

# **Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020**

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

*“No se pasa de lo posible a lo real,  
sino de lo imposible a lo verdadero”*

*María Zambrano*

## Índice

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>1. MARCO DE REFERENCIA</b> .....	10
1.1. Marco de referencia histórico y conceptual .....	10
1.2. Misión, Visión y Valores del Servicio Madrileño de Salud.....	14
1.3. Marco de referencia ético y normativo.....	14
<b>2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN</b> .....	17
2.1. Datos demográficos y epidemiológicos.....	17
2.2. Recursos actuales de atención a la Salud Mental .....	40
2.3. Actividad, evolución de la demanda y demora.....	50
2.4. Evaluación del Plan de Salud Mental 2010-2014 .....	62
2.5. Conclusiones y áreas de mejora.....	64
<b>3. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES</b> .....	66
<b>4. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN</b> .....	67
<b>5. ENFOQUE ESTRATÉGICO</b> .....	73
Línea estratégica 0: Desarrollo de la organización.....	74
Línea estratégica 1: Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave.....	88
Línea estratégica 2: Atención a la salud mental en niños y adolescentes.....	113
Línea estratégica 3: Atención a la salud mental en el ámbito de Atención Primaria.....	135
Línea estratégica 4: Atención a las personas con trastornos adictivos.....	145
Línea estratégica 5: Prevención del suicidio.....	153
Línea estratégica 6: Atención a las personas con trastornos del espectro autista.....	166
Línea estratégica 7: Atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.....	178
Línea estratégica 8: Atención a las personas con trastornos de la personalidad.....	194
Línea estratégica 9: Participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.....	207
Línea estratégica 10: Formación y cuidado de los profesionales.....	234
<b>6. IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN</b> .....	249
6.1. Implantación .....	250
6.2. Evaluación, seguimiento y aprendizaje .....	252
<b>7. PARTICIPANTES</b> .....	254
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	260
<b>9. GLOSARIO DE ABREVIATURAS</b> .....	271

## RESUMEN

En la Comunidad de Madrid las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población. Además, estas enfermedades tienen un peso especialmente alto en los jóvenes y adultos menores de 45 años y generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Se puede considerar, desde una perspectiva amplia, que los trastornos mentales y neurológicos son el mayor reto en atención sanitaria del siglo XXI en nuestro entorno.

En los últimos años, se ha producido un incremento de la población en la Comunidad de Madrid, acompañada de una demanda creciente de atención por problemas de salud mental, que se estima se mantendrá en el futuro, tanto en población de adultos como especialmente en la de niños adolescentes.

Además del incremento en número, se ha producido un incremento de la complejidad atendida por los Servicios de Salud Mental, con un aumento muy significativo de usuarios con trastorno mental grave (TMG) incluidos en programas de continuidad de cuidados de los Centros de Salud Mental.

La respuesta, hasta ahora, a esta demanda creciente y compleja por los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental ha resultado eficiente, en un contexto organizativo coincidente con una tendencia a la estabilización de los recursos humanos. No obstante, ello nos sitúa en un punto de inflexión en cuanto a la inversión y dotación de recursos que requiere imprescindiblemente un crecimiento neto, si se pretende proporcionar la atención adecuada, sin reducir la eficiencia del sistema y garantizar su equidad y sostenibilidad.

El Plan de Salud Mental 2018-2020 (PSM2018-2020) del Servicio Madrileño de Salud se propone afrontar los retos identificados bajo el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020, que tiene entre sus objetivos reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la Salud Mental, a través de la planificación de los recursos, colaboración entre las partes interesadas y fortalecimiento y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades y sus organizaciones.

Así mismo, se alinea con el Plan de Acción Europeo en Salud Mental de la Oficina Regional Europea de la OMS de 2013, centrado en la igualdad de oportunidades para conseguir el bienestar mental de las personas más vulnerables o en riesgo, la protección y promoción de los derechos humanos de los enfermos mentales, servicios de salud mental accesibles y asequibles dispuestos en la comunidad según las necesidades y derecho de las personas a un tratamiento seguro, efectivo y digno. En la misma línea, el PSM2018-2020 toma para sí la nueva forma de afrontar los problemas de salud mental de la Convención de Derechos de las personas con Discapacidad, según la cual los derechos de las personas con discapacidad no se limitan por su capacidad funcional, sino por las

barreras que impiden a estas personas ejercer sus derechos y también asumir sus responsabilidades, en igualdad de condiciones con todas las demás.

Bajo este marco y en el contexto descrito, el PSM2018-2020 se plantea como misión avanzar en el proceso de mejora continua reorientando la organización hacia un funcionamiento más proactivo, garantizar la accesibilidad y la intervención precoz, y proporcionar una atención integral y multidisciplinar, integrada y flexible, satisfactoria para el usuario y respetuosa con sus derechos. Y pretende conseguirlo a través de la generalización de actuaciones efectivas, seguras y basadas en evidencia, que permitan ofrecer el mejor tratamiento, rehabilitación y recuperación a los usuarios y lograr la excelencia en la atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid.

Entre los retos que se plantea afrontar el PSM2018-2020 se encuentran:

- Accesibilidad y mantenimiento de la atención de salud mental de las personas con TMG.
- Respuesta coordinada y eficiente a las personas con Trastorno Mental Común
- Dimensionamiento de los recursos humanos según necesidades identificadas en cada ámbito geográfico.
- Desarrollo completo de la ruta sociosanitaria en salud mental.
- Trato y comunicación de los profesionales con las personas con problemas mentales, respeto a sus derechos y manejo de situaciones difíciles.
- Participación activa de los usuarios, tanto a nivel de relación clínica como de organización.
- Atención coordinada y de calidad a las personas con trastornos adictivos.
- Extensión de procesos integrados de atención, buenas prácticas y homogeneización de procedimientos.
- Calidad asistencial y seguridad del paciente en salud mental.
- Sistemas de información con fines asistenciales y de gestión.

El Plan Estratégico se ha elaborado con un enfoque y metodología que persiguen involucrar al máximo de actores posibles, con el fin de generar compromisos que permitan la viabilidad y sostenibilidad de las acciones, así como el ajuste a las necesidades y prioridades del momento.

Los objetivos y las actuaciones que se plantean tienen el alcance propio del Servicio Madrileño de Salud, si bien la atención a la salud mental incluye la colaboración estratégica y coordinación imprescindible con la Consejería de Políticas Sociales y Familia y abarca otras áreas, como la educativa y de justicia y en un sentido más amplio, todos los aspectos socioeconómicos y culturales que influyen y determinan la vivencia y la problemática mental del individuo. En este sentido, se han establecido compromisos a los que se pueda responder desde este área de influencia, formulados con un enfoque abierto y de visión múltiple en los grupos de trabajo, y planteando actuaciones que promueven el trabajo conjunto con modelos flexibles basados en la coordinación y en la cooperación entre redes, al margen de la dependencia administrativa de las mismas.

Si bien los grupos de trabajo han estado constituidos por profesionales del sistema, es de destacar que las aportaciones provenientes de asociaciones y agrupaciones de usuarios y familiares han sido especialmente valoradas y vinculantes en la formulación del Plan. Se han incorporado actuaciones orientadas a potenciar la participación de los usuarios y familiares en la toma de decisiones a distintos niveles, en la formación de profesionales, en los grupos de ayuda mutua y en el seguimiento y evaluación del plan a través del Observatorio de Salud Mental. Con este plan, la organización, se posiciona y se compromete con la participación activa de los usuarios y familiares, con la idea de caminar juntos en la mejora de su atención, asumiendo retos y responsabilidades compartidas.

El PSM2018-2020 del Servicio Madrileño de Salud plantea 11 líneas estratégicas con 81 objetivos específicos para cuya consecución se proponen actuaciones, evaluables a través de indicadores específicos, recogidos en la formulación del plan. El plan incluye los instrumentos para su seguimiento y evaluación y contempla prioridades temporales, que dan premura a las actuaciones estructurales que posibilitarán acciones futuras.

El plan presenta un enfoque estratégico a través de las líneas siguientes:

- Línea estratégica 0: Desarrollo de la organización
- Línea estratégica 1: Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave
- Línea estratégica 2: Atención a la salud mental en niños y adolescentes
- Línea estratégica 3: Atención a la salud mental en el ámbito de Atención Primaria
- Línea estratégica 4: Atención a las personas con trastornos adictivos
- Línea estratégica 5: Prevención del suicidio
- Línea estratégica 6: Atención a las personas con trastornos del espectro autista
- Línea estratégica 7: Atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria
- Línea estratégica 8: Atención a las personas con trastornos de la personalidad
- Línea estratégica 9: Participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental
- Línea estratégica 10: Formación y cuidado de los profesionales

La primera línea de desarrollo de la organización (denominada línea 0) pretende dar soporte, cohesión y plasticidad a los cambios internos propuestos, especialmente de coordinación y colaboración entre redes y dispositivos a diferentes niveles y áreas, con actuaciones que refuerzan la capacidad de planificación, seguimiento y evaluación a nivel central desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM). Se pretende mejorar la atención a los usuarios a través de la coordinación interna entre los múltiples dispositivos de atención en salud mental y con otros dispositivos de la Red de atención social y Red de adicciones en las diferentes áreas clínicas de gestión, así como por otras entidades vinculadas a la salud mental, como educación y justicia. Así mismo, se plantea la definición de indicadores clave de Salud Mental, como instrumento de mejora, comparabilidad y cohesión de la organización.

Las líneas 1 y 2 son las dos líneas preeminentes del plan, en cuanto a que albergan acciones que afectan a todos los usuarios con trastorno mental grave (TMG) así como a todos los niños y adolescentes, indistintamente del tipo de trastorno, que pueden requerir una atención multiprofesional y multidispositivo en Salud Mental a lo largo de su trayectoria clínica hacia la mayor recuperación y reintegración social.

La línea 1 trata de mejorar la atención comunitaria de las personas con TMG y dar una orientación proactiva de la atención hacia estas personas, con el refuerzo de los Centros de Salud Mental (CSM) y acciones que impulsan el tratamiento asertivo comunitario, con atención domiciliar por enfermería de Salud Mental, programas de intervención temprana en jóvenes con TMG y potenciación de los programas de continuidad de cuidados (PCC). Contempla también la ampliación de plazas de Hospital de Día para adultos y de camas de tratamiento y rehabilitación y de cuidados prolongados. Así mismo incluye acciones específicas para personas con TMG y especial vulnerabilidad, con problemas de abuso de sustancias, situación de exclusión social y marginación sin hogar y en riesgo de entrada o en contacto con el circuito judicial.

La línea 2, de atención a niños y adolescentes contempla una ampliación significativa de los recursos personales y estructurales destinados a su cuidado, tanto a nivel hospitalario, con la ampliación de plazas de hospital de día y de hospitalización breve, y a nivel ambulatorio, con el refuerzo significativo de los equipos de los CSM para potenciar los PCC y el tratamiento ambulatorio intensivo. Así mismo, plantea actuaciones dirigidas a mejorar la atención perinatal, el proceso de transición de los Servicios de Salud Mental de niños y adolescentes a los de adultos y actuaciones de coordinación con otros recursos sanitarios e institucionales implicados en la atención a la infancia.

La línea 3 y la línea 4, de salud mental en Atención Primaria y de atención a los Trastornos Adictivos, incorporan actuaciones orientadas especialmente a la coordinación entre dos redes de atención diferentes en el momento actual a la Red de Salud Mental, que sin embargo, comparten la atención a los mismos pacientes y con los que la colaboración resulta imprescindible para lograr la sinergia de las redes en favor del paciente, frente a la disonancia entre las mismas. En este sentido se incluyen acciones para la detección precoz e intervención temprana, la implantación de procesos asistenciales integrados y acciones específicas de colaboración con las Asociaciones de Autoayuda y Rehabilitación de personas dependientes de alcohol y otras adicciones. En el caso de la Atención Primaria, trata a su vez de mejorar el diagnóstico precoz y tratamiento de la enfermedad física en las personas con TMG y de adecuar la demanda y promover las buenas prácticas en la atención al Trastorno Mental Común en colaboración con Salud Mental.

La línea 5 de prevención del suicidio pretende reducir el riesgo de suicidio a través de la prevención primaria (reducir primeros intentos) y secundaria (reducir intentos sucesivos), así como mejorar la atención a familias y allegados y potenciar la coordinación, el trabajo en red, la formación y la investigación en prevención de suicidio. Conlleva actuaciones esencialmente

organizativas y funcionales ya pilotadas localmente y que se pretenden extender a la Comunidad, junto a la atención telefónica 24 horas y campañas de sensibilización.

Las líneas 6, 7 y 8 afectan a la atención a personas con trastornos específicos: trastorno del espectro autista (TEA), trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y trastornos de la personalidad (TP). Albergan actuaciones orientadas a la mejora organizativa y de coordinación, en la atención a tres procesos asistenciales según su estado de maduración dentro de la organización, con actuaciones estructurales en aquellos con menor desarrollo y mayor recorrido de mejora. En la atención a personas con TEA destacan acciones de diagnóstico temprano, intervenciones psicoterapéuticas, diagnóstico complejo, y mejora de la enfermedad física. En la atención de personas con TCA se subraya la implantación del proceso de atención integrado, programas de transición de niños y adolescentes a adultos y de coordinación y adaptación de programas entre dispositivos específicos de TCA y otros recursos de Salud Mental. En el caso de la atención a las personas con TP se plantea la extensión en todas las áreas del proceso asistencial TP y la homogeneización y especialización del tratamiento ambulatorio a través de equipos especiales, de planes individuales y de programas de continuidad de cuidados para los pacientes más graves.

La línea 9 incluye las acciones con las que se pretende avanzar en el propósito de fortalecer al usuario dentro del sistema sanitario (no ya como centro, sino como parte) y promover su participación, partiendo del respeto a los derechos humanos y con la adaptación del sistema a sus necesidades reales (humanización). Así mismo, propugna acciones para mejorar su integración social a través de la lucha contra el estigma y la discriminación, y la atención especialmente cuidadosa con las personas vulnerables. Entre otros objetivos se pretende avanzar hacia modelos de unidades abiertas de hospitalización y hospitalización a domicilio, valorar fórmulas para la realización de acuerdos terapéuticos anticipados que faciliten la toma de decisiones y actuaciones en situación de crisis. También se incluyen acciones de participación directa de pacientes como las de apoyo mutuo entre personas que han sufrido problemas de salud mental utilizando su experiencia en situaciones similares (capacitación, grupos de iguales...) o las acciones formativas dirigidas a profesionales lideradas por pacientes expertos.

Finalmente la línea 10 reconoce la importancia de los profesionales y equipos de trabajo y de su formación como elemento esencial de la organización, que debe cuidarse para avanzar hacia el objetivo de proporcionar la mejor atención posible a las personas con problemas mentales. Incluye actuaciones formativas alineadas con las restantes líneas estratégicas de diagnóstico y detección precoz, tratamiento asertivo comunitario,...Así como de trato y comunicación con pacientes, respeto a sus derechos y mejora de la calidad de los servicios con conocimientos sobre gestión, liderazgo, seguridad del paciente y calidad percibida. Por otra parte, se incluyen acciones para promover el cuidado de los profesionales y las medidas saludables en los equipos de trabajo y para la detección precoz y atención adecuada a los profesionales en el caso de presentar trastornos mentales y a los problemas en los equipos de trabajo.



La propuesta del PSM2018-2020 del Servicio Madrileño de Salud, representa una buena oportunidad para aproximarnos a alcanzar los niveles de atención que necesitan los ciudadanos en un aspecto tan significativo para su salud.

Implica un proceso de cambios significativos y complejos, sujetos a numerosos factores críticos, que involucra a todos los agentes del sistema, entre ellos, el compromiso y la capacidad de liderazgo para el desarrollo de la organización, el reforzamiento de la cultura de colaboración y coordinación interdepartamental, la formación, participación y satisfacción de los profesionales, la participación activa de los usuarios, la colaboración de la Atención Primaria, de la Red de Adicciones y de la Red de atención social y un sistema de información que facilite la evaluación de los servicios.

El desarrollo del presente plan es inherente a una financiación adicional finalista, explicitada en la memoria económica que lo acompaña, por una serie de razones como refuerzo de recursos humanos, creación de dispositivos, infraestructuras y formación que han sido considerados de mínimos para atender adecuadamente la necesidad actual, si bien una parte significativa de sus objetivos se acometen con acciones de reorganización funcional. La financiación propuesta supone un salto significativo respecto al plan anterior, y aunque no alcanza algunos de los estándares europeos, resulta razonable para la consecución de los objetivos y para la sostenibilidad del sistema. Se puede decir que la inversión en salud mental es prioritaria en este momento tanto por una cuestión de justicia distributiva y equidad, dada la especial incidencia que sufren las personas con problemas de salud mental de la ley de los cuidados inversos, como por una cuestión de eficiencia.

Por último, el PSM2018-2020 del Servicio Madrileño de Salud pretende servir para sentar un acuerdo entre los diversos agentes implicados en la mejora de la atención a la salud mental de los ciudadanos madrileños y avanzar en el logro de prestar la mejor atención posible a las personas con trastorno mental de la Comunidad de Madrid.

## 1. MARCO DE REFERENCIA

### 1.1. Marco de referencia histórico y conceptual

A lo largo de los últimos 30 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. Dicho modelo comunitario de atención a la salud mental presenta unos elementos básicos como son la rehabilitación y la recuperación personal de los pacientes que padecen una enfermedad mental grave. Entre sus principios fundamentales se encuentra 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, y la humanización de la asistencia sanitaria a las personas con enfermedad mental.

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 intervención temprana y una atención especializada con una continuidad de cuidados a largo plazo.

Las personas con Trastorno Mental Grave crónico y complejo presentan diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales. Muchas de las personas adultas 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 atención a la salud mental y el sistema de servicios sociales.

En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Políticas Sociales y Familia viene promoviendo e impulsando, en estrecha colaboración y complementariedad con la Consejería de Sanidad y su red sanitaria de salud mental, la red de atención social al colectivo de personas con Trastorno Mental Grave (TMG).

El Plan de Salud Mental 2003-2008 significó el afianzamiento del modelo comunitario de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid. El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 ha supuesto la consolidación del Plan de Salud Mental anterior, de modo que la red de atención a la Salud Mental está integrada dentro del conjunto de las prestaciones especializadas del Servicio Madrileño de Salud e integrada en la red sanitaria general, de acuerdo con su organización territorial, en la que a cada Hospital le está asignada una población de referencia. Desde 2010, todos los Servicios de Salud Mental comunitarios, que constituyen el eje sobre el que

pivota la atención a la Salud Mental, están asignados a sus respectivos Hospitales incluyendo esta especialidad en la cartera de servicios junto con el resto de especialidades como una especialidad más, evitando así el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales, estando incorporados a la libre elección de especialista como el resto de especialidades. En el ámbito de la atención a las personas con Trastorno Mental Grave es especialmente necesario conciliar el derecho a la libre elección de especialista con la necesidad de trabajar de modo cercano al domicilio de los pacientes facilitando su accesibilidad a los recursos sociosanitarios territorializados para lograr su rehabilitación, adherencia al tratamiento e integración social, a través de una sectorización conceptualizada de modo flexible.

El modelo asistencial que hace suyo el Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020, incluye los principios del modelo comunitario de atención formulados en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud:

- **Respeto a los Derechos Humanos y a la Dignidad de las personas.**
- En consonancia con la **Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, el modelo afirma el respeto a la dignidad inherente a la persona, la autonomía individual (incluida la libertad para tomar las propias decisiones), la independencia de cada ser humano, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como manifestación de la diversidad y la condición humana.
- **Autonomía.** Capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas y proveer los recursos y apoyos necesarios cuando se requiera.
- **Continuidad.** Capacidad de la red asistencial interdisciplinar para proporcionar tratamiento, rehabilitación psicosocial, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal).
- **Accesibilidad.** Capacidad de un servicio para prestar asistencia a la persona con un problema de salud mental y a sus familiares, cuando y donde la necesiten.
- **Comprensividad.** Implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada área de influencia del hospital general y reconocimiento y la realización del derecho a recibir asistencia en todo el abanico de necesidades causadas por el trastorno mental.
- **Equidad.** Distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales.
- **Recuperación personal.** Incluye la recuperación de la salud en sentido estricto y de la conciencia de autonomía personal y de ciudadanía a pesar de los efectos causados por el trastorno mental. La recuperación, por tanto, implica desarrollar un nuevo sentido y

propósito en la vida. Una persona puede recuperar su vida (recuperación social) sin que, necesariamente, se haya recuperado de su enfermedad (recuperación clínica).

- **Participación.** Las personas con problemas mentales, en primer lugar, así como sus cuidadores y familiares, y los profesionales implicados, deben participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las iniciativas desarrolladas en el marco de la salud mental.
- **Responsabilización.** Reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a pacientes, familiares, profesionales y la comunidad.
- **Calidad.** Podemos entender la calidad, en el entorno de la Salud Mental, como el conjunto de características de una organización, por medio de las cuales se satisface las necesidades y expectativas de las personas con problemas de salud mental, sus familias, los profesionales, las instituciones implicadas y toda la sociedad en general. Por otra parte, según el informe de Mejora de Calidad de la Salud Mental (OMS, 2003), “los objetivos últimos de la mejora de la calidad son el respeto por los derechos de las personas con trastornos mentales, asegurar que se les proporciona los mejores cuidados disponibles basados en la evidencia, aumentar su autoconfianza y mejorar su calidad de vida”.

