	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PERFIL USUARIOS ATENDIDOS En todos los casos: Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia.	PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO
PISOS SUPERVISADOS (PS) Los Pisos tienen una capacidad de 3 o 4 plazas por piso 58 PISOS SUP (232 PLAZAS) Ratio media actual: 5,4 pl de PS x 100.000 hb (Se incluyen los 5 Pisos (20 pl) específicos del Proyecto PRISEMI para Enf. Mentales Sin Hogar	Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos normales en los que residen 3 ó 4 enfermos mentales recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten. Los pisos supervisados funcionan vinculados y en coordinación con las Residencias.	A las personas con enfermedades mentales graves y crónicas que tienen un nivel mínimo de autonomía personal y social pero necesitan una apoyo residencial debido a: Ausencia de apoyo familiar o Problemas de autonomía que les impidan o dificulten para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte. No requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias	Los pisos supervisados funcionan vinculados a las MR. Al menos hay un Educador de apoyo para la supervisión de cada piso. Estos Educadores para pisos se añaden y son complementarios a las plantillas de la MR.
PLAZAS en PENSIONES SUPERVISADAS 22 PLAZAS EN PENSIONES Ratio media actual: 0,5 plazas de PENS x 100.000 hb	A través del pago de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de enfermos mentales con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos intentado evitar procesos de marginación.	A las personas con enfermedades mentales graves y crónicas que tienen un buen nivel de autonomía personal y social pero necesitan un apoyo del debido a: — Son fundamentalmente personas solas con escasos recursos económicos y estilos de vida bastante independientes. — Están situación de riesgo de marginación. — No requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, ni necesitan o se adecuan a la convivencia en Pisos supervisados.	Las plazas en pensiones son una alternativa de alojamiento organizada mediante el pago de una habitación y servicios básicos en Pensiones de Huespedes. Se supervisan los usuarios desde la MR a las que están vinculadas con apoyo desde los SSM.
Total RED ENERO 2010: 5.350 plazas			



PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2010-2014

Participantes en la elaboración del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014

Dr. Antonio Burgueño Carbonell. Director General de Hospitales. Consejería de Sanidad.

299

COMITÉ TÉCNICO

- Dr. Guillermo Petersen Guitarte. Director del Proyecto Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014.
- Dr. José María López Jiménez. Jefe de Servicio de Planificación y Recursos. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- Dr. Carlos Mur de Viu. Médico Psiquiatra. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- Dra. Consuelo Morant Ginestar. Médico Especialista en Medicina Preventiva y Epidemiología. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

COMITÉ ASESOR

- Prof. Juan José López-Ibor Aliño. Catedrático de Psiquiatría. Hospital Clínico de San Carlos.
- Prof. Jerónimo Saiz Ruiz. Catedrático de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal.
- Prof. Tomás Palomo Alvarez. Catedrático de Psiquiatría. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Prof. Enrique Baca Baldomero. Catedrático de Psiquiatría. Hospital Universitario Puerta de Hierro - Majadahonda.
- Prof. Tomás Ortiz Alonso. Catedrático de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.
- Dra. Rosa de Andrés de Colsa. Subdirectora General de Hospitales. Dirección General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud.
- Dr. Santiago Sevilla Alonso. Sudirector de Organización y Procesos en Atención Primaria. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.
- D^a M^a Jesús Sanz Andrés. Subdirectora de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

- D. Abelardo Rodríguez González. Coordinador de la Red Pública de Atención Social a personas con Trastorno Mental Grave y Duradero. Consejería de Familia y Asuntos Sociales.
- Dra. M^a Dolores Crespo Hervás. Directora de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- D. Víctor Contreras García y D^a Ana Gumiel Cereza. Presidentes de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM).
- D. Antonio González Catena. Presidente de la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA).
- Dr. Francisco Ferre Navarrete. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Director del Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Comunidad de Madrid.
- Dr. Mariano Hernández Monsalve. Coordinador del Servicio de Salud Mental del Distrito de Tetuán.
- Prof. José Luis González de Rivera Revuelta. Catedrático de Psiquiatría, en representación del Colegio Oficial de Médicos de Madrid.
- D. Vicente Prieto Cabras, en representación del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- D^a Sara Gasco González, en representación del Colegio de Diplomados en Enfermería de Madrid.
- D. Daniel Gil Martorell, en representación del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Madrid.
- Dr. Celso Arango López, Director Científico de CIBERSAM.
- Dr. Luis Caballero Martínez, representante de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).
- Prof. Alfredo Calcedo Barba y Dra. Pilar Rojano Capilla, representantes de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal (SEPL).
- Dr. José Luis Carrasco Perera, representante de la Sociedad Española de Estudio de los Trastornos de la Personalidad (SEETP).
- Dr. Rafael Casquero Ruiz, representante de la Sociedad Española Médica de Atención Primaria (SEMERGEN).
- Dr. Alfonso Chinchilla Moreno, representante de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Madrid (SPCAM).