Así mismo mantiene y amplía la formulación de dichos principios aplicada en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014:

- **El paciente es el centro del sistema**
- **La participación de los pacientes y de sus familiares.** La promoción de la participación de los pacientes y sus familiares en las estructuras de gobernanza organizativa tanto estratégica como táctica, tales como el Observatorio de Salud Mental, que para su seguimiento y evaluación tiene previsto el presente Plan.
- **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.
- **La humanización de la asistencia sanitaria** a las personas con enfermedad mental.
- **La reorientación proactiva de la atención hacia la mejora de la Detección y Tratamiento Precoz en Psicosis y la intensificación de la Atención domiciliaria.**
- **La prevención del suicidio,** considerada como una actuación prioritaria.
- **La atención integral al paciente,** de acuerdo con el **modelo biopsicosocial** de la enfermedad mental.
- **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.
- **El derecho a la libre elección de médico especialista y de centro,** de acuerdo con la regulación correspondiente.
- **La coordinación de la atención a la Salud Mental con el nivel de Atención Primaria (AP)** 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.

- **La atención a la salud mental de niños y adolescentes** es considerada prioritaria como un área asistencial especializada diferenciada de la atención a los adultos es otro elemento clave del modelo asistencial.
- **La atención a las personas con Trastorno Mental Grave**, 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. La intensificación de la coordinación con la red de atención a las Adicciones** es necesaria, hasta que se lleve a cabo en el futuro la integración funcional de ambas.
- **La atención a la salud mental con un carácter global** que implica la coordinación con otros recursos e instancias de la comunidad (sociales, educativos, legales. etc.).
- **La actividad asistencial desarrollada por equipos multidisciplinares**, estructurados de forma interdisciplinar.
- **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.
- **La disponibilidad de recursos de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia** que proporcione 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, siempre promoviendo su máximo grado de autonomía y persiguiendo su vuelta al medio comunitario.
- **La rehabilitación** del paciente con el **objetivo de lograr su inclusión social y facilitar su recuperación personal**.
- **La especialización y la formación continuada de los profesionales sanitarios**, imprescindibles para atender adecuadamente a las personas con trastornos mentales.
- **El fomento de la investigación** científica de excelencia en todos los ámbitos de la Salud Mental, y particularmente en innovación y evaluación organizativa.
- **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 organización de la asistencia bajo fórmulas de progresiva integración de Unidades Asistenciales en Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental**. La atención en el nivel de microgestión a la Salud Mental 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. Además fórmulas organizativas tales como las Áreas de Gestión permiten la

integración funcional de las tres redes (sanitaria, Rehabilitación y Adicciones) que dan cobertura a las personas con Trastorno mental.

- **La coordinación con la Consejería de Políticas Sociales y Familia.** 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 Políticas Sociales y Familia.

## 1.2. Misión, Visión y Valores del Servicio Madrileño de Salud

La **misión del Servicio Madrileño de Salud** es garantizar la atención sanitaria de cobertura pública, integral y de calidad a todos los ciudadanos de la Comunidad de Madrid, dando respuesta a las necesidades de salud de los ciudadanos en todos los ámbitos de actuación: promoción, prevención, cuidado, rehabilitación y mejora de la salud.

La **visión del Servicio Madrileño de Salud** es garantizar los principios de Autonomía del paciente, Confidencialidad y Equidad en la atención de salud y de la accesibilidad a los servicios sanitarios de la población de la Comunidad de Madrid, satisfaciendo las necesidades y expectativas de los ciudadanos, a través de una atención centrada en la persona, segura y de calidad, con las técnicas más adecuadas y coordinada en todos sus aspectos, incluyendo el sociosanitario, formando y desarrollando y equipos de profesionales excelentes y avanzando a través del desarrollo de la investigación e innovación.

Los **valores** que definen y guían la actuación organizativa del **Servicio Madrileño de Salud** son:

- Ciudadano como eje del sistema
- Accesibilidad
- Actitud de servicio
- Calidad
- Equidad
- Humanización de la asistencia sanitaria
- Profesionalidad
- Responsabilidad
- Solidaridad

## 1.3. Marco de referencia ético y normativo

### 1.3.1. Comunidad de Madrid

- Ley 12/2001 de 21 de diciembre de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2005, del 20 de diciembre Integral contra la Violencia de Género.

- Decreto 195/2015 de 4 de agosto por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad (publicado en el BOCM el 6 de agosto de 2015.Nº 185).
- Decreto 196/2015 de 4 de agosto por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud publicado en el BOCM el 6 de agosto de 2015.Nº 185 ).
- 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.

### **1.3.2. 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
- 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.
- 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 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.
- R.D.-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, de Noviembre de 2007.

### 1.3.3. Otros Referentes nacionales e internacionales

- Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hecho en Nueva York de 2006 (*Naciones Unidas, 2006*).
- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005) (*OMS-Región Europea, 2005*).
- Libro Verde sobre Salud Mental (*European Commission, 2005*).
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006 (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007*).
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (*European Commission, 2008*).
- Informe sobre la Salud Mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI)) (*Parlamento europeo, 2009*).
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (*Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a*).
- Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (*OMS, 2013*).
- Joint Action in Mental Health and Wellbeing. 2013 (*Joint Action, 2013*).
- Plan de Acción Europeo en Salud Mental. Oficina Regional Europea de la OMS. 2013 (*OMS-Región Europea, 2013*).
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia. 2013. (*MSSI, 2013*).
- *Draft Horizon 2020 Work Programme 2016-2017 in the area of Health, demographic and well-being* (*European Commission, 2017*).



## 2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Para caracterizar el contexto interno en el que se va a llevar a cabo el presente plan y aproximarnos a las necesidades en salud mental de la población a la que va dirigida, se han examinado indicadores demográficos de la población, indicadores epidemiológicos y de morbilidad atendida por el Servicio Madrileño de Salud y se han analizado los recursos públicos disponibles y los indicadores de actividad y de evolución de la demanda en los últimos años, así como aspectos de impacto económico y social.

También se han incluido los resultados publicados de la evaluación interna del Plan de Salud Mental 2010-2014, realizado desde la ORCSM.

A continuación se describe la información analizada y las conclusiones, y áreas de mejora identificadas.

### 2.1. Datos demográficos y epidemiológicos

#### 2.1.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

El objetivo de este análisis es conocer la distribución de la población de la Comunidad de Madrid y su evolución demográfica, previo a las estimaciones de morbilidad específica en salud mental derivada de los estudios epidemiológicos disponibles para el correspondiente dimensionamiento macro de necesidades.

##### 2.1.1.1. Distribución geográfica de la población

El proceso de urbanización de la Comunidad de Madrid se ha extendido progresivamente en las últimas décadas, perdiendo el límite del área urbana, configurándose un área metropolitana funcional y una extensa corona periurbana pudiéndose diferenciar varias zonas, que nos servirán para identificar dónde se encuentra la mayor densidad de población. (*Consejería de Economía-Universidad Complutense, 2002*).

##### a. Área metropolitana

###### a.1. Municipio de Madrid:

Configurado por los distritos más internos de la ciudad: Centro, Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamartín, Tetuán y Chamberí.

###### a.2. Periferia madrileña, formada por cuatro sectores:

a) Periferia noroeste: distritos de Fuencarral y Moncloa.

- b) Periferia suroeste: distritos de Latina, Carabanchel, Usera y Villaverde.
- c) Periferia sureste: distritos de Puente de Vallecas, Moratalaz, Villa de Vallecas y Vicálvaro.
- d) Periferia noreste: distritos de Ciudad Lineal, Hortaleza, San Blas y Barajas.

**b. Corona metropolitana**

En ella se distinguen cuatro zonas, generadas por el progresivo crecimiento del área metropolitana funcional en los últimos decenios constituidas por los siguientes municipios.

- b.1. Zona norte: Alcobendas, San Sebastián de los Reyes, Colmenar Viejo y Tres Cantos.
- b.2. Zona oeste: Pozuelo de Alarcón, Majadahonda, Las Rozas, Boadilla del Monte, Villaviciosa de Odón, Villanueva de la Cañada, Villanueva del Pardillo y Brunete.
- b.3. Zona sur: Alcorcón, Leganés, Getafe, Móstoles, Parla, Fuenlabrada y Pinto.
- b.4. Zona este: Coslada, San Fernando de Henares, Torrejón de Ardoz, Alcalá de Henares, Paracuellos del Jarama, Mejorada del Campo, Velilla de San Antonio y Rivas-Vaciamadrid.

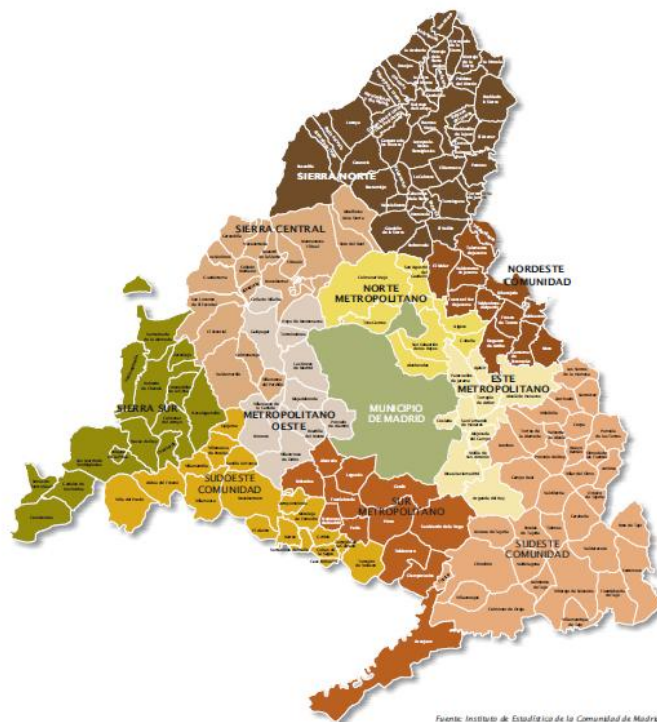


Figura 1. Coronas metropolitanas de la Comunidad de Madrid. Fuente: Atlas estadístico de la Comunidad de Madrid 2015 (*Consejería de Economía, Empleo y Hacienda, 2015*)

**c. Área no metropolitana**

Comprende el resto de municipios de la Comunidad de Madrid distinguiendo entre una tercera, cuarta y quinta corona periurbana y el resto hasta el límite de la Comunidad.

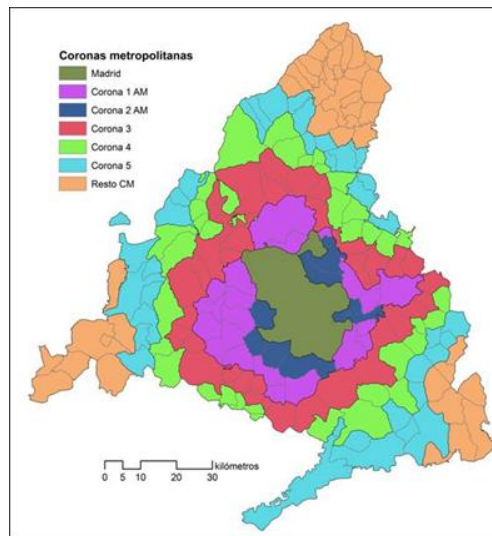


Figura 2. Coronas metropolitanas en Madrid. Fuente: Scripta Nova (Pozo, 2011)

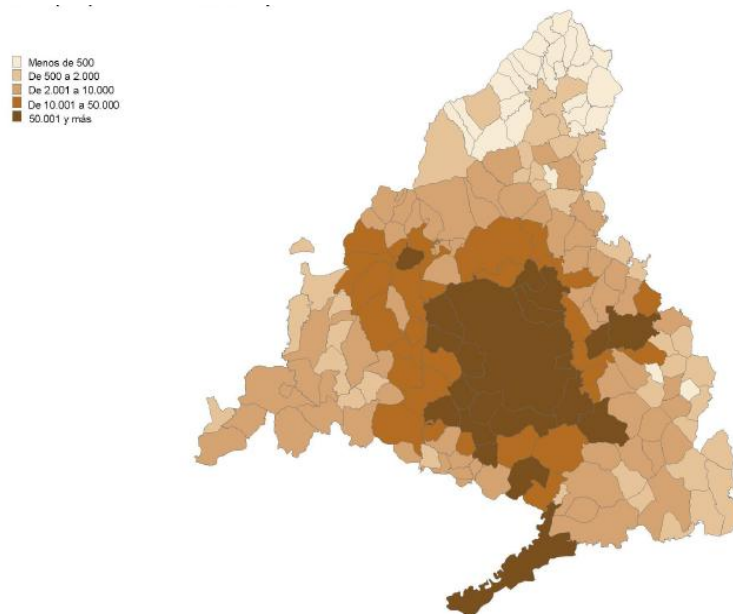


Figura 3. Municipios por tamaño de población. Fuente: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Estadística de Padrón Continuo de la Comunidad de Madrid. 2015

La **distribución referida por Hospitales de la población madrileña** que tiene reconocido el derecho a la asistencia sanitaria y su distribución por edad, los datos, según fuente de tarjeta sanitaria a 31 de Diciembre de 2017 se muestran en la Tabla 1

Hospital referencia	<18	14-65	>=65	total
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	52.404	203.010	65.557	320.971
Hospital Universitario Infanta Leonor	56.413	201.026	47.823	305.262
Hospital Universitario del Sureste	41.048	122.019	20.076	183.143
Hospital Universitario de la Princesa	47.498	206.378	73.681	327.557
Hospital Universitario del Henares	31.010	116.914	24.132	172.056
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	47.953	162.121	37.686	247.760
Hospital Universitario de Torrejón	31.584	98.331	19.580	149.495
Hospital Universitario Ramón y Cajal	111.963	375.212	105.900	593.075
Hospital Universitario La Paz	91.159	339.203	97.004	527.366
Hospital Universitario Infanta Sofía	69.238	209.749	45.664	324.651
Hospital Universitario Puerta de Hierro	91.097	246.739	52.087	389.923
Hospital de El Escorial	22.811	71.522	16.704	111.037
Hospital General de Villalba	24.497	77.712	15.797	118.006
Hospital Clínico San Carlos	54.378	241.036	78.867	374.281
Hospital Fundación Jiménez Díaz	62.063	301.340	78.436	441.839
Hospital Gómez Ulla - Carabanchel	14.855	61.276	23.865	99.996
Hospital Universitario de Móstoles	34.031	108.329	25.118	167.478
Hospital Universitario Rey Juan Carlos	33.202	111.335	33.886	178.423
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	31.477	103.675	35.946	171.098
Hospital Universitario Severo Ochoa	34.556	118.054	40.417	193.027
Hospital Universitario de Fuenlabrada	46.115	156.700	24.161	226.976
Hospital Universitario de Getafe	44.578	142.576	39.512	226.666
Hospital Universitario Infanta Cristina	39.827	109.262	18.666	167.755
Hospital Universitario 12 de Octubre	83.431	286.714	75.405	445.550
Hospital del Tajo	16.219	49.463	12.527	78.209
Hospital Universitario Infanta Elena	28.206	77.441	12.359	118.006
<b>Total</b>	<b>1.241.613</b>	<b>4.297.137</b>	<b>1.120.856</b>	<b>6.659.606</b>

Tabla 1. Distribución geográfica referida a hospitales de la población madrileña. Fuente: Tarjeta sanitaria a 31 de diciembre de 2017

### 2.1.1.2. Indicadores demográficos

#### a. Datos poblacionales

La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado en los años más recientes importantes cambios, con un incremento mantenido a lo largo del decenio hasta 2011, pero con tendencia a la estabilización a partir de entonces, siendo la población de la Comunidad de Madrid a 1 de enero de 2016, de 6.466.996 habitantes según datos del INE, concentrándose casi el 50% en el área metropolitana que cuenta con 3.165.541 habitantes (1.472.172 de hombres y 1.693.369 de mujeres), y casi un 40% en la corona metropolitana (Tabla 2 y Figura 4).

Año	Población total	Hombres	Mujeres
<b>1981</b>	4.726.986	-	-
<b>1991</b>	4.935.642	-	-
<b>2001</b>	5.372.433	2.584.779	2.787.654
<b>2011</b>	6.489.680	3.132.844	3.356.836
<b>2014</b>	6.454.440	3.099.641	3.354.799
<b>2016</b>	6.466.996	3.098.631	3.368.365
<b>2017</b>	6.506.437	3.122.550	3.383.886

Tabla 2. Población en la Comunidad de Madrid 1981- 2017. INE 2017

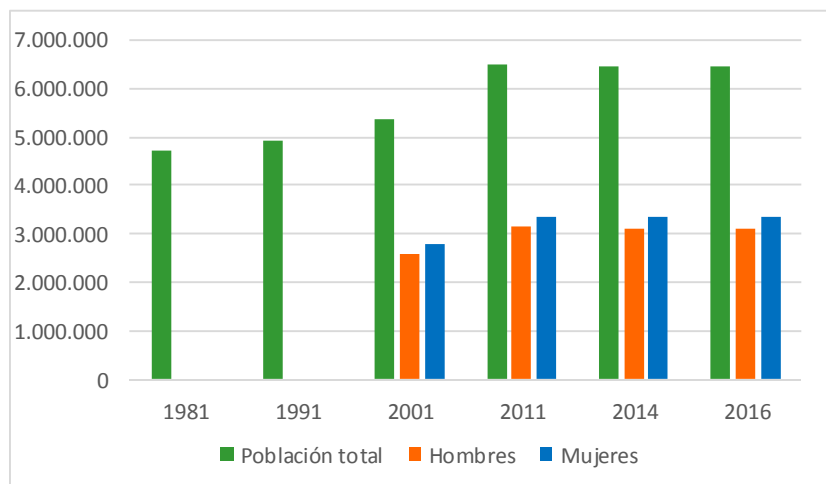


Figura 4. Evolución de la población en la Comunidad de Madrid. INE 2016

**b. Estructura por edad y sexo de la Comunidad de Madrid**

La pirámide actual de la población madrileña (Figura 5) se caracteriza por un alto nivel de supervivencia, mayor en las mujeres que en los hombres, mostrando un ensanchamiento central indicativo del peso de la población adulta entre los 25 y los 49 años de edad. Así mismo muestra un número ligeramente mayor de mujeres sobre todo en el grupo de edad entre 50 y 100 años (*Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, 2016; INE, 2016*).

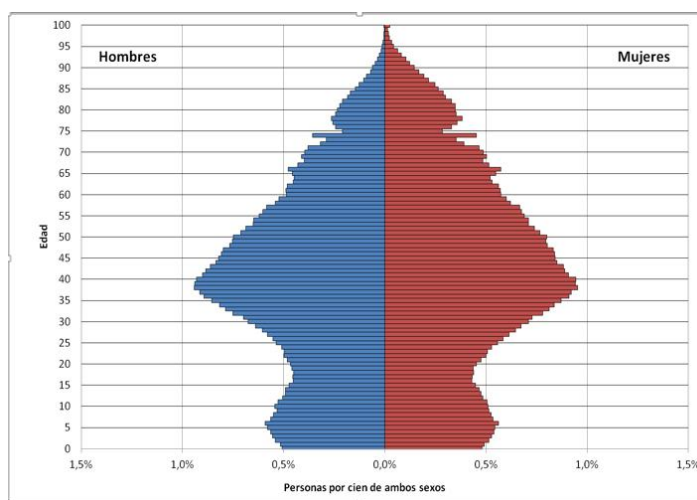


Figura 5. Pirámide poblacional por edad y sexo (*INE 2016*).

Franja de edad	%	Nº
De 0 a 15 años	15,69	1.012.702
De 15 a 25	9,45	609.945
De 25 a 35	14,31	923.630
De 35 a 45	18,19	1.174.063
De 45 a 55	15,01	968.811
De 55 a 65	11,03	711.925
De 65 a 75	8,26	533.137
De 75 a 85	5,66	365.321
De 85 y más	2,4	154.906
<b>Población total</b>	<b>6.454.440</b>	

Respecto a la distribución por edades, los menores de 15 años representan el 15,69% de la población, entre los 15 y los 65 años el 67,62% y los mayores de 65 años constituyen el 16,53% siendo, representando dentro de este grupo un 8,18% los mayores de 75 años presentando una tasa de dependencia<sup>1</sup> en 2014 del 49,79 según datos del INE.

Tabla 3. Distribución de la población de la Comunidad de Madrid en 2014 por franjas de edad. INE 2016

<sup>1</sup> Población entre 0 y 15 años más población mayor de 65 años/ población de 16 años y 64 años x 100

### c. Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida en nuestra Comunidad ha ido aumentando progresivamente en las últimas décadas, situándose en el año 2014 en 81,5 años para los hombres y 86,7 años para las mujeres.

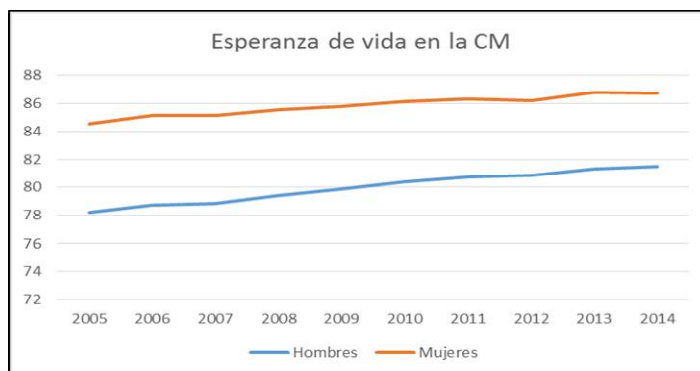


Figura 5. Esperanza de vida al nacer de la Comunidad de Madrid. Fuente INE

### d. Envejecimiento de la población

La disminución de la natalidad, la reducción de la población extranjera y de mujeres en edad fértil, así como el incremento de la esperanza de vida en nuestra comunidad, están modificando el perfil de la población, con una **tasa de envejecimiento**<sup>2</sup> en la Comunidad de Madrid en el año 2014 del **16,5%** y un **tasa de sobre-envejecimiento**<sup>3</sup> del **49,48%**, cifras ligeramente más elevadas que en el resto de las Comunidades, con una **tasa de dependencia** del 49,78% (Tabla 4).