- D. Raúl Lozano Alonso, representante de la Asociación Madrileña de Enfermería en Salud Mental (AMESMEN).
- D^a. Begoña Olabarria González, representante de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCCP).
- Dra. Aranzazu Ortiz Villalobos, representante de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA).
- Dr. Nestor Szerman Balotner, representante de la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).

GRUPOS DE TRABAJO

1. Bases conceptuales

- COORDINADOR: Dr. José Jaime Melendo Granados. Médico psiquiatra. Coordinador asistencial. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- D. Víctor Contreras García. Presidente de la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM).
- D. Jesús Fernandez Rozas. Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental del Distrito de Carabanchel.
- Dr. Alberto Fernández Liria. Psiquiatra Jefe de Programas Asistenciales Coordinador de Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.
- Dr. Javier Guindeo Mendicutti. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Retiro.
- Dr. Miguel Angel Jiménez Arriero. Jefe de Sección Hospital Universitario 12 de Octubre. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Arganzuela.
- D. Miguel Donas Hernández. Trabajador Social. Centro de Salud Mental del Distrito de Leganés.
- Prof. María Inés López-Ibor. Departamento Psiquiatría Universidad Complutense de Madrid.
- D^a. Ángela Magallanes García. Presidenta del Colectivo Orate (Asociación Usuarios Salud Mental Madrid).
- D. Pedro Martínez Núñez. Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM).

- D. Esteban del Pozo García. Jefe de Unidad de Enfermería. Hospital Dr. R. Lafora.
- Dra. Blanca Reneses Prieto. Directora Adjunta del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos.

2. Infraestructuras y recursos humanos

- COORDINADOR: Dr. José María López Jiménez. Jefe de Servicio de Planificación y Recursos. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- D. José Luis Martín Cantera. Economista. Unidad de Gestión. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- D. Ramón Gil Santamaría. Jefe de Sección de Recursos Humanos. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- D. Francisco Herraiz Orz. Técnico Informático. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- D. Rubén Miguel Sanz. Técnico Informático. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- Dr. Francisco Montilla García. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Getafe.
- D. José Martínez Gómez. Jefe de Servicio Informática SUMMA 112.

3. Servicios de salud mental y hospitales de día

- COORDINADORA: Dra. Cristina Anchústegui Melgarejo. Jefa del Servicio de Salud Mental del Distrito de Barajas.
- Dr. Diego Figuera Álvarez. Coordinador del Hospital de Día de Adultos del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Del Hospital Clínico de San Carlos.
- Dr. Antonio Muñoz de Morales. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Usera.
- Dr. Carlos Mur de Viu. Médico psiquiatra. Fundación Jiménez Díaz.
- D^a Pilar Nieto Degregori. Médico psiquiatra. Centro de Salud Mental del Distrito de Tetuán.
- Dra. Purificación Peñasco Iglesias. Médico de Atención Primaria.

- Dr. Manuel Pereira Fernández. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Latina.
- Dra. Mercedes Ricote Belinchón. Médico de Atención Primaria.
- D. Pedro Rodríguez Sanchez. Psicólogo Clínico. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Ciudad Lineal.
- D^a Violeta Suarez Blazquez. Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental del Distrito de Majadahonda.
- D. Antonio Villalba Borruel. Enfermero. Centro de Salud Mental del Distrito de Navacarnero.
- Dra. M^a Luisa Zamarro Arranz. Jefa del Servicio de Salud Mental del Distrito de Alcobendas.