Estos cambios poblacionales tienen una gran relevancia a la hora de la planificación y gestión del tipo de asistencia y los recursos que necesita la población para cubrir sus necesidades tanto de carácter sanitario como social.

Año	Tasa Envejecimiento	Tasa de Sobre-envejecimiento	Tasa Dependencia
2014	16,5	49,48	49,79

Tabla 4. Envejecimiento de la población de la Comunidad de Madrid. Fuente: INE

<sup>2</sup> Población mayor de 65 años/población total x 100

<sup>3</sup> Población mayor de 75 años/población mayor de 65 años x 100

**e. Proyección de la población en los próximos años**

Las proyecciones de población publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), determinan que la población madrileña hacia el año 2029 no será muy distinta a la que tenemos actualmente y que se reflejan en las pirámides poblacionales de la Figura 6, esto es importante porque nos hace prever las necesidades asistenciales de la población en los próximos años y adoptar las medidas más adecuadas para afrontarlas.

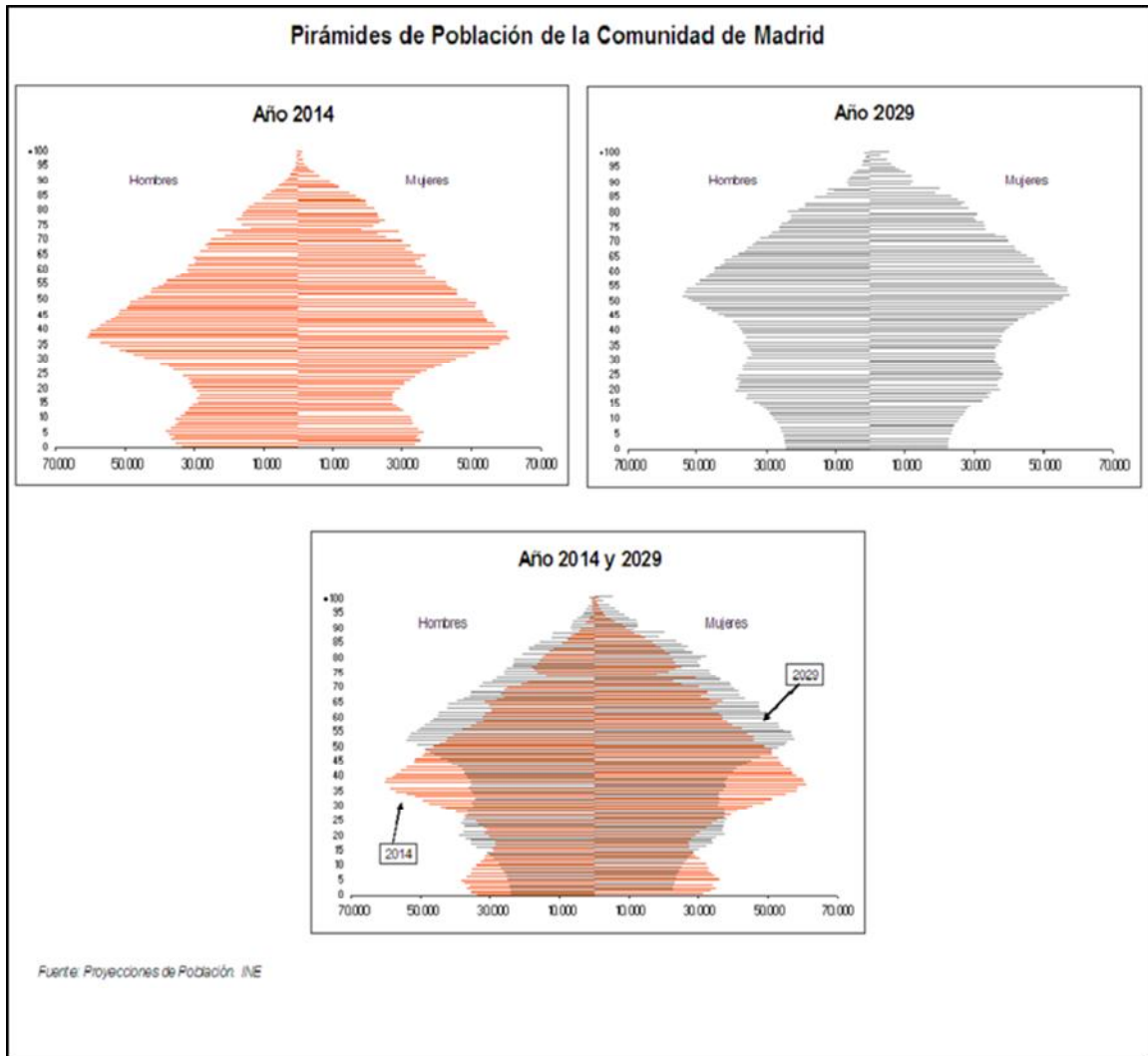


Figura 6. Datos del padrón municipal. Proyección de la población de la población Comunidad de Madrid para el año 2029. INE



## **f) Mortalidad**

La mortalidad en la Comunidad de Madrid se ha mantenido prácticamente constante en los últimos años. En el año 2016 fallecieron 45.066 personas, lo que supone una tasa bruta de 699,2 por 100.000 habitantes, siendo los tumores la principal causa en ambos sexos, seguidos por las enfermedades circulatorias y las respiratorias.

### **2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL**

#### **2.1.2.1. Morbi-Mortalidad**

El Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales en el documento *Estrategia de Salud Mental. Actualización 2015-2019* pendiente de ratificación, recoge datos epidemiológicos a nivel mundial, europeo y español.

Numerosos estudios epidemiológicos coinciden en mostrar que cada año un tercio de la población adulta sufre un trastorno mental (*Kessler, Üstün, 2008*).

Un estudio europeo, que compara la prevalencia y la carga de los trastornos mentales en Europa en 2011 con datos de 2005, sin duda en nuestro entorno el estudio de referencia es el ECNP/EBC REPORT 2011 (*Wittchen, Jacobi et al, 2011*) que incluye treinta países (UE, más Suiza, Noruega e Islandia), y señala que un 38,2% de estos 514 millones de habitantes, es decir, 164,8 millones sufren algún tipo de trastorno mental.

En el mismo, los trastornos mentales más frecuentes en términos de personas afectadas a lo largo de todas las edades fueron: los trastornos de ansiedad con 69,1 millones, la depresión unipolar con 30,3 millones, el insomnio con 29,1 millones, los trastornos somatoformes (excepto cefaleas) con 20,4 millones, y el alcoholismo con 14,6 millones. La carga de discapacidad de los trastornos mentales y neurológicos considerados en su conjunto es enorme, alcanzando el 30,1% del total de la carga de enfermedad en mujeres y el 23,4% en hombres.

La elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes es un hallazgo constante en los diferentes estudios epidemiológicos realizados en varios países. Se ha descrito que entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y que alrededor de la mitad presenta un desajuste notable como consecuencia de ello.

El 9% de la población española padece en la actualidad una enfermedad mental (*ONU-Región Europea, 2005; Ministerio de Sanidad, 2007*). La tasa de mortalidad por suicidio ajustada por edad y sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21, en los

trastornos de la alimentación, por 33 y, en las adicciones, por 86. Los trastornos que aparecen con mayor frecuencia a lo largo de la vida son los depresivos (26%), seguidos por los de ansiedad (17%). La prevalencia de la esquizofrenia es del 1,02%.

El proyecto ESEMeD-España (*Haro et al, 2006*) muestra una prevalencia vida para los principales trastornos mentales (depresión, ansiedad y consumo de alcohol) del 19,5% y una prevalencia-año del 8,4%. Los trastornos más prevalentes en los últimos 12 meses fueron los de ansiedad, con una prevalencia año del 6,2%; en segundo lugar, estaban los trastornos del estado de ánimo, con una prevalencia año del 4,4%.

En otro estudio (*Gili, Roca, Stuckler, Basu, McKee, 2006*) que se realizó sobre las personas que acudían a las consultas de Atención Primaria de Salud de toda España en el periodo 2006-2010, se encontró que había habido un aumento en este periodo de tiempo de un 19,4% de pacientes con probable diagnóstico de trastorno depresivo mayor, así como un aumento del 8,4% para probable trastorno de ansiedad generalizada, un 7,3% las somatizaciones y un 4,6% en alcoholismo. Así mismo se produjo un aumento relevante, alrededor del 10%, en el consumo de fármacos antidepresivos entre 2009 y 2012, si bien no se detectó una variación relevante en el número de suicidios en dicho periodo.

La prevalencia de personas con problemas de salud mental en España y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud se puede calcular con los datos de la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 (*MSSSI, 2006*), en la cual participaron 29.476 personas entre 16 y 64 años de edad. Empleando como instrumento de cribado de problemas de salud mental el General Health Questionnaire (GHQ-12), se estimó que la prevalencia de problemas de salud mental es mayor en mujeres (24,6%) que en hombres (14,7%). Asimismo, las variables relacionadas con una mayor prevalencia de problemas de salud mental fueron: estar separado o divorciado, ser inmigrante de un país en desarrollo, vivir en peores condiciones socioeconómicas, tener poco apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, padecer enfermedades crónicas, y estar limitado para realizar actividades de la vida cotidiana.

La salud mental de la población adulta (de 16 y más años de edad) se ha valorado en la última Encuesta Nacional de Salud de 2012 mediante el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12) (*MSSSI, 2012*) y en la infantil, con el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ). La gravedad de los síntomas depresivos fue mayor en las mujeres, en las personas mayores de 65 años, las pertenecientes a clases sociales por ocupación más desfavorecidas, aquellas con niveles de estudios básicos e inferiores, incapacitadas, jubiladas/prejubiladas, desempleadas y cuya actividad económica son las labores del hogar. La prevalencia de cuadros depresivos se dispara con la edad, en mujeres, se ceba en los niveles educativos básico e inferior, por actividad económica y por orden descendente de prevalencia, afecta a discapacitados, las personas que realizan labores del hogar, jubilados/ prejubilados y desempleados.

En 2009, se produjeron en España 384.933 defunciones y aumentaron los fallecimientos relacionados con los trastornos mentales (10,9%), la séptima causa de muerte (*MSSSI, 2012*).

Los trastornos mentales graves, son trastornos menos frecuentes que los comunes, pero de alta complejidad y mayor riesgo de cronicidad. La prevalencia de los trastornos psicóticos se estima en aproximadamente el 3% de la población en algún momento de su vida. Concretamente el 1% de la población en el caso de la esquizofrenia.

Los estudios de prevalencia de trastorno de personalidad establecen un intervalo entre el 10.3 y 15% de la población general, siendo el más frecuente el trastorno límite de personalidad (TLP) que en sus formas graves alcanza el 2% de la población general. Igualmente, constituyen el 10 % de los pacientes atendidos en los centros de salud mental y el 20 % de los ingresos en las unidades de hospitalización breve y afectan a una población mayoritariamente joven entre los 15 y los 30 años. Las formas graves, son causantes de un intenso malestar y una marcada limitación funcional. El tratamiento tiene un papel determinante en la evolución y en el pronóstico. Se calcula que un 10% de los pacientes con TLP fallecen por suicidio, a lo que hay que añadir las muertes por el riesgo derivado de intoxicaciones por drogas o la elevada accidentalidad por las conductas impulsivas de riesgo y de consumo de sustancias.

Los Trastornos de Conducta alimentaria en España tienen una prevalencia que oscila entre el 4,1% al 6,41%. En la franja de 12 a 21 años la prevalencia en mujeres para anorexia (AN) es del 0,14% al 0,9%, del 0,41% al 2,9% para la Bulimia (BN) y del 2,76% al 5,3% en Trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE). El riesgo de trastornos asociados se incrementa a lo largo de la evolución del TCA, se estima que al menos el 50% de pacientes de inicio adolescente tendrán un diagnóstico psiquiátrico distinto a TCA (principalmente trastornos afectivos). De hecho algunos estudios, estiman que la comorbilidad con un trastorno de la personalidad (TP) en TCA adultas está presente en la mayoría de los casos (60-70%) más de la mitad de los casos. Y según algunos datos hasta el 96 % de las pacientes adultas con un TCA presentan comorbilidad psiquiátrica (14). Esta comorbilidad puede constituir un factor predisponente y mantenedor del problema.

La prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista (TEA) ha aumentado en los últimos años, convirtiendo la atención de estas personas en un tema asistencial prioritario. En relación a los TGD, los trastornos del espectro autista presentan una prevalencia del 0,64%, y la ratio niño-niña de 4:1. Las últimas estimaciones recogidas en la actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud actualmente en proceso cifran la prevalencia de los TEA entre 1/66 a 1/150. Los datos más fiables rondan entre 1-2,6 % de la población. Se estima una incidencia de entre 4.3 y 5,5 por 10.000 niños (0,05%) de 0 a 4 años, con menores tasas de incidencia en niños mayores que según estudio danés de referencia se sitúa 7,1 niños con TEA por 10.000 niños menores de 10 años.

El suicidio es un problema de Salud Pública, que constituye la primera causa externa de muerte en España. Los últimos datos del INE publicados confirman el suicidio como primera causa externa de muerte en España por encima de los accidentes de tráfico. No obstante se ha producido un descenso del 7% tras varios años consecutivos de subida en torno al 20%. Concretamente los datos publicados correspondientes a 2016 son de 3569 suicidios. La Comunidad de Madrid sigue siendo la Comunidad con la tasa más baja de España, concretamente 4,72/100.000 habitantes frente a 7,67/100.000 habitantes a nivel nacional en 2016.

#### **2.1.2.2. Datos epidemiológicos de patología mental en la Comunidad de Madrid**

A continuación se exponen datos epidemiológicos relacionados con patología mental extraídos mayoritariamente del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (*Observatorio de Resultados [internet]*) en su informe sobre el Estado de Salud de la Población, y otros facilitados por el Servicio de Informes de Salud y Estudios de la DG de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

#### **Mortalidad**

En el año 2015 hubo 1901 defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid debidas a trastornos mentales (590 en hombres y 1311 en mujeres), con una tasa bruta de 29,5 muertes por cien mil personas (19,1 para hombre y 39,0 para mujeres). La tasa ajustada de mortalidad fue de 12,4 muertes por 100 mil habitantes, (11,8 en hombres y 12,4 en mujeres). Las tasas ajustadas son comparables entre poblaciones, porque reflejan únicamente el impacto de la mortalidad, y no el efecto combinado de esta y las diferencias de estructura por edad de las poblaciones a comparar como sí hace la tasa bruta. Así pues, la diferencia entre la tasa bruta y la ajustada, indica el importante efecto de la edad en la mortalidad por trastorno mental. Tal y como se indica en el apartado de carga de enfermedad, en los trastornos mentales predomina el componente de discapacidad frente al de mortalidad.

Tras un ascenso de la mortalidad por trastornos mentales desde 1980, con el cambio de siglo las tasas han tendido a disminuir, más en la Comunidad de Madrid que en el conjunto de España (Figura 7). No obstante, este descenso global se ha debido fundamentalmente a la reducción del número de fallecimientos por demencias inespecíficas que, en buena medida, tras el cambio de revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (de CIE-9 a CIE-10) pasaron a ser atribuidas a rúbricas correspondientes a enfermedades neurológicas. Esa reducción mantenida de las tasas de mortalidad por trastornos mentales se traduce en una pequeña ganancia en la esperanza de vida en el último quinquenio (2007-2012), algo mayor en las mujeres, aunque inferior al de quinquenios previos, y centrada en el grupo de personas mayores al concentrarse en el mismo las defunciones (y por tanto, la posibilidad de mejorar o empeorar la mortalidad por estas causas).

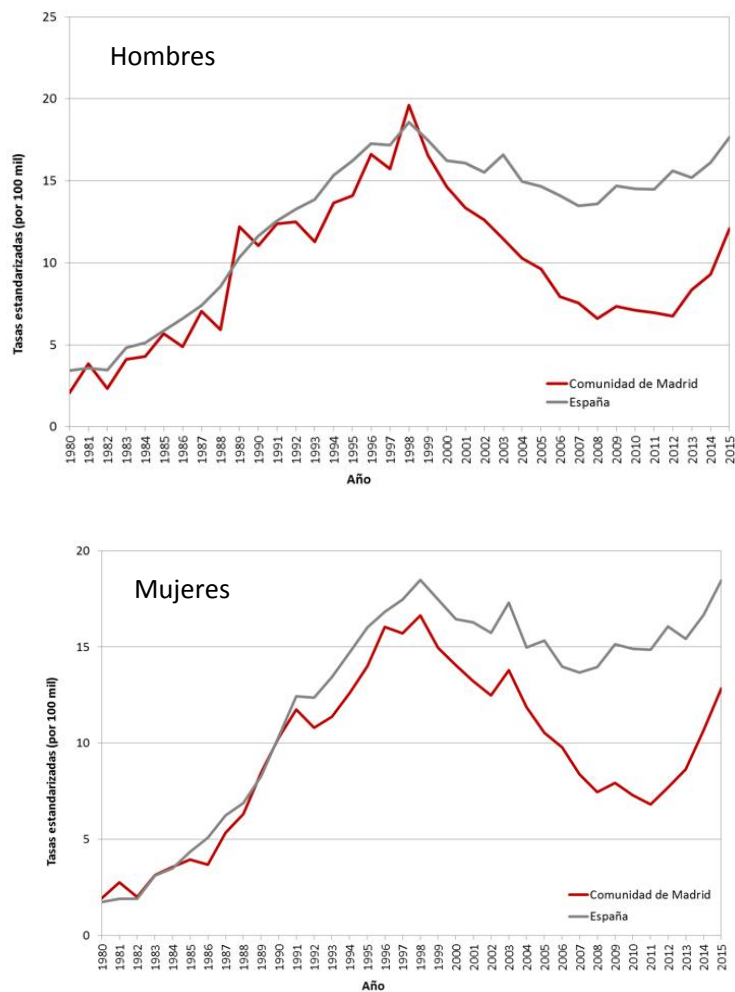


Figura 7. Trastornos mentales. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2015. Fuente: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

En la figura 8 se presentan las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más recientes (promedio de los años 2011-2013) publicadas por Eurostat para las distintas regiones europeas (NUTS2). La clasificación NUTS (nomenclatura de unidades territoriales estadísticas) es un sistema jerárquico que divide el territorio de la Unión Europea con diversos fines (recopilación, elaboración y armonización de las estadísticas regionales de la UE, análisis socioeconómicos de las regiones, etc.). El nivel NUTS2 equivale en España a las Comunidades Autónomas. En algunos países con poca población el nivel NUTS2 equivale al conjunto del estado (p.ej., Lituania o Luxemburgo). En las estadísticas por causa de muerte, a los 28 países actualmente miembros de la Unión Europea se añaden otros del entorno europeo (Noruega, Suiza, Liechtenstein, Serbia y

Turquía). Se presentan las regiones con las tasas más alta, más baja, la de la Unión Europea a 28 países, y las de España y la Comunidad de Madrid. Se representa también una distribución del mismo indicador por NUTS2 en donde aparece destacada en rojo la Comunidad de Madrid. Si se compara con otras poblaciones de elevada esperanza de vida, la Comunidad de Madrid tiene unas tasas de mortalidad por trastornos mentales notablemente más favorables que las registradas en el total de la Unión Europea y en el conjunto de España.

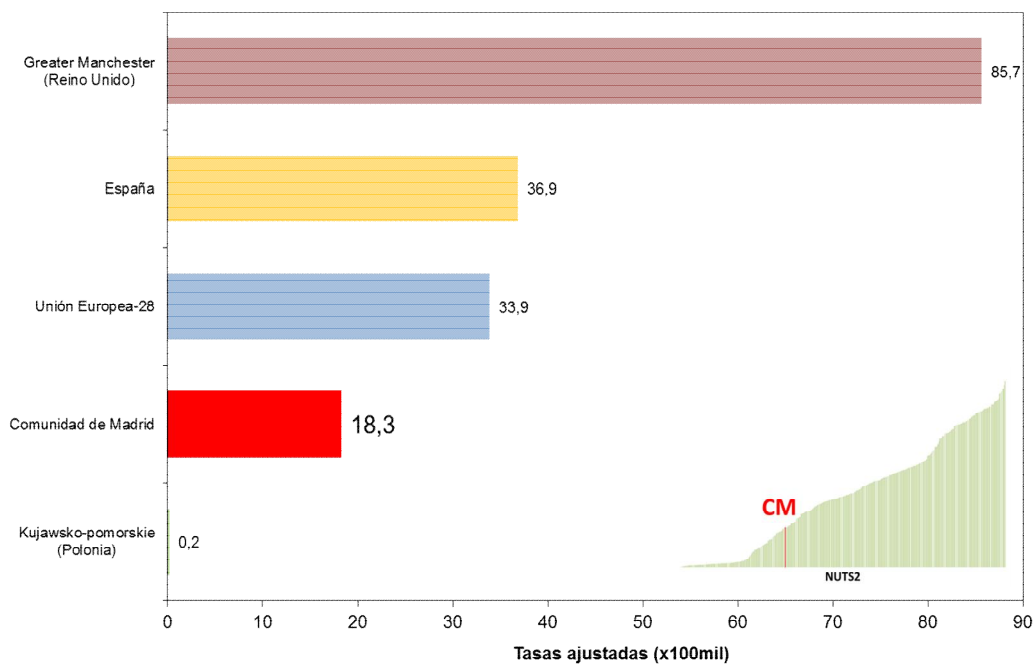


Figura 8. Tasas ajustadas de mortalidad por NUTS-2 publicadas por la Oficina de Estadística de la Unión Europea EUROSTAT) enmarcada en los Indicadores ECHI (European Community Health Indicators). La población estándar utilizada es la población europea OMS. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

### Carga de enfermedad

La clasificación de causas de enfermedad y defunción utilizada en los estudios de carga de enfermedad no permiten disociar las causas mentales de las neurológicas del mismo modo que lo hace la CIE-10, por lo que se comentan de manera conjunta.

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España y, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en la mayoría de los países de alta esperanza de vida. El componente de mala salud (años vividos con discapacidad) tiene un peso muy superior (en 2012 un 93% sobre el total), al correspondiente a la mortalidad (años de vida perdidos por defunción), especialmente en las edades medias de la vida. Sólo en edades avanzadas, y debido a las demencias y la enfermedad de Alzheimer la mortalidad cobra cierto protagonismo en este indicador.

En la siguiente figura se presentan los indicadores de carga de enfermedad para los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas (figura 9). Se representan los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa de enfermedad y muerte, sexo y componentes de los AVAD (mortalidad –años de vida perdidos AVP- y discapacidad –años de vida en discapacidad AVD-). Se representan las mujeres en la derecha y los hombres en la izquierda para cada grupo de edad, los años de vida perdidos más oscuro y años de vida en discapacidad, más claro.

La carga de enfermedad por enfermedades neuropsiquiátricas (mentales y neurológicas) en la Comunidad de Madrid en 2015 tiene un peso especialmente alto en los jóvenes y adultos menores de 45 años (principalmente debido a la carga de la depresión). Existe un predominio en mujeres para todos los grupos de edad. El componente de morbilidad y mala salud (AVD) es mayoritario.

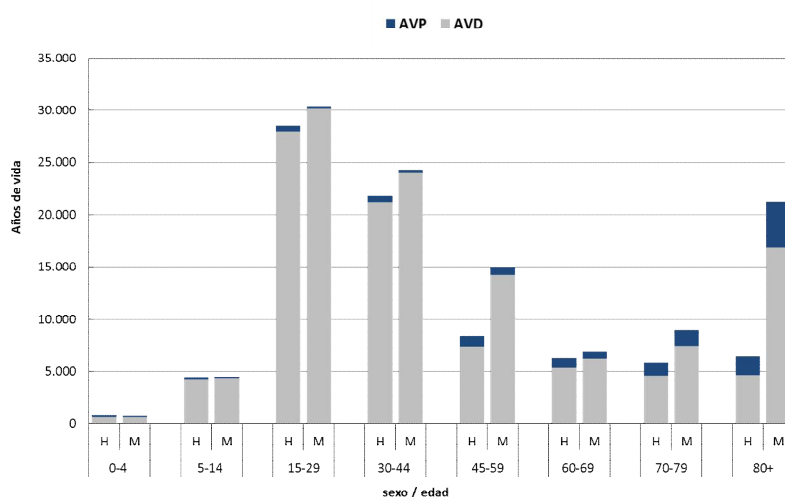


Figura 9. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad -AVP- y Discapacidad -AVD-). Comunidad de Madrid, 2015. Fuente: Servicio de Informes de Salud y Estudios

### Datos poblacionales de enfermedad mental

La prevalencia del Trastorno Mental Grave (TMG) se estima entre el 0,6 % y el 1% de la población, lo que en la Comunidad de Madrid supone entre 39.000 y 65.000 personas. Como se refirió anteriormente, se estima que un 3% de la población puede presentar un trastorno psicótico en algún momento de su vida. Podemos estimar que el próximo año unas 650 personas tendrán un primer episodio psicótico en la Comunidad de Madrid (6.5 M habitantes), de las que unas 250 serán menores de 18 años.

En la Encuesta europea de salud en España 2014, la prevalencia de cuadros depresivos en la Comunidad de Madrid es superior en las mujeres con respecto a los hombres en todos los

tramos etarios y tipos de depresión considerados, especialmente en las mayores de 64 años para otros cuadros depresivos, con una prevalencia 3,6 veces más alta. (Figura 10). En el trastorno depresivo mayor, por encima de los 24 años, la prevalencia en mujeres es aproximadamente el doble que en hombres. Esta encuesta no incluye entre sus variables de estudio otros diagnósticos de patología mental.

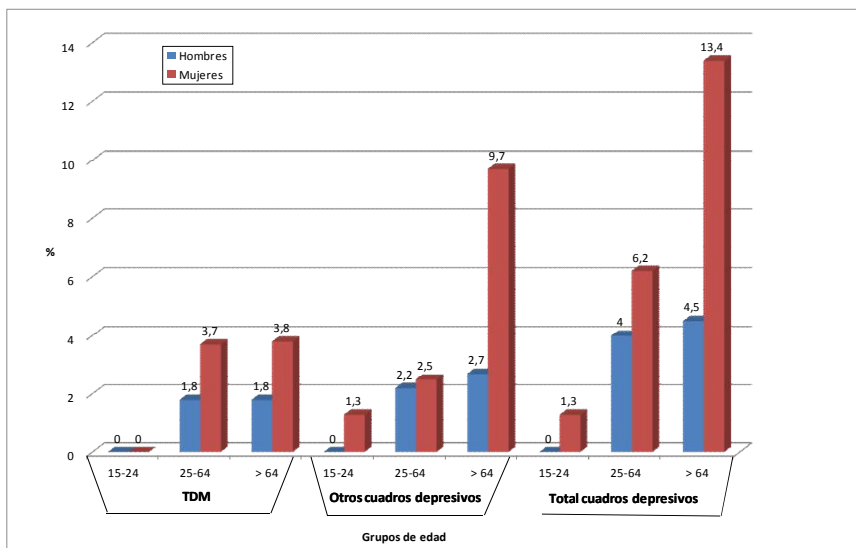


Figura 10. Prevalencia de cuadros depresivos (trastorno depresivo mayor y otros cuadros depresivos) según edad y sexo de la Comunidad de Madrid, extraídos de la Encuesta Europea de Salud en España. Fuente: Encuesta europea de salud en España 2014. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios. TDM: trastorno depresivo mayor

### Morbilidad atendida en Atención Primaria

En la figura 11 se presenta la Morbilidad en Atención Primaria por trastornos mentales según grupos de edad en el eje vertical y las tasas por 1000 habitantes en el eje horizontal. Las mujeres se representan a la derecha y los hombres a la izquierda. Las tasas de morbilidad atendida en Atención Primaria crecen linealmente con la edad y son mayores en mujeres que en varones. La patología mental representó un 4,3% de los episodios atendidos en Atención Primaria en 2013.



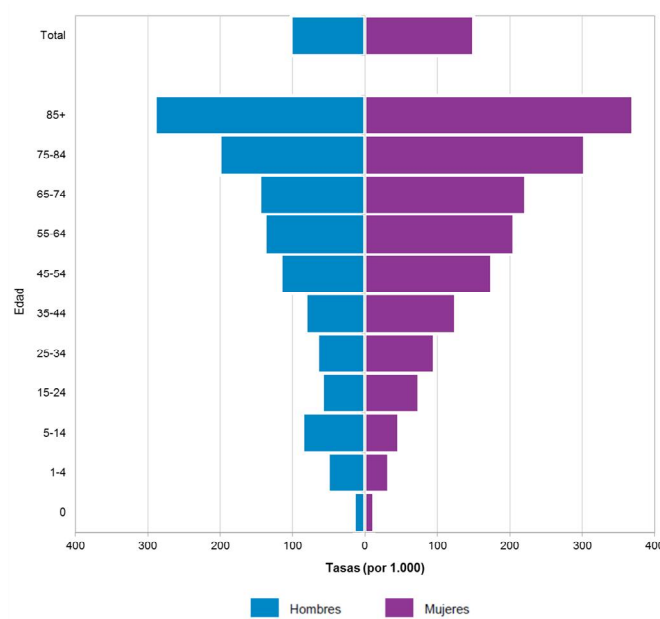


Figura 11. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2015. Fuente: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

En la figura 12 se presentan las patologías mentales más frecuentes atendidas en atención primaria por edad y número de orden. Se expresa en cada casilla de la cuadrícula la enfermedad y código CIAP con un mismo color y el número de personas con algún apunte en el año 2016. Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con los trastornos de ansiedad, los depresivos y los relativos al sueño.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	P06-Trastornos del sueño N=312	P11-Problemas de conducta N=212	P24-Probl específicos del aprendizaje N=147	P10-Tartamudeo, disfemia, tics N=20	P22-Sig/sin compor niño N=12
1-4	P24-Probl específicos del aprendizaje N=3990	P06-Trastornos del sueño N=2663	P11-Problemas de conducta N=1151	P22-Sig/sin compor niño N=1052	P10-Tartamudeo, disfemia, tics N=486
5-14	P22-Sig/sin compor niño N=9770	P20-Trastornos de la memoria N=8539	P24-Probl específicos del aprendizaje N=6215	P21-Niño hiperactivo, hiperactivo (CIAP-1) N=5996	P12-Enuresis N=5814
15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N=12441	P20-Trastornos de la memoria N=2947	P21-Niño hiperactivo, hiperactivo (CIAP-1) N=2808	P76-Depresión/trastornos depresivos N=2713	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=2640
25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N=30787	P17-Abuso del tabaco N=7130	P76-Depresión/trastornos depresivos N=6945	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=6116	P06-Trastornos del sueño N=4648
35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N=51015	P76-Depresión/trastornos depresivos N=16208	P17-Abuso del tabaco N=14535	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=11533	P06-Trastornos del sueño N=10196
45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N=49145	P76-Depresión/trastornos depresivos N=22984	P17-Abuso del tabaco N=21462	P06-Trastornos del sueño N=15228	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=12141
55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N=33254	P76-Depresión/trastornos depresivos N=23706	P17-Abuso del tabaco N=21440	P06-Trastornos del sueño N=15604	P74-Trast ansiedad/estado ansiedad N=8185
65-74	P01-Sensación ansiedad/tensión N=22150	P76-Depresión/trastornos depresivos N=20997	P06-Trastornos del sueño N=17064	P17-Abuso del tabaco N=11433	P20-Trastornos de la memoria N=9605
75-84	P20-Trastornos de la memoria N=18400	P76-Depresión/trastornos depresivos N=18179	P06-Trastornos del sueño N=15525	P01-Sensación ansiedad/tensión N=14006	P70-Demencia N=11870
85+	P70-Demencia N=16161	P20-Trastornos de la memoria N=12975	P06-Trastornos del sueño N=9443	P76-Depresión/trastornos depresivos N=8675	P01-Sensación ansiedad/tensión N=6072

\*Código CIAP correspondiente. N = número de episodios.

Figura 12. Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas\* más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2013. Fuente: OMI-AP/AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

## Morbilidad hospitalaria

Tal y como se observa en la figura 13 del informe 2014 del Estado de Salud de la Población (Observatorio de Resultados *[internet]*), agrupando las altas hospitalarias por patología mental según la clasificación DSM-IV-TR®, en los hombres las mayores tasas fueron para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, seguidos por los desórdenes relacionados con el consumo de sustancias, mientras en las mujeres los trastornos del estado de ánimo ocuparon el primer lugar seguidos de los trastornos psicóticos. En los menores de 15 años las mayores tasas corresponden al grupo de desórdenes habitualmente diagnosticados en la infancia y adolescencia. Entre los 15 y

los 64 años alcanzan las mayores tasas la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los desórdenes relacionados con sustancias, ambos superiores en hombres, y los trastornos del estado de ánimo, más importantes en las mujeres. A partir de los 65 años las tasas más elevadas corresponden a los síndromes demenciales y otros trastornos cognitivos, y a los trastornos del estado de ánimo.

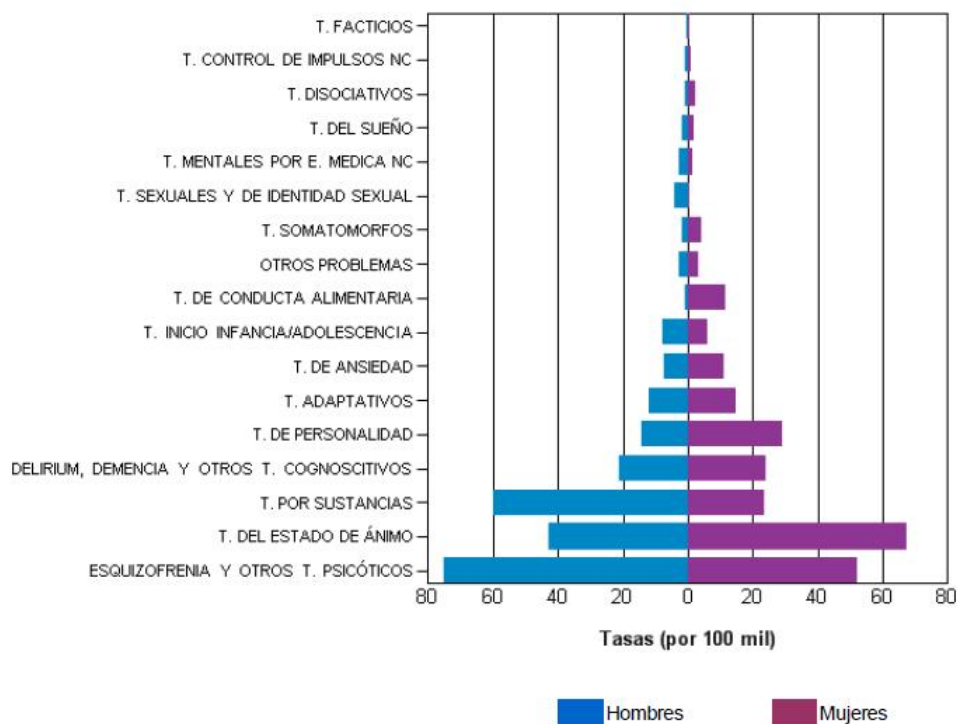


Figura 13. Morbilidad hospitalaria según sexo para cada grupo diagnóstico de la clasificación DSM-IV-TR®. Tasas por 100 mil. Comunidad de Madrid, 2013. Fuente: CMDB y Padrón Continuo, IECM. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

En la tabla 5 se muestran los ingresos en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud por lesiones autoinfligidas entre 2011 y 2015 y las personas ingresadas por este motivo que fallecieron. Se observa un incremento progresivo de las personas que ingresan por este motivo con una disminución en el último año. La cifra de fallecidos por esta razón en el hospital no aumenta en la misma proporción en el periodo indicado (tasa de fallecimiento por 1000 ingresos por autolesión en torno a 20 pacientes). Podemos decir que existe un aumento de los ingresos hospitalarios por este motivo que no se corresponde con un incremento de la gravedad de las autolesiones. La edad media de estos pacientes está en torno a los 43 años.

	2011	2012	2013	2014	2015
Nº de pacientes ingresados por lesiones autoinfligidas	606	760	884	1.241	986
Nº de pacientes ingresados por lesiones autoinfligidas que fallecen	9	19	18	23	22
Tasa de fallecimiento por 1000 ingresos por autolesión	14,85	25,00	20,36	18,53	22,31
Edad media de los pacientes ingresados por lesiones autoinfligidas	43,9	43,5	43,3	43,4	43,8

Tabla 5. Número de pacientes ingresados en hospitales del Servicio Madrileño de Salud por lesiones autoinfligidas entre 2011 y 2015, número de estos pacientes que fallecen y tasa de fallecimiento por 1000 ingresos. Fuente: CMBD

### Tasa de suicidios

En el año 2016 la tasa de suicidios de personas residentes en la Comunidad de Madrid fue de 4,72 suicidios por 100.000 habitantes. Como puede apreciarse en la figura 14, la Comunidad de Madrid sigue siendo la Comunidad con la tasa de suicidio consumado más baja de España.

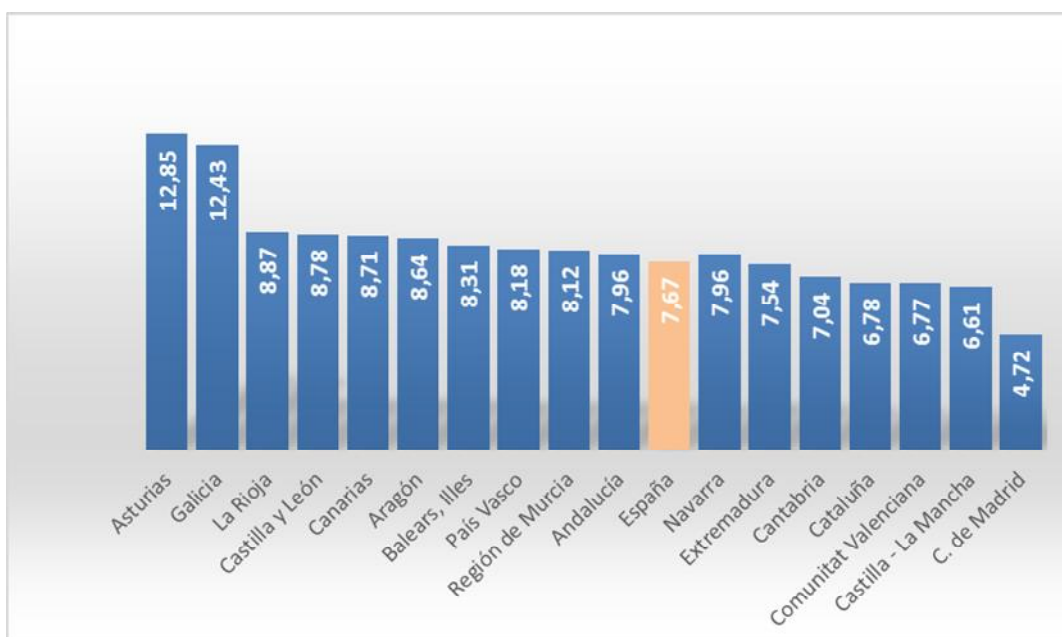


Figura 14. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes en España y en las Comunidades Autónomas en 2016. Fuente: INE Estadística por causa de muerte 2016.

### 2.1.2.3. IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO

Además de la morbilidad, la afectación de la calidad de vida es muy alta en los Trastornos Mentales, ya que, globalmente, éstos constituyen la causa más frecuente de carga de la enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Sólo la depresión unipolar explica el 6% de la carga causada por todas las enfermedades (sólo la isquemia coronaria y los accidentes cardiovasculares tienen pesos mayores).

Entre las principales causas de discapacidad se encuentran la depresión, los trastornos por abuso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En Europa, los tres trastornos con mayor carga de enfermedad son la depresión (7,2%), demencias/enfermedad de Alzheimer (3,7%) y los relacionados con el consumo de alcohol (3,4%). Se estima que en 2020 los trastornos mentales y los neurológicos serán responsables del 15% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones.

El impacto en la utilización de servicios y en el sistema familiar de apoyo es muy elevado en el ámbito de la salud mental. Aproximadamente una de cada cinco personas atendidas en atención primaria padece algún tipo de trastorno mental. Estos trastornos generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Cuatro de cada diez familias dedican a su atención más de ocho horas al día. El 67% lo lleva haciendo, además, desde hace más de ocho años, con abandono de sus actividades laborales y pérdida de ocio. Se estima que los costes asociados con ello, especialmente los indirectos, suponen en el conjunto de la UE entre un 3 y un 4% del PIB. Los trastornos mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal, y en torno al 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente.

El gasto conjunto en los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas en 2010 en España ascendió a 83.749 millones de euros, 46.000 millones en los primeros y 38.000 millones en las segundas, el equivalente al 8% del PIB, lo que superó el gasto público sanitario, que fue de 69.357 millones de euros (*Parés-Badell et al, 2014*). De acuerdo con los datos de este estudio, los trastornos depresivos, los de ansiedad y las somatizaciones alcanzarían el 2,2% del PIB, con un monto total de 22.778 millones de euros.

De forma complementaria es sabido que un 5% de la población, por acumulo de comorbilidades, supone aproximadamente un 50% del gasto sanitario total anual, estando incluidas las enfermedades relacionadas con la Salud Mental en esta estimación.

Dentro de la categoría de trastornos mentales, el coste por paciente más elevado es para los trastornos psicóticos, con un coste anual estimado de 17.576 euros. El análisis del tipo de coste generado por el conjunto de todas las enfermedades evaluadas muestra que el 37% del gasto fueron costes directos en servicios sanitarios, el 29%, costes no sanitarios (cuidados informales), y el 33%, costes indirectos (pérdida de productividad laboral, discapacidad crónica, etc.). En el caso

de los trastornos mentales, el gasto más elevado se asoció con costes indirectos (47% del total frente al 41% de los sanitarios directos y el 12% de los no sanitarios).