4. Hospitales generales

- COORDINADOR: Dr. Manuel González de Chávez Menéndez. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Dra. Cristina del Álamo Jiménez. Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Infanta Cristina.
- Dra. M. Fe Bravo Ortiz. Jefa del Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario La Paz.
- D^a Mercedes Hernandez Alvarez. Supervisora de Enfermería de la Unidad de Psiquiatría. Hospital Clínico San Carlos.
- Dr. Mariano de Iceta Ibañez de Gauna. Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Infanta Sofía.
- D^a Elena Redondo Vaquero. Supervisora de Enfermería de la Unidad de Psiquiatría. Hospital Príncipe de Asturias.
- Dr. Jose Luis Rodríguez Calvín. Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital de Fuenlabrada.
- Dr. Miguel Vega Piñeiro. Médico psiquiatra. Hospital Universitario Ramón y Cajal.

5. Hospitales psiquiátricos y unidades especiales de hospitalización psiquiátrica

- COORDINADOR: Dr. Carlos González Juárez. Médico psiquiatra. Director Médico del Instituto Psiquiátrico Jose Germain de Leganés.
- Dr. Lucas García Thuring. Médico psiquiatra. Complejo Asistencial Benito Menni (Ciempozuelos).
- D^a. Margarita Molano Cano. Trabajadora Social. Instituto Psiquiátrico y de Servicios de Salud Mental Jose Germain de Leganés.
- D^a Pilar Monje Alfaro. Directora de Enfermería. Hospital Dr. R. Lafora.
- Dra. Lourdes Moreno Cea. Directora Médico del Centro Asistencial Santa Teresa de Arévalo.
- Dr. Carlos Mur de Viu. Médico psiquiatra. Fundación Jiménez Díaz.
- Dr. Francisco del Olmo Romero-Nieva. Director Médico Clínica San Miguel.
- Dr. Félix Poyo Calvo. Coordinador Unidades de Adicciones. Hospital Dr.R. Lafora.
- Dr. Alvaro Rivera Villaverde. Director Gerente del Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos).

6. Atención en salud mental a niños y adolescentes

- COORDINADORA: Dra Inmaculada Palanca Maresca. Coordinadora Psiquiatría infantil. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- D^a. Miguela Arévalo García-Gasco. Trabajadora Social. Centro de Salud Mental del Distrito de Ciudad Lineal.
- Dr. Carlos Delgado Lacosta. Médico psiquiatra. Unidad de Adolescentes. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- D^a. Consuelo Escudero Álvarez. Psicóloga clínica. Centro de Salud Mental del Distrito de Getafe.
- Dr. José Carlos Espín Jaime. Médico psiquiatra. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Dra. Paloma Ortiz Soto. Médico psiquiatra. Centro de Salud Mental del Distrito de Retiro.

- Dr. Javier Quintero Gutiérrez del Álamo. Jefe de Sección de Psiquiatría. Hospital Infanta Leonor.
- D. Fernando Ripoll Jarauta. Psicólogo Clínico. Coordinador del Hospital de Día Infanto Juvenil Alcalá de Henares.

7. Trastornos de personalidad graves

- COORDINADORA: Dra. Carolina Cabrera Ortega. Médico psiquiatra. Instituto Psiquiátrico Jose Germain de Leganés.
- Dr. Fernando Cañas de Paz. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital Dr. R. Lafora.
- D^a. Ana M^a Fernández Arrieta. Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Limite de la Personalidad (AMAI-TLP).
- D^a. Miriam Galián Muñoz. Psicóloga Clínica. Hospital de Día para Trastornos de la Personalidad. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico de San Carlos.
- Dra. Josefina Mas Hesse. Médico psiquiatra. Hospital de Día Alcalá de Henares.
- D^a. Pilar Pajares García. Supervisora de Enfermería. Unidad de Trastornos de la Personalidad. Hospital Dr. R. Lafora.
- Dr. Francisco Ricote Trigo. Médico psiquiatra. Unidad de Trastornos de la Personalidad. Hospital Dr. R. Lafora.
- Dr. Nestor Szerman Balotner. Médico psiquiatra. Centro de Salud Mental del Distrito de Moratalaz.

8. Trastornos de la conducta alimentaria

- COORDINADOR: D. Juan Pedro Sevillano Fernández. Psicólogo Clínico. Centro de Salud Mental del Distrito de Chamartín, responsable del programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Área 2.
- D^a. Blanca Amador Sastre. Psicóloga Clínica. Hospital General Universitario La Paz.
- D^a. Rosa Calvo Sargardoy. Psicóloga Clínica. Responsable de la Unidad de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria. Hospital Santa Cristina.