Una estimación conservadora de su coste en los países europeos los sitúa entre el 3 y el 4% del PIB, lo cual supera los 182.000 millones de euros anuales. El 46% de dicho gasto corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto, a gastos indirectos por pérdida de productividad, asociada fundamentalmente con la incapacidad laboral según el Atlas de la Salud Mental en el Mundo de la OMS de 2015 (*OMS, 2015*).

Por todo ello, se puede considerar, desde una perspectiva amplia, que los trastornos mentales y neurológicos deben ser considerados como el mayor reto en atención sanitaria del siglo XXI en nuestro entorno.

Solo cuatro países europeos destinan entre un 0,75 y un 1% de su PIB a Salud Mental, aunque tal y como se ha expuesto previamente, ella tienen un coste para los sistemas de salud cuatro veces superior a esta inversión, concretamente incluyendo costes directos e indirectos puede alcanzar el 5% del PIB en nuestro país. Solo el coste de la depresión en España se acerca al 1% del PIB.

La inversión en salud mental no sólo es prioritaria por una cuestión de justicia distributiva y equidad, habida cuenta de la especial incidencia que sufren las personas con problemas de salud mental de la ley de los cuidados inversos, también lo es por una cuestión de eficiencia. Sirva como ejemplo que por cada 100 euros invertidos en cardiología se recuperan 37, cifra equiparable a los 35 que se recuperan en psiquiatría por cada 100 euros invertidos.

Además, los problemas de salud mental agravan los costes de otras enfermedades: Por ejemplo es más caro tratar la diabetes cuando el paciente está deprimido y los pacientes con problemas de salud mental tienen mayor riesgo de padecer cáncer o enfermedades cardiovasculares.

Un alto porcentaje de pacientes con enfermedad mental, concretamente depresión y ansiedad, no están recibiendo tratamiento. Afecta a 2,7 millones de españoles. El 50% de los pacientes con depresión no están adecuadamente tratados Un 15% de pacientes con depresión no llega a iniciar el tratamiento. El 32,2% de los pacientes con esquizofrenia no reciben el tratamiento que necesitan, esta cifra alcanza el 57% en el caso de pacientes con trastornos de la ansiedad. El infra-tratamiento contribuye a incrementar los costes sociales y económicos de la enfermedad mental (*OCDE, 2014*).

Al contrario, por cada euro invertido en la detección y el tratamiento precoz de la depresión la tasa de reversión es de 5,03, alcanzándose en el caso de la intervención precoz en psicosis una tasa de 17,97 (*Knapp, McDaid, Parsonage, 2011*).

Para abordar la sostenibilidad del sistema desde la perspectiva macro es necesario reorientar el modelo desde una racionalidad del gasto a una racionalidad de la inversión. Así mismo desde una perspectiva meso que posteriormente será más ampliamente tratada en esta introducción, se hace imprescindible abordar el fenómeno de la medicalización y psicologización de los malestares de la vida cotidiana, aplicar técnicas coste-eficaces en el tratamiento de trastornos mentales comunes en Atención Primaria (ansiedad y depresión), sin olvidar que la prioridad de la reorientación hacia un modelo proactivo en salud mental es la atención a las personas con Trastornos Mentales Graves en la comunidad, que en un amplio porcentaje no van a ser demandantes directos de atención y que son el máximo exponente en nuestro ámbito de la ley de cuidados inversos dado que un funcionamiento reactivo privilegia la demanda frente a la necesidad.

## 2.2. Recursos actuales de atención a la Salud Mental

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

- **COMPARTIDOS POR VARIAS UNIDADES ASISTENCIALES:**

- ☞ Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación –UHTR (Media Estancia)
- ☞ Unidades hospitalarias de Cuidados Prolongados –UCPP (Larga Estancia)
- ☞ Unidades específicas de hospitalización (parcial o completa) para: Trastornos adictivos, Trastornos de la Personalidad graves (TPG), Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Infancia y Adolescencia
- ☞ Unidades ambulatorias de referencia: Discapacidad intelectual, Enfermos mentales sin hogar, Sordera y Salud Mental, Programa ATIENDE (Violencia de Género), Clínicas TCA. (Trastornos de la Conducta Alimentaria), Programas específicos para el Trastorno del Espectro Autista (TEA) (AMI-TEA; Diagnóstico complejo TEA), Atención en Salud mental a personal sanitario a través del Plan de atención integral al profesional sanitario enfermo (PAIPSE).

La red de recursos sanitarios de Salud Mental se coordina con los recursos específicos para el tratamiento de los trastornos adictivos de la Subdirección General de Asistencia en Adicciones 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 Políticas Sociales y Familia.

De forma esquematizada, la compleja red de atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid puede representarse en la figura 15.

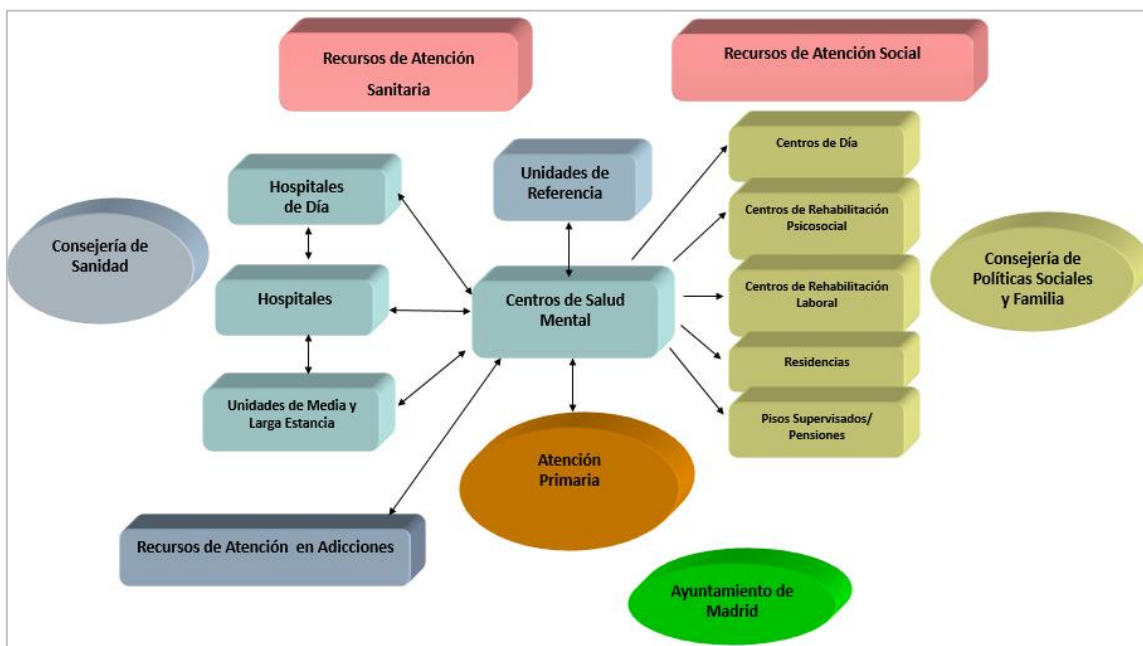


Figura 15. Esquema de la Red de Salud Mental y sus relaciones con recursos sociosanitarios.

### 2.2.1. DESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA, DE REHABILITACIÓN Y RESIDENCIALES

En las siguientes tablas se muestran los recursos de atención a la salud mental, tanto de titularidad pública como contratados/concertados por la Consejería de Sanidad, Consejería de Políticas sociales y Familia o el Ayuntamiento de Madrid. En el momento actual existen en la Comunidad de Madrid 44 dispositivos ambulatorios de Salud Mental (tabla 6), distribuidos casi proporcionalmente entre centros de especialidades, de atención primaria (algo más en este grupo) y centros monográficos.

Dispositivos Ambulatorios de Salud Mental 2016	Nº
En Centros de Especialidades	13
En Centros de Atención Primaria	16
Monográficos	15
<b>TOTAL Servicios de Salud Mental</b>	<b>44</b>

Tabla 6. Número de dispositivos ambulatorios de Salud Mental y distribución según modalidades.

Las unidades de atención hospitalaria (tabla 7) corresponden mayoritariamente a hospitalización breve en hospitales generales (24 unidades), con mayor número de camas en unidades de cuidados psiquiátricos prolongados distribuidas en 5 unidades a fecha diciembre de 2016. En el apartado 2.2.2, se muestra la distribución de las camas indicadas, con la identificación de los centros.

Hospitalización psiquiátrica completa* 2016	Nº Unidades	Nº Camas
Hospitalización breve adultos de Hospitales Generales	24	535
Hospitalización breve para niños y adolescentes	2	51
Trastornos de la Conducta Alimentaria	1	4
Tratamiento y rehabilitación (Media estancia-UHTR)	5	252
Cuidados Prolongados (Larga estancia-UCPP)	5	894
Trastornos de la Personalidad	2	30

Tabla 7. Distribución de unidades y número de camas en dispositivos de hospitalización psiquiátrica completa.

\*Apertura de 29 nuevas camas de Media Estancia (UHTR)

\*Apertura de 12 camas de Hospitalización Breve y 20 camas de Media Estancia para Adolescentes (UME)

\*Apertura de 70 nuevas camas de Larga Estancia (UCPP)

Los recursos de atención hospitalaria para adicciones a fecha diciembre de 2016 se distribuyen tal y como se expone en tabla 8.

Tratamiento Hospitalario Trastornos Adictivos 2016	Nº Unidades	Nº Camas
Deshabitación del alcohol	1	20
Desintoxicación del alcohol	2	15 <sup>1</sup>
Desintoxicación Toxicomanías	2	10 <sup>2</sup>
Patología Dual	1	23 <sup>3</sup>
Deshabitación Cocaína	1	25 <sup>4</sup>

Tabla 8. Recursos hospitalarios de atención a las personas con trastornos adictivos.

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 8 camas en el Hospital Dr. R. Lafora, y 2 camas en el Hospital Universitario Ramón y Cajal

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

<sup>4</sup> 25 camas residenciales y 20 plazas de Centro de Día en la Clínica Ntra. Sra. de La Paz concertadas con la Consejería de Sanidad y gestionadas desde la Subdirección General de Asistencia en Adicciones.

Los recursos de atención hospitalaria parcial a fecha marzo de 2018 se muestran en la tabla 9. Así mismo, existen una serie de recursos específicos de atención así como Unidades de Referencia Regional en determinadas patologías, como se muestra en la tabla 10.

RECURSOS Hospitalización psiquiátrica parcial	Nº Unidades	Nº Plazas
Hospitales de Día para adultos	14	325
Hospitales de Día para niños y adolescentes	7	195
Hospitales de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria	1	40
Hospitales de Día para Trastornos de Personalidad y de la Conducta Alimentaria	1	15

Tabla 9. Recursos de hospitalización parcial.

Unidades de Referencia Regional 2016	Nº equipos
Personas con trastorno mental sin Hogar	1
Salud Mental personas sordas	1
Violencia de género (Programa ATIENDE)	1
Atención a Discapacidad Intelectual	1
Clínicas T.C.A.	2
Programa AMI-TEA	1
Programa PAIPSE	1
Unidad del Trauma Psíquico	1
Unidad de Ludopatías	1

Tabla 10. Recursos específicos y unidades de referencia regional.

Los recursos residenciales y de rehabilitación y de atención sociosanitaria a la salud mental a fecha diciembre de 2017 se muestran en las tablas 11 y 12, con previsión de que amplíen a lo largo de

2018. Algunos de estos recursos son gestionados desde el Servicio Madrileño de Salud y otros tienen dependencia administrativa de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

RECURSOS RESIDENCIALES 2017		
Tipo de Recurso y dependencia administrativa	Nº centros	Nº Plazas
<b>Residencias</b>	<b>21</b>	<b>583</b>
Consejería de Políticas Sociales y Familia	21	583
<b>Pisos Supervisados</b>	<b>73</b>	<b>267</b>
Servicio Madrileño de Salud	16	44
Consejería de Políticas Sociales y Familia	57	223
<b>Pensiones Supervisadas</b>	-	<b>42</b>
Consejería de Políticas Sociales y Familia	-	42

Tabla 11. Recursos residenciales de salud mental, del Servicio Madrileño de Salud y de La Consejería de Política Social

RECURSOS de REHABILITACIÓN 2017		
TIPO DE RECURSO y DEPENDENCIA ADMINISTRATIVA	Nº centros o equipos	Nº Plazas
<b>Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)</b>	<b>26</b>	<b>2028</b>
Servicio Madrileño de Salud	2	180
Consejería de Políticas Sociales y Familia	24	1848
<b>Centros de Día</b>	<b>40</b>	<b>1206</b>
Servicio Madrileño de Salud	9	172
Consejería de Políticas Sociales y Familia	31	1034
<b>Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)</b>	<b>22</b>	<b>1165</b>
Consejería de Políticas Sociales y Familia	22	1165
<b>Equipos Atención Social Comunitaria (EASC)</b>	<b>38</b>	<b>1140</b>
Consejería de Políticas Sociales y Familia	38	1140
<b>Servicio de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave sin hogar</b>	-	<b>130</b>
Consejería de Políticas Sociales y Familia	-	130
<b>Centro Atención Social para Apoyo a la Reinserción Social de Personas con Enfermedad Mental Grave Sin Hogar</b>	-	<b>49</b>
Consejería de Políticas Sociales y Familia	-	49

Tabla 12. Recursos de rehabilitación de salud mental, del Servicio Madrileño de Salud y de La Consejería de Políticas Sociales y Familia

## 2.2.2. MAPA DE CAMAS HOSPITALARIAS POR MODALIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

En el apartado anterior de recursos se expuso el número de unidades según modalidad de tratamiento y el número de plazas destinadas a proporcionar atención hospitalaria a las personas con trastornos mentales. En este apartado se expone la distribución de las camas en cada una de las unidades contabilizadas, identificando cada centro.

Tal y como se expuso en 2.2.1, el mapa de camas hospitalarias de la Comunidad de Madrid se divide en las modalidades de Hospitalización breve para adultos, hospitalización psiquiátrica para niños y adolescentes, unidades de Rehabilitación y Tratamiento (media estancia) y unidades de cuidados psiquiátricos prolongados. Por patología específica, existen Unidades de TCA, de Trastornos de la Personalidad y de Trastornos Adictivos. En las siguientes tablas se muestra la distribución de las plazas por unidad o centro. La tabla 13 muestra la distribución por centro de las 535 camas de **hospitalización breve funcionantes**.

Hospitales con UHB de adultos	Camas (31.12.2016)
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	50
Hospital del Sureste (Arganda)	9
Hospital Infanta Leonor	14
Hospital Universitario de la Princesa	22
Hospital del Henares	15
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	26
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda	20
Hospital Clínico San Carlos	36
Hospital Central de la Defensa <sup>1</sup>	6
Hospital Fundación Alcorcón	22
Hospital Universitario de Móstoles	20
Hospital Universitario Severo Ochoa	18
Hospital Universitario de Fuenlabrada	16
Hospital Universitario de Getafe	14
Hospital Infanta Cristina	10
Hospital Universitario 12 de Octubre	20
Complejo Asistencial Benito Menni <sup>1</sup>	20
Fundación Jiménez Díaz	29
Hospital Rey Juan Carlos I .Móstoles*	28
Hospital de Torrejón (Ntra. Sra. de la Paz )*	10
<b>TOTAL</b>	<b>535</b>

<sup>1</sup> Hospital de apoyo \*Apertura de sendas Unidades de Hospitalización Breve

Tabla 13. Distribución de las camas de Unidades de Hospitalización Breve de adultos por centro.

Las 51 camas de **hospitalización psiquiátrica para niños y adolescentes** se distribuyen en dos unidades de dos centros hospitalarios como se muestra en la tabla 14.

Hospitales con UHB-IJ	Camas
Hospital General Universitario Gregorio Marañón Unidad de Adolescentes	20
Hospital Universitario Niño Jesús	31
<b>TOTAL</b>	<b>51</b>

Tabla 14. Distribución de las camas de Unidades de Hospitalización Breve de niños y adolescentes por centro.

En la tabla 15 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	Unidades	Camas
Instituto Psiquiátrico José Germain	2	77
Clínica San Miguel - Hermanas Hospitalarias	3	90
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	1	35
Complejo Asistencial Benito Menni	1	30
Hospital Casta –Guadarrama (UME adolescentes )	1	20
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>252</b>

Tabla 15. Distribución de las camas de Unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación (media estancia) por centro.

A día de hoy, las 894 plazas de Unidades de Cuidados Psiquiátricos prolongados (larga estancia) se distribuyen en 5 centros, tanto de titularidad del Servicio Madrileño de Salud como concertados como se muestra en la tabla 16

Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (Larga Estancia)		
Centro hospitalario	Unidades	Camas
Instituto Psiquiátrico José Germain	1	94
Hospital Dr. R. Lafora	4	200
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	4	286
Complejo Asistencial Benito Menni	4	235
Centro Asistencial Santa Teresa de Arévalo S.L.	2	79
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>894</b>

Tabla 16. Distribución de las camas de Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados por centro.

Los dispositivos específicos hospitalarios para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se distribuyen en cuatro centros como se muestra en la tabla 17

Dispositivos hospitalarios para TCA	
Dispositivo	Hospital
Clínica ambulatoria TCA	H. G. U. Gregorio Marañón
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

Tabla 17. Centros hospitalarios con dispositivos de atención específica a personas con TCA.

Los dispositivos específicos hospitalarios para Trastornos de la Personalidad en el momento actual se sitúan en dos centros hospitalarios que se muestran en la tabla 18.

Dispositivos específicos hospitalarios para 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

Tabla 18. Centros hospitalarios con dispositivos de atención específica a personas con TP

En la tabla 19 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 Consejería de Sanidad y gestionados desde la Subdirección de Actuación en Adicciones, 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	3
Deshabitación alcohol	Hospital Dr. R. Lafora	20
Deshabitación cocaína	Clínica Ntra. Sra. de la Paz (CAIC) Concertado	25 <sup>1</sup>
Desintoxicación Toxicomanías	Hospital Universitario Ramón y Cajal	2 <sup>2</sup>
Patología Dual	Clínica Ntra. Sra. de la Paz (CPD) Concertado	23

<sup>1</sup>además dispone de 20 plazas de Centro de Día <sup>2</sup>incluidas en UHB

Tabla 19. Centros hospitalarios con dispositivos de atención específica a personas con TP

### 2.2.3. RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL AMBULATORIA

En la tabla 20 y figura 16 se presentan las ratio por 100.000 habitantes correspondientes a los recursos humanos de atención ambulatoria y hospitalización parcial (Centros de Salud Mental y Hospitales de Día) en los años 2000, 2008 y 2016.

	2000	2008	2016
Médicos Especialistas en Psiquiatría	4,30	5,46	5,21
Psicólogos Clínicos	2,70	3,10	3,00
Enfermeras	1,93	2,07	1,88
Trabajadores Sociales	1,14	1,32	1,12
Terapeutas Ocupacionales	0,32	0,45	0,40
Auxiliares de Enfermería	0,68	0,61	0,33
Monitores de terapia ocupacional	0,15	0,22	0,26
Administrativos	1,44	1,83	1,77
<b>TOTAL</b>	<b>12,67</b>	<b>15,07</b>	<b>13,99</b>

Tabla 20. Ratio de profesionales de Centros de Salud Mental y Hospitales de Día del Servicio Madrileño de Salud por 100.000 habitantes en los años 2000, 2008 y 2016 (Fuente: Oficina Regional Coordinación de Salud Mental. Ratio a partir de población a 1 de enero de 2000, 2008 y 2016).

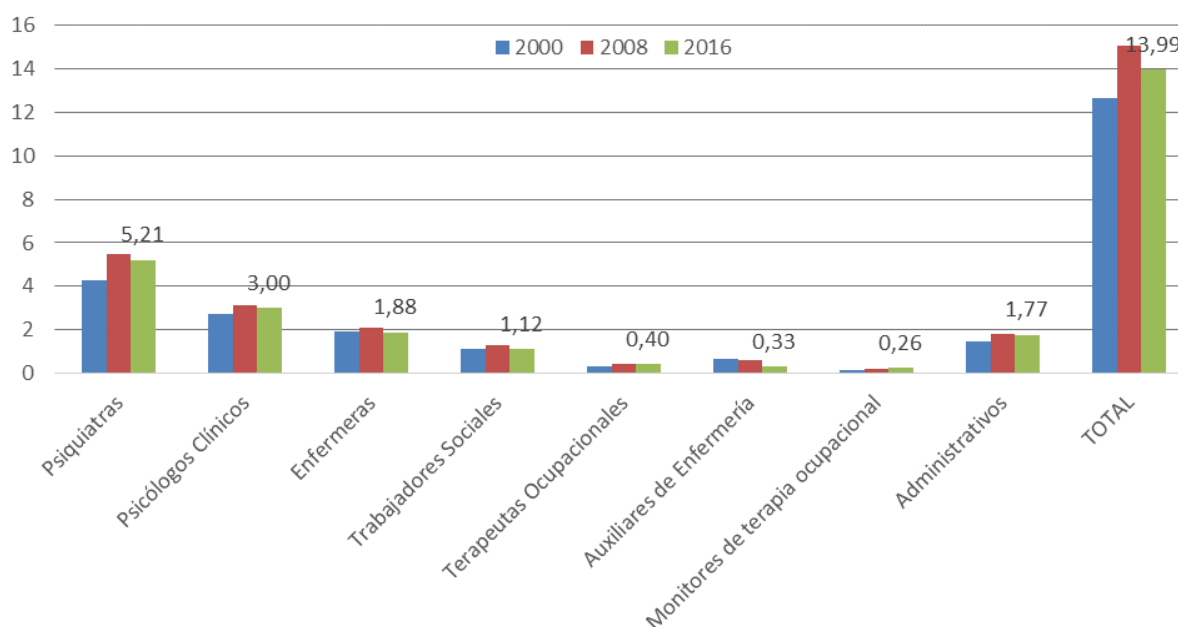


Figura 16. Ratio de profesionales de Centros de Salud Mental y Hospitales de Día del Servicio Madrileño de Salud en los años 2000, 2008 y 2016 (Fuente: Oficina Regional Coordinación de Salud Mental)



Si bien en los últimos años se ha producido un incremento discreto de recursos en lo que a unidades de hospitalización se refiere, tanto en camas de hospitalización breve, como de Media y Larga Estancia de adultos y adolescentes, en la plantilla de recursos humanos de los Centros de Salud Mental se ha producido una tendencia a la estabilización, y ligero decremento en algunos casos (Figura 16), fundamentalmente a expensas de la no cobertura al 100% de las jubilaciones.

## 2.3. Actividad, evolución de la demanda y demora.

### 2.3.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL AMBULATORIA

En los últimos cuatro años se ha realizado una actividad ambulatoria con tendencia de crecimiento sostenido como puede apreciarse en la siguiente tabla 21a.

AÑO	Psiquiatría Consultas Alta Resolución	Psiquiatría Consultas Sucesivas	Psiquiatría Interconsultas	Psiquiatría Primeras Consultas	Tratamientos Hospital de Día Psiquiátrico	Total
2013	2.174	504.772	21.195	111.096	114.701	<b>753.938</b>
2014	1.164	534.909	21.088	109.033	125.410	<b>791.604</b>
2015	1.091	571.934	20.197	114.719	127.850	<b>835.791</b>
2016	2.311	558.123	18.308	111.124	131.893	<b>821.759</b>

Tabla 21. Datos de actividad asistencial ambulatoria. FUENTE: SIAE

En la figura 17 a se aprecia una tendencia sostenida de crecimiento desde el año 2002 que se hace particularmente patente en el incremento de nuevas consultas desde el año 2013.

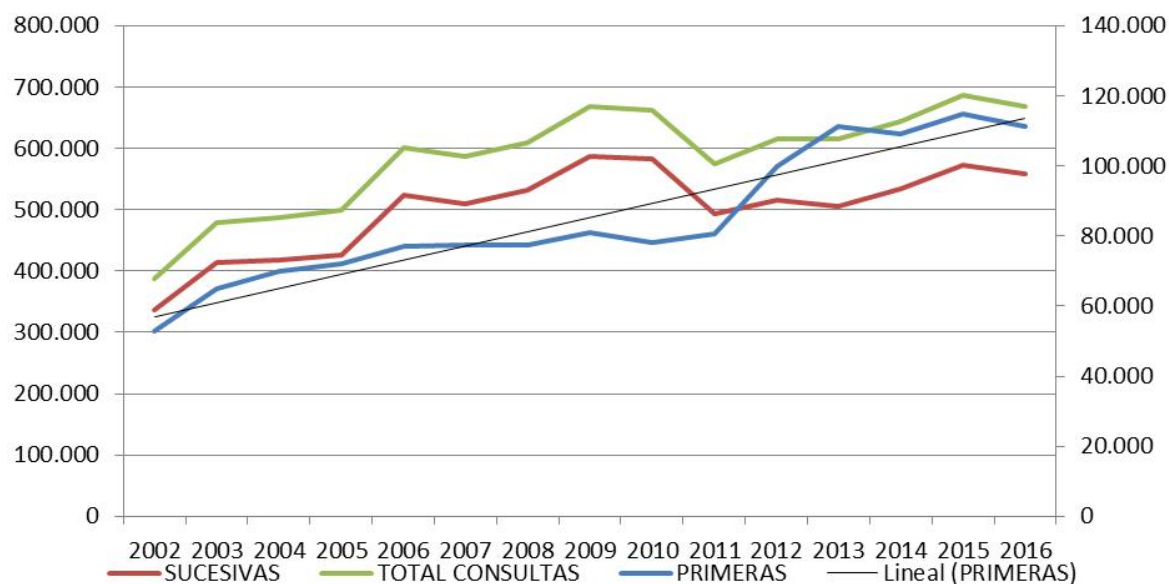


Figura 17a. Actividad de consultas en el periodo 2002-2016. FUENTE: Análisis SIAE de la ORCSM

La prestación de consultas de alta resolución así como la prestación de hospital de día también ha experimentado una tendencia creciente desde el año 2012, como se muestra en la figura 17

b.

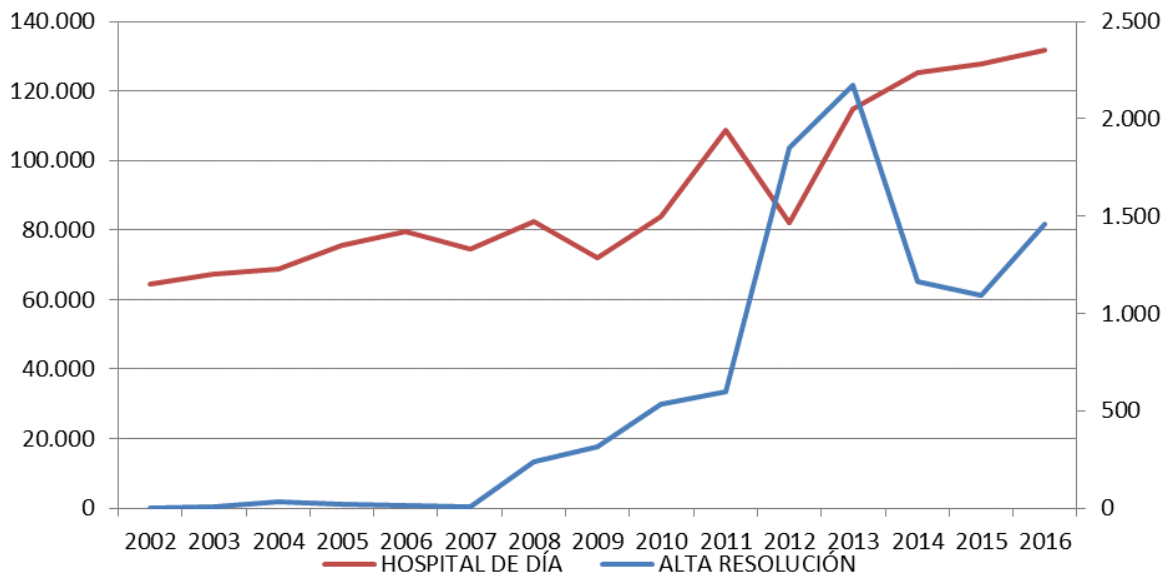


Figura 17b. Actividad de consultas de alta resolución y de tratamientos en Hospital de Día en el periodo 2002-2016.

FUENTE: Análisis SIAE de la ORCSM

En comparación con los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad respecto a otras Comunidades Autónomas (tabla 21 b), la incidencia de primeras consultas de psiquiatría en la Comunidad de Madrid se sitúa por encima de los valores en España, con una tendencia al alza, frente a la estabilización de los valores globales (Figura 18 A)

	Comunidad de Madrid					España				
	2011	2012	2013	2014	2015	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Primeras consultas</b>	98.372	116.620	130.509	124.189	135.379	636.971	696.781	722.856	741.641	720.014
<b>Consultas totales</b>	671.915	711.654	714.657	727.885	774.997	4.204.939	4.885.656	4.995.096	5.164.042	5.224.045
<b>Incidencia de 1<sup>as</sup> consultas<sup>1</sup></b>	15,38	18,15	20,35	19,47	21,20	13,65	14,88	15,47	15,95	15,50
<b>Frecuentación<sup>2</sup></b>	105,46	111,08	111,85	114,19	121,08	91,16	105,83	107,21	111,17	112,53
<b>% de primeras consultas de totales</b>	14,64%	16,39%	18,26%	17,06%	17,47%	15,15%	14,26%	14,47%	14,36%	13,78%

1Primeras consultas anuales por cada 1000 habitantes. Se considera población anual la publicada en el INE a 1 de enero de cada año.  
2nº de consultas por 1000 habitantes. Nº total de visitas anuales por cada 1000 habitantes.

Tabla 21 b. Indicadores de actividad de consulta ambulatoria de hospitales de la Comunidad de Madrid y del total de España. Fuente SIAE. Portal Estadístico SNS

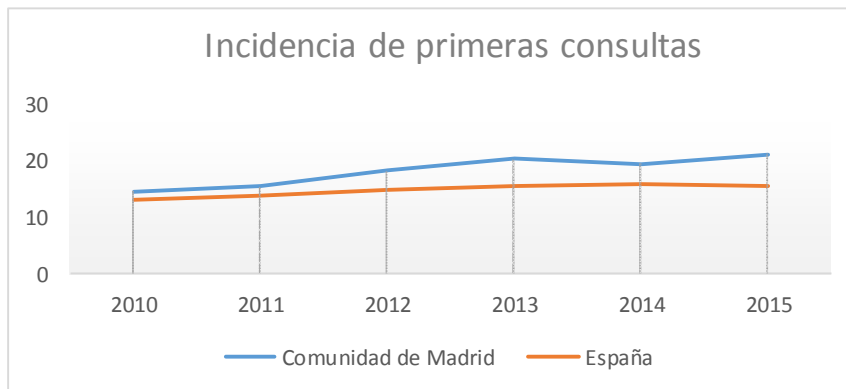


Figura 18 a. Incidencia de primeras consultas de psiquiatría en la Comunidad de Madrid y en España entre 2010 y 2015. Fuente SIAE. Portal Estadístico SNS

Por otra parte, la frecuentación o consultas totales de psiquiatría por 1000 habitantes se encuentran sensiblemente por encima de los valores en España (Figura 18 b). En coherencia con estos datos, en la figura 18c se observa una tendencia opuesta en el porcentaje de primeras consultas frente a totales, al alza en el caso de la Comunidad de Madrid y en descenso en España.



Figura 18 b. Consultas totales de psiquiatría por 1000 habitantes en la Comunidad de Madrid y en España entre 2010 y 2015. Fuente SIAE. Portal Estadístico SNS

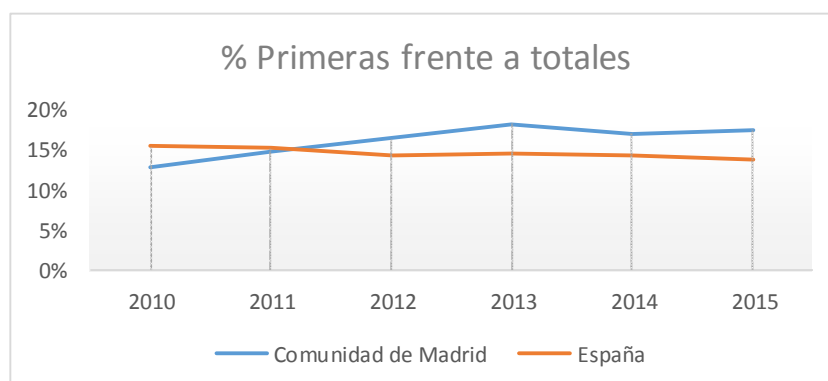


Figura 18 c. Distribución de las primeras consultas de psiquiatría frente a las totales en la Comunidad de Madrid y en España entre 2010 y 2015. Fuente SIAE. Portal Estadístico SNS

### 2.3.2. Evolución de la demanda y la demora ambulatorias

En los últimos años (2013-2015) se advierte un incremento notable de la demanda de atención de salud mental (tabla 22), preferentemente de atención psicológica y predominante de atención a niños y adolescentes, concretamente un aumento del 6.84%.

	13	14	15	16	201
Evolución demanda adultos					
<b>Psiquiatría</b>	47.	45.	46.	39.	
<b>Psicología clínica</b>	23.	24.	27.	26.	
Evolución demanda infantil					
<b>Psiquiatría</b>	8.0	7.3	7.4	616	
<b>Psicología clínica</b>	10.	11.	12.	12.	

Tabla 22. Demanda de consulta de psiquiatría y psicología en adultos y niños 2013-2016

Las demoras ambulatorias de primera consulta han crecido fundamentalmente a expensas de la atención psicológica y sobre todo en la atención a niños y adolescentes. Sin bien en la tabla 23 se muestran los valores medios de demora en las distintas áreas de la atención a adultos y a niños y adolescentes, las diferencias son significativas en unos centros respecto a otros superando en algunos hospitales esta demora los 180 días para la primera consulta.

	2.014	2.015	2016
Evolución demora media 1ª consulta de adultos (días)			
<b>Psiquiatría</b>	27,74	32,70	29,80
<b>Psicología clínica</b>	70,40	78,37	73,02
Evolución demora media 1ª consulta infantil (días)			
<b>Psiquiatría</b>	36,03	30,81	36,82
<b>Psicología clínica</b>	66,97	61,30	61,36

Tabla 23. Días de demora para 1ª consulta de psiquiatría y psicología en adultos y niños 2013-2016. Fuente: SCAE

### 2.3.3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN COMPLETA

Las altas hospitalarias han mostrado un incremento progresivo en los últimos cuatro años, no siendo comparable el año 2016 por modificación de metodología de codificación del CMBD (Tabla 24) En el caso de las Unidades de Hospitalización Breve de Niños y Adolescentes (*ORCSM, 2017*) el incremento es del 14.33%.

EVOLUCION ALTAS	2013	2014	2015	2016	2017
<18 años	774	833	911	748	797*
>= 18 años	9.942	10.284	10.308	8857	9596
<b>Total Psiquiatría</b>	<b>10.716</b>	<b>11.117</b>	<b>11.219</b>	<b>9.897</b>	<b>10.393</b>

Tabla 24. Número de altas anuales de unidades de hospitalización de Psiquiatría de 2013-2017. Fuente: CMBD

\*Hospitalización de gestión directa

La evolución del número de ingresos urgentes (Tabla 25) ha mantenido tendencia creciente con progresiva disminución de los ingresos programados.

Año	INGRESOS PROGRAMADOS	INGRESOS URGENTES	TRASLADOS	TOTAL INGRESOS
	Nº (% del total)	Nº (% del total)		
<b>2012</b>	1.246 (11,91%)	9.218 (88,09%)	802	<b>11.266</b>
<b>2013</b>	1.496 (13,43%)	9.642 (86,57%)	823	<b>11.961</b>
<b>2014</b>	1.434 (12,64%)	9.910 (87,36%)	810	<b>12.154</b>
<b>2015</b>	1.374 (12,13%)	9.949 (87,87%)	718	<b>12.041</b>
<b>2016</b>	1.078 (9,54%)	10.224 (90,46%)	622	<b>11.924</b>

Tabla 25. Número de ingresos hospitalarios en psiquiatría y distribución de urgentes y programados en 2012-2016.  
Fuente: CMB

En la figura 19 puede confirmarse gráficamente la tendencia creciente de total de ingresos, y la trayectoria divergente entre los ingresos urgentes y programados.

En el análisis del total de ingresos producidos en Unidades de Hospitalización por grupo diagnóstico CIE, en el año 2016, más del 57 % corresponden a personas con Trastorno Mental Grave. Los Trastornos psicóticos y los Trastornos del estado de ánimo representan el mayor porcentaje (Figura 20)

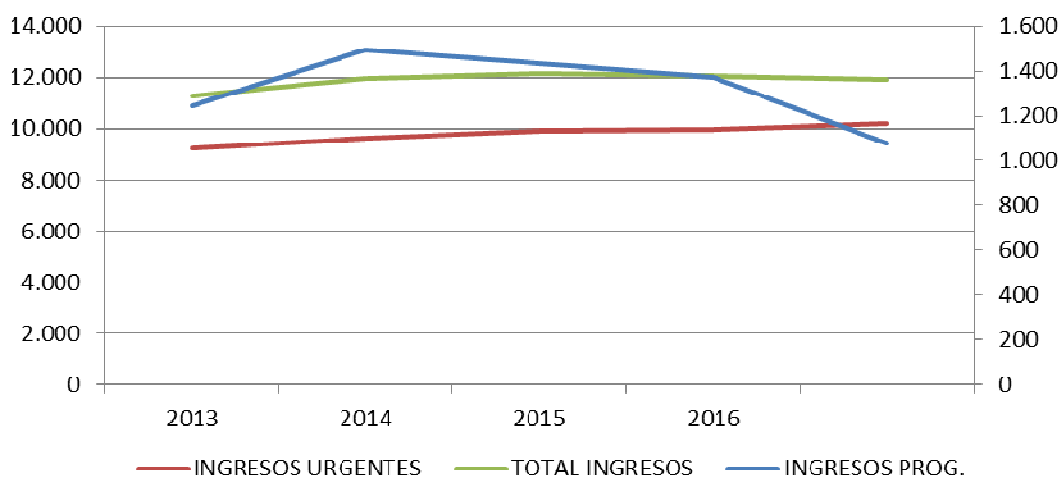


Figura 19. Ingresos Urgentes y Programados en Unidades de Psiquiatría entre 2013 y 2016. Fuente: Análisis SIAE de la ORCSM.

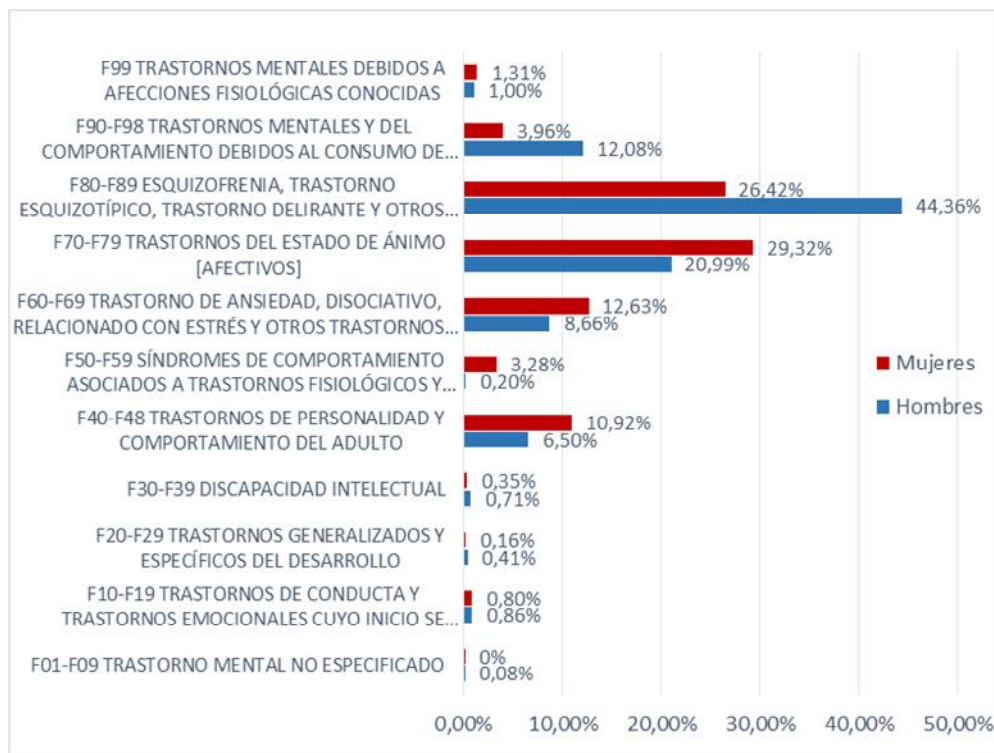


Figura 20. Distribución de los ingresos en Unidades de Psiquiatría en 2017 por grupo diagnóstico CIE. Fuente CMBD

### 2.3.4. INDICADORES FUNCIONALES DE HOSPITALIZACIÓN

Como se muestra en la tabla 26, en el periodo 2013-2015 el número de ingresos ha crecido, disminuyendo ligeramente la estancia media. La proporción de reingresos en los primeros 30 días tras el alta se ha mantenido estable en este periodo en torno al 10%

INDICADORES FUNCIONALES UHB	2013	2014	2015	2016
Número de Ingresos	10.716	11.117	11.219	9.897
Estancia media (días)	12,51	12,20	12,22	12,45
% de Reingresos urgentes (media anual)	10%	10%	10%	11%
% de Reingresos urgentes (mediana anual)	10%	10%	10%	9%

Tabla 26. Número de ingresos, estancias y promedio de reingresos en unidades de psiquiatría 2013-2016. Fuente: CMBD.

En las tablas 27, 28, 29 y 30 se detallan, respectivamente, indicadores funcionales del año 2016 de las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación, de las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, de las Unidades de Trastornos de Personalidad y de las Unidades Hospitalarias para tratamiento de los Trastornos Adictivos y Patología Dual en Centros Psiquiátricos



Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (U.H.T.R.) 2016 Media Estancia	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	INDICE DE OCUPACION ANUAL	ESTANCIA MEDIA ANUAL	PACIENTES EN LISTA DE ESPERA
Instituto Psiquiátrico José Germain	77	78	98	90,03	277,1	16
Clínica San Miguel HHSC	60	61	59	98,71	338,8	45
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	35	19	18	96,58	871,5	28
Complejo Asistencial Benito Menni (Ciempozuelos)	30	26	26	97,95	361,6	15
<b>Total</b>	<b>202</b>	<b>184</b>	<b>201</b>	<b>95,82</b>	<b>462,2</b>	<b>104</b>

Tabla 27. Indicadores de actividad de las Unidades de tratamiento y rehabilitación.

Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados 2016 Larga estancia	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	INDICE DE OCUPACION ANUAL	Pacientes en lista de espera
Instituto Psiquiátrico José Germain	94	1	4	98,28	57
Hospital Dr. R. Lafora	200	18	16	99,30	38
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	286	23	21	99,98	98
Complejo Asistencial Benito Menni (Ciempozuelos)	235	13	15	98,55	33
Centro Asistencial Santa Teresa de Arévalo	79	1	1	99,98	-
<b>TOTAL</b>	<b>894</b>	<b>56</b>	<b>57</b>	<b>99,21</b>	<b>226</b>

Tabla 28. Indicadores de actividad de las Unidades de Cuidados Prolongados Psiquiátricos

Unidades de Trastornos de la Personalidad 2016	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	Nº ALTAS VOLUNTARIAS	INDICE DE OCUPACION ANUAL	ESTANCIA MEDIA
--	--------------------	---------------------	------------------	----------------------	---------------------------	----------------

Hospital Dr. R. Lafora	16	31	37	9	87,6	138,6
<b>TOTAL</b>	<b>16*</b>	<b>31</b>	<b>37</b>	<b>9</b>	<b>87,6</b>	<b>138,6</b>

\*En el momento actual el número de camas es de 30 tras un proceso de ampliación de la Unidad. Los datos de actividad se refieren a las 16 camas previas

Tabla 29. Indicadores de actividad de Unidad de Trastornos de la personalidad

2016	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	INDICE DE OCUPACION ANUAL	ESTANCIA MEDIA ANUAL	PACIENTES EN LISTA DE ESPERA
<b>Desintoxicación alcohol</b>						
Hospital Dr. R. Lafora	15	313	312	93	13,0	167
<b>Deshabitación alcohol</b>						
Hospital Dr. R. Lafora	20	264	266	93	25,6	22

Tabla 30. Indicadores de actividad de Unidad de tratamiento de trastornos adictivos y Patología Dual

En cuanto a otros indicadores funcionales de hospitalización en comparación con los Servicios de Salud de otras Comunidades Autónomas, a partir de datos del Ministerio de Sanidad, los hospitales de Servicio Madrileño de Salud presentan una estancia media en las UHB por debajo de los valores en España (figura 20a).



Figura 20 a. Estancia media de las Unidades de agudos de los hospitales de la Comunidad de Madrid y del total de España entre 2010 y 2015. Fuente SIAE. Portal Estadístico SNS

Del mismo modo, tanto el índice de ocupación (Figura 20b) como el índice de rotación (Figura 20c) presentan valores más altos a los alcanzados en las UHB de España, con una tendencia creciente especialmente en el índice de ocupación respecto a las tendencias globales.

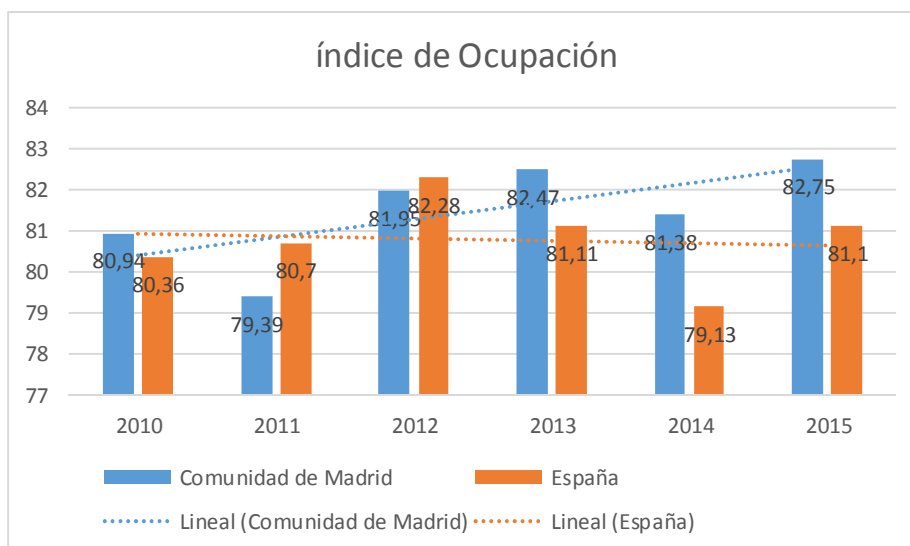


Figura 20 b. índice de ocupación y tendencias de las Unidades de agudos de los hospitales de la Comunidad de Madrid y del total de España entre 2010 y 2015. Fuente SIAE. Portal Estadístico SNS

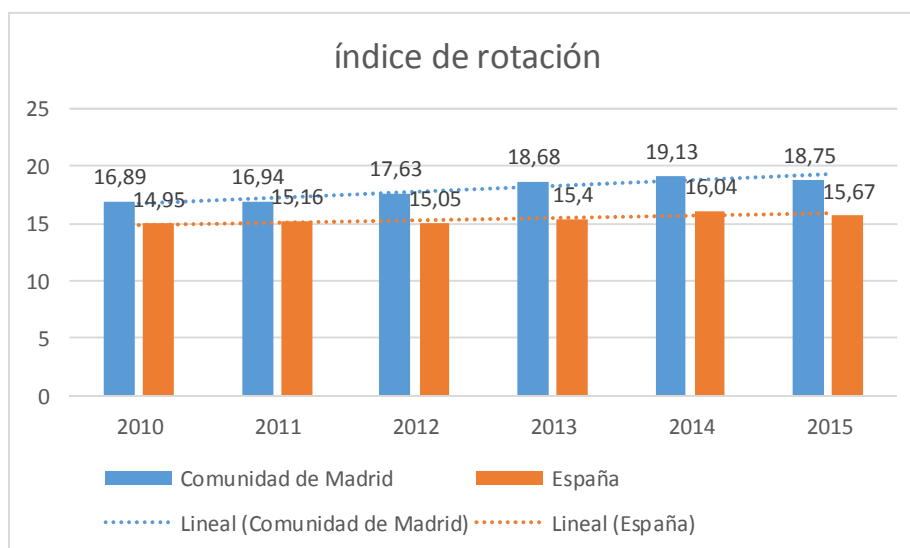


Figura 20 c. índice de rotación y tendencias de los hospitales de la Comunidad de Madrid y del total de España entre 2010 y 2015. Fuente SIAE. Portal Estadístico SNS

### 2.3.5. PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS

En la Comunidad de Madrid desde hace más de 25 años se desarrolla una atención a las personas con Trastorno Mental Grave a través de un modelo colaborativo de coordinación y complementariedad que integra recursos sanitarios de la Red de Salud Mental y recursos sociales de la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave.

El Programa de Continuidad de Cuidados (PCC), está dirigido a la atención de pacientes con TMG, se organiza como un proceso asistencial multiprofesional y longitudinal para pacientes que presentan deterioro, déficits o discapacidad 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 herramientas 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 y mejora con los objetivos de superar o reducir sus síntomas y discapacidades y de alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social.

Según datos de diciembre de 2016 se están atendiendo a **15.592 personas con TMG en los Programas de Continuidad de Cuidados** de la Red de Salud Mental (14.237 mayores de 18 años y 1.355 menores de 18 años.), cifra ésta que triplica la de 2007 referida en el Plan de Salud Mental anterior.

Algunos de estos pacientes requieren ingreso programado en Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación de Media Estancia o en Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados de Larga Estancia. Lo hacen 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.

La evolución de la lista de espera para las Unidades de Media y Larga estancia se describe en la tabla 31.

Año	Lista de espera Media Estancia	Lista de espera Larga Estancia	Total inscritos en lista de espera
<b>2008 (diciembre)</b>	68	93	<b>161</b>
<b>2010 (junio)</b>	177	204	<b>381</b>
<b>2011 (marzo)*</b>	98	134	<b>332</b>
<b>2013 (abril)</b>	<b>165</b>	<b>190</b>	<b>355</b>
<b>2014 (14.5.2014)**</b>	<b>171</b>	<b>253</b>	<b>424</b>
<b>2016 (Dic)</b>	<b>105</b>	<b>241</b>	<b>346</b>

Tabla 31. Lista de espeta de unidades de media y larga estancia en distintos momentos desde el año 2008 2016.  
Fuente: ORCSM \*Apertura de 47 nuevas camas de media/larga estancia \*\*Apertura de 52 nuevas camas de media/larga estancia

La población de los enfermos ingresada en las camas de larga estancia a fecha mayo de 2014 tenían las siguientes características generales, no habiéndose producido cambios significativos de tendencia:

- a) Edad media 59,31 años
- b) Estancia media general 11,76 años
- c) El 31,2 % de los enfermos tiene más de 65 años. Son pacientes en los que la enfermedad mental que motivó su ingreso años atrás ha pasado a un segundo plano, siendo sus necesidades predominantemente derivadas de pluripatología y enfermedades degenerativas deteriorantes.
- d) El 48,8 % tiene estancias superiores a 10 años.

La mejora en la coordinación tanto intra como interinstitucional sociosanitaria para la adecuación de recursos a las necesidades de los pacientes ha propiciado el crecimiento del número de altas a la comunidad. No obstante no se ha eliminado completamente el “fenómeno de cuello de botella” acumulativo a lo largo de los años y la incorporación a la lista de espera supera las altas que se producen. Se puede estimar este desfase en un promedio de 18 pacientes/año.

### **2.3.6. OBJETIVOS INSTITUCIONALES DE SALUD MENTAL EN LOS HOSPITALES.**

Durante los años 2012, 2013, 2014 y 2015 se incluyeron objetivos de salud mental dentro de los Objetivos Institucionales de Calidad y Seguridad del Paciente de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud, a través del acuerdo con la Subdirección General de Calidad Asistencial responsable de su coordinación. Su contenido se refería por una parte al programa ARSUIC, con objeto de avanzar en el seguimiento precoz de las personas con tentativas suicidas, y en el conocimiento de los factores de riesgo asociados. Así mismo, se trabajó en la implantación de protocolos de continuidad de cuidados en personas con TMG en población adulta e infanto-juvenil y en la elaboración, actualización e implantación de protocolos garantistas de medidas restrictivas en las Unidades de Psiquiatría desde el respeto a la dignidad de las personas y sus derechos fundamentales, en aras de una atención humanizada y segura, en el mejor interés de los pacientes. Se puede decir que, gracias a los objetivos incluidos en contrato programa se ha avanzado en las líneas de trabajo marcadas y en la cultura de seguridad en salud mental, que tiene continuidad a través de los objetivos y actuaciones incluidas en la Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020, que coordina la Subdirección General de Calidad Asistencial. Así mismo, han constituido una herramienta eficaz para promover el compromiso de las Gerencias con los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, haciéndolos equiparables a otros servicios y promoviendo las especificidades propias.

## 2.4. Evaluación del Plan de Salud Mental 2010-2014

A continuación se transcriben las conclusiones de la evaluación interna de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, disponible como documento público en la web de la Comunidad de Madrid y que ha estado sujeta al escrutinio por los participantes en este nuevo Plan Estratégico de Salud Mental:

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 ha alcanzado un número importante de objetivos, sobre todo en lo que respecta a cambios organizativos en la estructura asistencial en salud mental, con la plena integración en la red sanitaria general, impulso de la Prevención del Suicidio en la Comunidad de Madrid y establecimiento de las bases para la Lucha contra el Estigma y la Discriminación asociados a las Personas con Enfermedad Mental.

Sin embargo, existen indudablemente áreas de mejora, algunas de las cuales se exponen a continuación:

- ☞ Dotar a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud de mayor capacidad para planificar, coordinar y evaluar los Servicios de Salud Mental y proponer cambios organizativos y estructurales, para lo cual es necesario establecer normativamente los órganos de dirección y funciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y dimensionar adecuadamente su dotación de recursos humanos.
- ☞ Implantar un Sistema de Información que permita la explotación de los datos recogidos en la Historia Clínica Electrónica referida a la atención integral que reciben los pacientes y que nos permita un conocimiento clínico, estadístico y epidemiológico.
- ☞ Generalizar al resto de Hospitales la implantación de Áreas de Gestión Clínica en Salud Mental
- ☞ Avanzar en la implantación de gestión por procesos en Salud Mental en los centros y servicios de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.
- ☞ Impulsar la puesta en funcionamiento de un Hospital de Día para el Hospital La Paz, que actualmente comparte con el Hospital Infanta Sofía.
- ☞ Revisar y en su caso, actualizar la dotación en recursos humanos, de los Servicios de Salud Mental ambulatorios de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud, en especial los que están destinados a la atención a niños y adolescentes. Se monitorizarán los tiempos medios y máximos de espera para primeras consultas en los Servicios de Salud Mental para la atención en las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica, tanto para adultos como para infantojuvenil.
- ☞ Potenciar los Programas de Continuidad de Cuidados de pacientes con Trastorno Mental Grave

- ☞ Diseñar nuevos procesos asistenciales de atención integrada a la salud mental entre los niveles de Atención Primaria y Salud Mental
  - ☞ Favorecer la atención psicológica de trastornos emocionales como la ansiedad, depresión y somatizaciones, en los Centros de Salud de Atención Primaria.
  - ☞ Adecuar la oferta de camas de media y de larga estancia para pacientes con Trastorno Mental Grave a la demanda optimizando los recursos disponibles, con el objetivo de mantener una lista de espera asumible.
  - ☞ Ampliar el actual número de plazas de Hospital de Día infanto-juvenil actualmente existentes en los centros asistenciales del Servicio Madrileño de Salud, mejorando la oferta actual necesaria para atender la demanda
  - ☞ Adecuar el número de camas para Hospitalización Breve en adolescentes mejorando la oferta actual y adaptándola a las necesidades para atender la demanda existente, creciente en los últimos años
  - ☞ Impulsar la creación de una Unidad de Media Estancia para rehabilitación de pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria Graves, para completar el circuito asistencial, cuya creación impulsó el Pacto Social contra la Anorexia y la Bulimia.
  - ☞ Diseñar e implantar un programa para que se realice adecuadamente la transición entre los Unidades del Servicio Madrileño de Salud que atienden a niños y adolescentes y las Unidades para adultos, con el riesgo de evitar el riesgo para la continuidad de cuidados de pacientes que requieren una continuación en la asistencia en la vida adulta.
  - ☞ Implementar la Hospitalización de Día para Trastornos Graves de La Personalidad, para incrementar la oferta actual que brinda el Hospital Clínico de San Carlos dentro del Servicio Madrileño de Salud.
  - ☞ En el ámbito de la Prevención del Suicidio elaborar una Estrategia regional de prevención del suicidio que incluya:
    - Extender a otros Hospitales las acciones preventivas llevadas hasta ahora en los Programas piloto de Hospital Universitario 12 de Octubre y Fundación Jiménez Díaz;
    - Consolidar la prestación ARSUIC que garantiza la continuidad asistencial de pacientes con riesgo suicida;
    - Intensificar campañas informativas dirigidas a familiares, pacientes, profesionales, facilitadores sociales y población general;
    - Prestar atención específica a familiares y allegados de personas que se han suicidado;
- Intensificar la formación en detección y manejo del riesgo suicida para profesionales de Atención Primaria, SUMMA 112, profesores (en coordinación con Consejería de Educación e Investigación), bomberos, fuerzas de seguridad y otros facilitadores sociales.

## 2.5. Conclusiones y áreas de mejora

Las conclusiones y áreas de mejora identificadas han tenido en cuenta la información recogida en el apartado de análisis de situación, aspectos de análisis externo del marco de referencia definido y elementos identificados por participantes y grupos de interés en el proceso dinámico de elaboración del plan.

Entre las conclusiones del análisis de situación destacan las siguientes:

1. La ratio poblacional actual de profesionales se encuentra por debajo de la propuesta deseable desde el Plan de Salud Mental 2003-2008 referida a la atención ambulatoria (1 Psiquiatra de adultos/20.000 habitantes mayores de 18 años; 1 Psicólogo de adultos/40.000 habitantes mayores de 18 años; 1 Enfermera / 40.000 habitantes; 1 Psiquiatra infantil/20.000 habitantes menores de 18 años; 1 Psicólogo infantil/25.000 habitantes menores de 18 años; 1 Trabajador Social/75.000 habitantes), con heterogeneidad geográfica en el mapa de necesidades prioritarias, y preferencia en el ámbito de la atención infantojuvenil y de la dotación del Programa de Continuidad de Cuidados de los Centros de Salud Mental.
2. Se ha producido un notable incremento poblacional con respecto al Plan de Salud Mental anterior, así como un envejecimiento significativo, que afecta no solo a los usuarios, sino a sus cuidadores.
3. Se ha constatado un aumento progresivo de la demanda de atención ambulatoria en los últimos años.
4. Se ha producido un significativo incremento de actividad tanto hospitalaria como ambulatoria coincidente con una tendencia a la estabilización de las plantillas de recursos humanos, ilustrativa de una muy notable mejora en la eficiencia del funcionamiento, con muy escasos y circunscritos márgenes de reorganización sin el refuerzo neto de las mismas.
5. Se ha producido un incremento de la complejidad de esta demanda por factores psicosociales y un aumento muy notable del número de pacientes en el Programa de Continuidad de Cuidados de los Centros de Salud Mental que triplica la cifra de 2007 recogida en el Plan anterior.
6. Se ha producido un incremento en las demoras tanto ambulatorias, sobre todo de atención psicológica e infanto-juvenil, como de lista de espera para camas de media y larga estancia.

Como consecuencia de estas conclusiones se considera necesario en este momento organizativo seguir avanzando formalmente en un modelo de organización de la salud mental madrileña orientado más proactivamente a la detección temprana de necesidades y tratamiento intensivo del Trastorno Mental Grave en la comunidad, por ser especialmente susceptible de ser víctima de la ley de cuidados inversos, para evitar su acceso tardío, incremento de la complejidad y



cronicidad. Para acometer estas mejoras es necesario incrementar la dotación de recursos humanos con carácter prioritario en los centros de salud mental.

En paralelo, y con el mismo espíritu proactivo, se ha de mejorar el tratamiento del Trastorno Mental Común en eficiente coordinación con Atención Primaria combatiendo conjuntamente el fenómeno de medicalización y psicologización de los malestares de la vida cotidiana, por ser maleficente, ineficiente e inequitativo, e incorporando procesos integrados de atención y procedimientos asistenciales homogéneos basados en la evidencia.

Así mismo es imprescindible potenciar la articulación armoniosa entre las tres redes asistenciales complejas que le dan cobertura (Sanitaria, Rehabilitadora Psicosocial y Adicciones), basándose en un modelo colaborativo vinculante de coordinación, cuyo objetivo final sea mejorar la atención a los ciudadanos, con su creciente participación activa y protagonismo.

En definitiva la reorientación del modelo hacia un funcionamiento proactivo pasa por abordar las siguientes áreas de mejora identificadas que se exponen a continuación, y que marcarán, entre otras, el desarrollo de las líneas estratégicas del nuevo plan:

1. Accesibilidad y mantenimiento de la atención de salud mental de las personas con Trastorno Mental Grave
2. Respuesta coordinada y eficiente a las personas con Trastorno Mental Común
3. Dimensionamiento de los recursos humanos según las necesidades identificadas en cada ámbito geográfico.
4. Desarrollo completo de la ruta sociosanitaria en salud mental.
5. Atención coordinada y de calidad a las personas con trastornos adictivos.
6. Calidad asistencial y seguridad del paciente en salud mental.
7. Procesos integrados de atención, buenas prácticas y homogeneización de procedimientos.
8. Sistemas de información con fines asistenciales y de gestión.
9. Formación de los profesionales en trato y comunicación con personas con problemas mentales, respeto a sus derechos y manejo de situaciones difíciles.
10. Participación activa de los usuarios, tanto a nivel de relación clínica como de organización.

### 3. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL PLAN

#### MISIÓN

Definir, Planificar, Implementar y Evaluar las actuaciones efectivas y la adecuación de recursos que cubran las necesidades identificadas para mejorar la salud mental de la población de la Comunidad de Madrid, en el marco del modelo comunitario de atención a la misma.

#### VISIÓN

Avanzar en el proceso de mejora continua, reorientando la organización hacia un funcionamiento más proactivo con el objetivo de garantizar la accesibilidad y atención precoz, integral, multidisciplinar, integrada, flexible, segura, satisfactoria, respetuosa, homogénea y pertinente, a través de la generalización de actuaciones efectivas y basadas en evidencia, que reduzcan la variabilidad, para conseguir el mejor tratamiento, rehabilitación y recuperación y lograr la excelencia en la atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid.

#### VALORES

- Garantía del ejercicio de la Autonomía de las personas con Trastorno Mental y promoción de su máximo grado posible y consecución de su proyecto vital.
- Respeto a la dignidad de las personas con Trastorno Mental y sus derechos y evitación de prácticas restrictivas maleficentes.
- Humanización de la asistencia en Salud Mental y lucha contra el Estigma.
- Participación activa y corresponsable de las personas con Trastorno Mental, familias, profesionales y otras entidades de la sociedad civil articuladas en torno a la salud mental.
- Equidad en el acceso, Justicia distributiva en la asignación de recursos y evitación de la Ley de Cuidados Inversos en Salud Mental.
- Eficiencia en los distintos niveles de gestión en Salud Mental.
- Responsabilidad en el ejercicio de liderazgos clínicos y de gestión.

## 4. METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Tras el periodo de vigencia del Plan de Salud Mental 2010-2014, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM) asume el proyecto en 2016 de elaborar un nuevo Plan de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud para la Comunidad de Madrid.

Con este fin, la ORCSM comienza por identificar los problemas de salud relevantes, aplicándoles un enfoque y metodología (Figuras 21 a y 21 b) que persiguen involucrar al máximo de actores posibles, con el fin de generar compromisos que permitan la viabilidad y sostenibilidad de las acciones, así como el ajuste a las necesidades y prioridades del momento.

Para ello se han desarrollado en paralelo dos vías de participación: por una parte, los grupos de trabajo multiprofesionales que han profundizado en el análisis de los problemas identificados y han formulado propuestas de objetivos y de actuaciones orientadas a su consecución y, por otra, las aportaciones sobre necesidades y alternativas de acción provenientes de asociaciones de pacientes y familiares así como de los responsables de los Servicios y Unidades de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, a quienes se solicita la valoración de los objetivos marcados, así como acciones para su logro, y nuevas aportaciones. Otros grupos de interés como sociedades científicas y colegios y asociaciones profesionales también han contribuido en la definición final de propuestas de acción, a través de aportaciones sobre las líneas y objetivos priorizados.

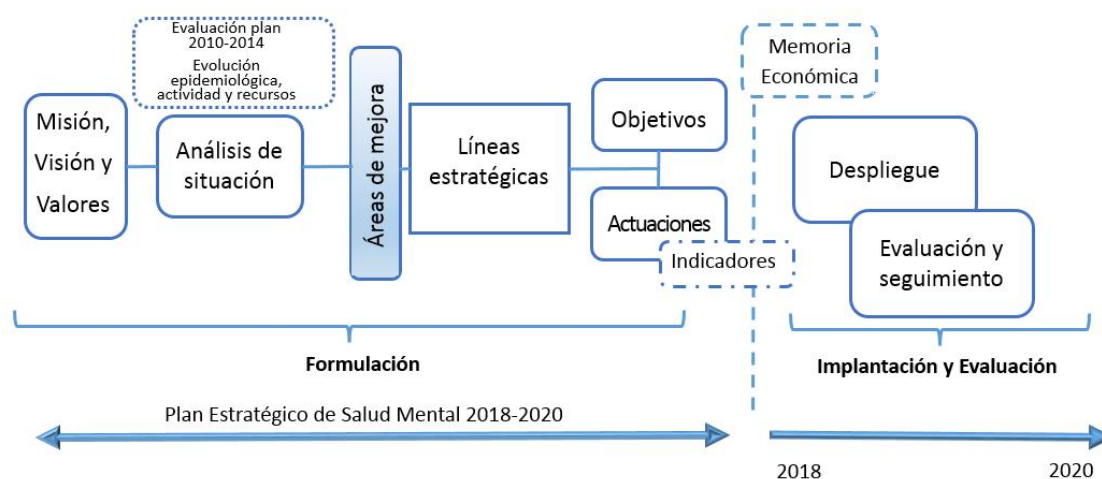


Figura 21 a. Metodología de elaboración del plan.

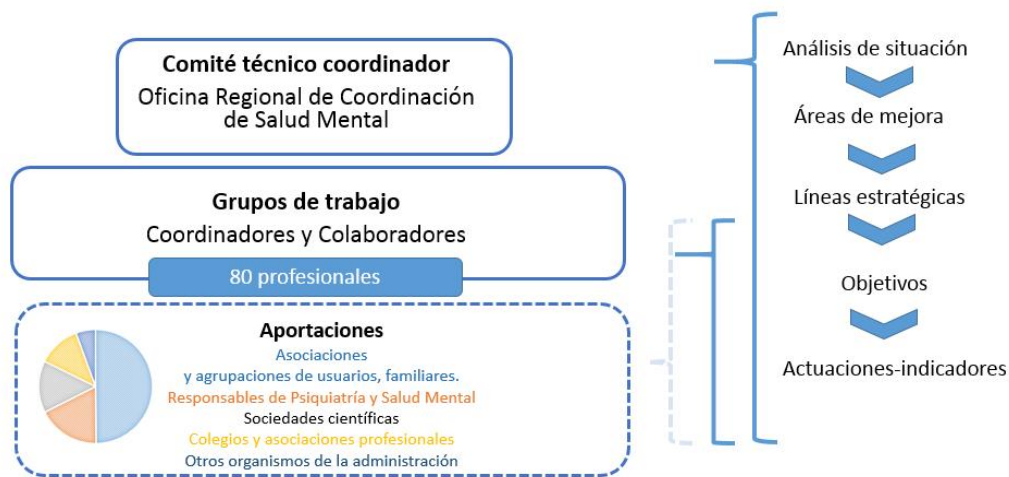


Figura 21 b. Organización de los participantes en el proceso de trabajo para la elaboración del plan

Cabe destacar la participación en el Plan de ciudadanos que han sido usuarios de los Servicios de Salud Mental y que se han organizado de forma activa para trasladar sus percepciones y necesidades de mejora a la Oficina, lo que ha aportado un carácter especialmente vinculante con las necesidades percibidas por parte de la población.

A continuación describimos el proceso de elaboración dividido en cuatro fases (Figura 21c)

### Fase I: Definición de líneas estratégicas, constitución de los grupos de trabajo y propuesta de objetivos y actuaciones

Para configurar la base de contenido del plan original, se conformaron 8 grupos de trabajo de profesionales de Salud Mental de perfil multidisciplinar (en total 80 profesionales, ver grupos de trabajo en apartado de participantes). Cada uno de estos grupos se encargó de trabajar las líneas clave identificadas por la ORCSM como problemas relevantes, a partir del análisis de situación en base a los datos demográficos y epidemiológicos disponibles, así como de recursos y actividad de la red de centros y dispositivos en la última década, las áreas de mejora detectadas en la actividad de coordinación realizada en este periodo y la evaluación del plan anterior. El análisis de situación se completó con aspectos de análisis externo en nuestro marco de referencia y elementos identificados por participantes y grupos de interés en el proceso dinámico de elaboración del plan.

Las líneas clave identificadas originalmente por la ORCSM como problemas relevantes sobre los que trabajar fueron, por una parte dos grandes líneas de abordaje a la atención a las personas con trastorno mental grave y a la salud mental en niños y adolescentes; la atención a la salud mental en el ámbito de atención primaria y la atención a las personas con trastornos adictivos; otras dos

líneas transversales sobre prevención del suicidio y sobre humanización y lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental; y tres líneas con especificidades propias que requieren atención singular: la atención a las personas con trastorno del espectro autista, la atención a las personas con trastorno de la conducta alimentaria y la atención a las personas con trastorno de la personalidad.



Figura 21c. Fases del proceso de elaboración del plan de salud mental

Desde los grupos se identificaron los logros alcanzados y retos pendientes en cada línea, los objetivos a conseguir y las actuaciones que podrían facilitar su consecución, con un horizonte de ejecución a corto y medio plazo.

En cada grupo han participado entre 8 y 12 profesionales con perfiles de psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social, de diferentes dispositivos y unidades del Servicio Madrileño de Salud y dos profesionales de la Consejería de Políticas Sociales y Familia, dada su especial vinculación a través de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave. Para su conformación se procuró aunar perspectivas múltiples, capacidad de establecer objetivos y acciones comunes y trayectoria de compromiso con la atención de calidad a las personas con trastorno mental en la Comunidad de Madrid. La dinámica empleada a través de reuniones presenciales y trabajo colaborativo vía web, con un coordinador por grupo, ha buscado promover la reflexión, el debate, la participación y el consenso de los expertos.

### FASE II: Desarrollo de líneas estratégicas, objetivos y actuaciones

En paralelo se abordó la participación de grupos de interés, a los que se informó de las líneas estratégicas de trabajo identificadas y de los objetivos establecidos por los grupos de trabajo, con

el fin de conocer su visión, completar la identificación de necesidades percibidas y abrir la posibilidad de presentar actuaciones orientadas a la consecución de los objetivos marcados. El contenido de las aportaciones fue analizado desde la coordinación técnica de la ORCSM agrupando las áreas temáticas de interés que se operativizaron sobre las propuestas de los grupos de trabajo para su valoración. La distribución de las aportaciones según grupo de interés se muestra en la figura 21d. Tanto los contenidos como el proceso de análisis, valoración e incorporación al plan se recogieron en un documento interno que servirá también como fuente de información para futuras acciones.

Por una parte, la participación de las asociaciones de pacientes y familiares del ámbito de la salud mental de la Comunidad de Madrid se desarrolló a través de comunicación presencial y telemática. Adicionalmente, se incluyeron las propuestas de un grupo no formal de usuarios que solicitó su participación.

Como resultado, surgieron actuaciones encaminadas al avance en la participación de usuarios y familiares a tres niveles: en el ámbito individual, la toma de decisiones personales y el consentimiento informado, la valoración de fórmulas para los acuerdos terapéuticos o voluntades anticipadas, y el respeto a los derechos de los usuarios; a nivel de dispositivo, a actividades de igual a igual y formación de los profesionales; y, a nivel de organización, en la evaluación del plan de salud mental. Adicionalmente, la línea de humanización y lucha contra el estigma pasó a denominarse también de participación de usuarios y familiares.

Por otra parte se realizaron reuniones con los responsables de Servicios de Psiquiatría y de Salud Mental con el fin de valorar la pertinencia y viabilidad de los objetivos propuestos y abrir vías de intercambio y transferencia, ya que son los centros y dispositivos de Hospitales y de Centros de Salud Mental los responsables de organizar y prestar los servicios.

Como resultado de estas aportaciones se incluyó una línea de trabajo sobre desarrollo de la organización, con las funciones de la propia Oficina Regional tanto a nivel interno como de coordinación intra e interinstitucional, y de los dispositivos hacia fórmulas de gestión integradas. El despliegue de esta línea facilitará información unificada que posibilite el análisis objetivo de la actividad para lograr una planificación más equitativa y la mejora de la calidad asistencial, favoreciendo el intercambio de las experiencias, buenas prácticas, y las sinergias entre los dispositivos.

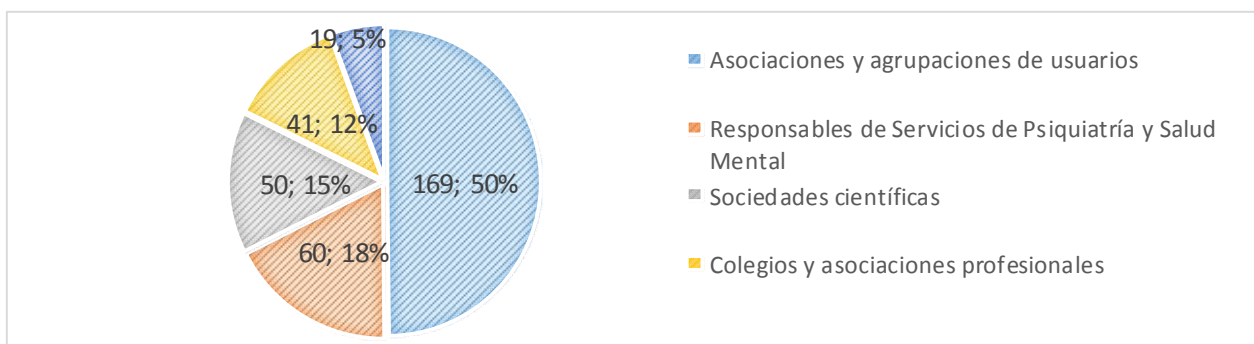


Figura 21d. Distribución de las aportaciones a las líneas y objetivos iniciales del Plan de Salud Mental facilitadas por los grupos y agentes de interés

De igual manera se informó y abrió una vía de intercambio con otros agentes involucrados, como los colegios profesionales de médicos, enfermería, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupaciones y las sociedades científicas que aportaron una visión crítica y constructiva de las limitaciones y oportunidades del plan. Todas participaron con sus aportaciones en el perfilado final de las propuestas del plan (Ver apartado de participantes).

Las noticia de los trabajos de elaboración del plan y su enfoque participativo permitió, así mismo, dar cabida a aportaciones provenientes de otros grupos interesados, como responsables de la administración vinculados con la atención a la salud mental a través de la atención a la discapacidad, quienes propusieron activamente actuaciones de coordinación que han sido tenidas en cuenta en distintos puntos del planteamiento del plan.

Finalmente, y fruto de las reuniones con los diferentes agentes y grupos de interés, se identificó la oportunidad de extraer actuaciones convergentes en las diversas líneas en materia de formación y supervisión de casos y de incorporar, como línea conjunta a la formación, el abordaje preliminar del cuidado del profesional como base para la mejora de la atención y de la calidad de la asistencia a los ciudadanos en materia de salud mental.

### Fase III: Construcción de indicadores y redacción del documento inicial

Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se ha coordinado a los diversos actores en la conformación de los contenidos y propuestas del plan. Por una parte, en la definición de propuestas de grupos de trabajo, ordenación y adecuación al alcance del Plan, en la homogeneización, identificación de sinergias y en la formulación de indicadores. Así mismo, se ha realizado el análisis de las aportaciones y su integración en las líneas de trabajo, como adaptación

de actuaciones ya propuestas o bien como nuevas actuaciones, como un intermediario entre los grupos de trabajo y los demás grupos de interés.

Durante esta fase, los grupos de trabajo abordaron la construcción de indicadores para las actuaciones revisadas, y la identificación de fuentes de información para su evaluación, matizando además, en base a su factibilidad, los objetivos y actuaciones propuestos inicialmente. La formulación de indicadores a nivel estratégico se podrá plantear al inicio del despliegue por parte de los responsables del mismo o bien de los órganos de seguimiento (Observatorio y Consejo Asesor), como se indica en el apartado 6 del Plan de Implantación, Seguimiento y Evaluación.

Finalmente se establecieron 10 líneas estratégicas, las iniciales sobre las que se conformaron los grupos de trabajo, y dos nuevas, la línea 0 de desarrollo de la organización y la línea 10 de formación y cuidado de los profesionales.

En la conformación del documento se ha tenido en cuenta la Evaluación del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014, la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, los Planes de Salud Mental vigentes en las Comunidades Autónomas, las recomendaciones sobre políticas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud para la región de Europa y, de forma específica, la Declaración sobre Salud Mental para Europa (OMS, 2005), el Plan de Acciones propuesto, así como las acciones contenidas en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 (Consejería de Sanidad, 2015), en el Plan de Humanización 2016-2019 (Consejería de Sanidad, 2016) de la Consejería de Sanidad en sus líneas de Salud Mental y el Plan de la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid 2017-2021 (Consejería de Políticas Sociales y Familia, 2017).

#### **Fase IV: Revisiones y configuración del documento final**

El documento final ha sido revisado por expertos de la Consejería de Sanidad de áreas de Planificación, Formación, Salud Pública, Calidad Asistencial, Humanización y Sistemas de Información. De su revisión han surgido, entre otros aspectos, elementos de mejora en la planificación temporal del proceso de implementación; en este sentido, dado que se incluyeron la mayor parte de las actuaciones propuestas por los grupos de trabajo y completadas con las aportaciones de los grupos de interés, se estableció una prioridad para cada una de ellas desde la ORCSM a efectos de despliegue y evaluación. Así mismo, a partir de las revisiones se propusieron mejoras en las actuaciones de coordinación, a través de tecnologías de la información y comunicación y de proyectos en desarrollo en *atención al paciente con el paciente*, vigentes en otras áreas asistenciales.



## 5. ENFOQUE ESTRATÉGICO

El Plan está conformado por un total de 11 Líneas Estratégicas con 81 objetivos.

- Línea estratégica L0: Desarrollo de la organización
- Línea estratégica L1: Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave
- Línea estratégica L2: Atención a la Salud Mental en niños y adolescentes
- Línea estratégica L3: Atención a la Salud Mental en el ámbito de Atención Primaria
- Línea estratégica L4: Atención a las personas con trastornos adictivos
- Línea estratégica L5: Prevención del suicidio
- Línea estratégica L6 Atención a las personas con trastornos del espectro autista
- Línea estratégica L7 Atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria
- Línea estratégica L8 Atención a las personas con trastornos de la personalidad
- Línea estratégica L9: Participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental
- Línea estratégica L10: Formación y cuidado de los profesionales

Cada una de las Líneas estratégicas establece objetivos específicos que tratan de alcanzarse a través de las actuaciones propuestas.

La línea 0 de desarrollo de la organización, plantea un despliegue a dos niveles, estratégico y táctico, con objetivos estratégicos y actuaciones. Las líneas L1, L2, L9 y L10, por su mayor alcance, agrupan los objetivos específicos en diferentes áreas o ámbitos de acción, según su desarrollo operativo.



En los siguientes apartados se desarrollarán cada una de las Líneas a través los objetivos planteados, especificando justificación de la misma, actuaciones propuestas para su consecución, los indicadores para su seguimiento y las fuentes de verificación de los mismos. Así mismo, se señalan sinergias en actuaciones convergentes o compartidas descritas en otras líneas a las que se refieren y que contribuyen en el avance en las áreas de mejora identificadas.

## **LÍNEA ESTRATÉGICA 0: DESARROLLO DE LA ORGANIZACIÓN**

A lo largo de los últimos 30 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. Dicho modelo comunitario de atención a la salud mental presenta unos elementos básicos como son la rehabilitación y la recuperación personal de los pacientes que padecen una enfermedad mental grave y que presentan diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales. Por ello, su adecuada atención integral exige la actuación coordinada y complementaria entre el sistema sanitario de atención a la salud mental y el sistema de servicios sociales, según un modelo colaborativo sociosanitario, histórico y pionero, plenamente vigente.

El Plan de Salud Mental 2003-2008 significó el afianzamiento del modelo comunitario de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid. El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 ha supuesto la consolidación del Plan de Salud Mental anterior, de modo que la red de atención a la Salud Mental está integrada dentro del conjunto de las prestaciones especializadas del Servicio Madrileño de Salud e integrada en la red sanitaria general, de acuerdo con su organización territorial, en la que a cada Hospital le está asignada una población de referencia.

Desde 2010, todos los Servicios de Salud Mental comunitarios, que constituyen el eje sobre el que pivota la atención a la Salud Mental, están asignados a sus respectivos Hospitales incluyendo esta especialidad en la cartera de servicios junto con el resto de especialidades, pero conservando sus especificidades, y estando igualmente incorporada a la libre elección de especialista.

Esta integración funcional de la salud mental con sus diferentes grados de desarrollo ha supuesto un avance constatable en la mejora de su funcionamiento que aún no ha agotado sus posibilidades de mejora.

En este momento organizativo se hace necesario seguir avanzando formalmente en un modelo de organización de la salud mental madrileña que articule armoniosamente la relación entre las tres redes asistenciales complejas que le dan cobertura (Sanitaria, Rehabilitadora Psicosocial y Adicciones), basándose en un modelo colaborativo vinculante de coordinación en los niveles estratégico y táctico, cuyo objetivo final sea mejorar la atención a los ciudadanos.

En este escenario de progreso en la integración se hace imprescindible seguir evolucionando desde una concepción de la organización jerárquica y estática hacia una organización matricial con liderazgos horizontales que permita avanzar en un funcionamiento por Procesos y programas transversales y comunes a las tres principales redes de atención a la Salud Mental (Sanitaria, Rehabilitadora Psicosocial y Adicciones).

El presente Plan contempla también la necesidad de coordinación interinstitucional particularmente con la Consejería de Educación e Investigación por su papel facilitador de la

prevención y detección precoz de problemas de salud mental así como eventualmente con otras instancias, judiciales, y penitenciarias.

Por último es imprescindible incluir la participación proactiva del movimiento asociativo de pacientes y familiares de personas con enfermedad mental, en las tareas de planificación y evaluación a través de órganos estables de gobernanza organizativa.

## **LO.OBJETIVOS**

En la definición de esta Línea de Desarrollo de la Organización se establecen Objetivos en el nivel estratégico y táctico según la siguiente formulación:

**LO.1. Nivel de organización estratégico:** Sobre La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la DG de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

1. Objetivo Estratégico de Organización: Potenciar el papel de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
2. Objetivos Estratégicos de Organización intrainstitucional.
3. Objetivos Estratégicos de Organización interinstitucional.

**LO.2. Nivel de organización táctico:** Sobre las áreas de gestión clínica de psiquiatría y salud mental, y la extensión de este modelo organizativo

1. Promover la creación de Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental mediante norma interna de la Comisión de Dirección de cada hospital garantizando el modelo comunitario de atención a la salud mental y el lugar preeminente organizativo que en él ocupan los Centros de Salud Mental.

## **Línea 0.1. Nivel de Organización Estratégica Sobre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental**

Desde su creación, el extinto Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid contaba con un Departamento de Salud Mental, desde el que se impulsó la implantación del modelo comunitario de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid, preconizado por la Organización Mundial de la Salud y de acuerdo con los criterios establecidos en la Ley General de Sanidad.

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 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental fue sometida a un proceso de reordenación en diciembre de 2009, pasando a integrarse a todos los efectos en la Dirección General de Hospitales en enero de 2010. A partir de esa fecha, la Oficina dejó de tener competencias en materia de gestión de recursos humanos y de gestión económica y de infraestructuras, y de Programa presupuestario propio.

Posteriormente en virtud del Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, así como en su modificación operada por el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se adscribe a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

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

La función general de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, es la de prestar apoyo científico-técnico en materia de asistencia en Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, a través de las funciones de asesoramiento, planificación y evaluación de los Servicios, de acuerdo con las directrices de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.

Así mismo, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental desempeña la función de coordinación a nivel estratégico con la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

### **L0.1. OBJETIVOS**

1. Objetivo Estratégico de Organización interna: Potenciar el papel de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