- Dra. Sonia Fernández Rojo. Médico psiquiatra. Hospital Infanta Leonor.
- Dra. Montserrat Graell Berna. Médico psiquiatra. Unidad de Psiquiatría. Hospital Infantil del Niño Jesús.
- D^a. Juana Martín Manchado. Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia (ADANER).
- Dr. Víctor Rivelles Sevilla. Médico psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Fuencarral.
- Dra. Nuria Tur Salamanca. Médico psiquiatra. Hospital Infanta Cristina.

9. Programa de continuidad de cuidados

- COORDINADORA: Dra. Mercedes Hellín del Campo. Médico psiquiatra. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Fuenlabrada.
- D^a. Mari Cruz Arrastia Tirapu. Terapeuta Ocupacional. Centro de Salud Mental de Coslada.
- Dr. Antonio Fernández Moral. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Centro.
- D^a. Elena González Peliquín. Trabajadora Social. Centro de Salud Mental de Fuenlabrada.
- D^a. Cristina Masini Fernández. Psicóloga Clínica. Hospital de Día de de Vallecas.
- D^a. Pilar Rojas Marcos. Enfermera. Centro de Salud Mental de Moncloa.
- D. Andrés Torras García. Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM).

10. Uso racional de psicofármacos

- COORDINADOR: Dr. Eduardo García-Camba de la Muela. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de La Princesa.
- Dra. Marina Díaz Marsá. Médico psiquiatra. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San Carlos.
- D^a. Elena Lobato Matilla. Farmacéutica Hospitalaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Dr. José Manuel Montes Rodríguez. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital del Sureste.

- D^a.Teresa Requena Caturla. Farmacéutica Hospitalaria. Servicio Madrileño de Salud.
- D^a.M^a Jesús Vico Barranco. Farmacéutica Hospitalaria. Hospital Dr. R. Lafora.

11. Expertos en áreas de conocimiento monográficas

- Psicogeriatría: Prof. Luis F. Agüera Ortiz. Universidad Complutense de Madrid. Hospital Universitario 12 de Octubre. Unidad de Investigación Proyecto Alzheimer Fundación Reina Sofía.
- Investigación en Salud Mental y Trastornos del Espectro Autista: Dr. Celso Arango López. Director Científico del Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM), Jefe de Sección de la Unidad de Adolescentes. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Violencia de Género y Salud Mental: D^a. Begoña Arbulo Rufancos. Psicóloga Clínico. Programa ATIENDE. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Prevención del Suicidio: Prof. José Luis Ayuso Mateos. Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid. Hospital Universitario de la Princesa.
- Salud Mental e Inmigración: Dr. Eduardo A. Balbo Ambrosolio. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Leganés.
- Psiquiatría Legal: Prof. Alfredo Calcedo Barba. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Intervención de Salud Mental en Catástrofes: D. Francisco Duque Colino. Psicólogo Clínico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Sordera y Salud Mental: Dr. Francisco Ferre Navarrete. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- Exclusión Social: D^a. Elia González Guitian. Trabajadora Social. Oficina Regional Coordinación Salud Mental.
- Psicoterapia: Prof. José Luís González de Rivera Revuelta. Catedrático de Psiquiatría. Universidad Autónoma de Madrid. Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz.
- Atención en Salud Mental al Personal Sanitario: Dr. Carlos Mingote Adán. Coordinador de Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo de la Comunidad de Madrid.

- Psiquiatría Legal: Dr. José Otero Pérez. Jefe del Servicio de Salud Mental del Distrito de Collado Villalba.
- Violencia de Género y Salud Mental: Dra. Cristina Polo Usaola. Jefa del Servicio de Salud Mental del Distrito de Hortaleza.
- Discapacidad Intelectual y Salud Mental: D^a María Esperanza Rivas Cuéllar. Psicóloga Clínica. SESM-DI.
- Psiquiatría de las Adicciones: Prof. Gabriel Rubio Valladolid. Universidad Complutense de Madrid. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Psiquiatría Forense: Dr. Juan Matías Santos García. Profesor Asociado de Psiquiatría. Universidad Complutense de Madrid.
- Exclusión Social: Dra. Maria Vázquez Souza. Médico psiquiatra responsable del Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales sin Hogar de Madrid.
- Calidad y Gestión de Servicios de Salud Mental: D. Carlos Villoria López. Director Gerente del Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés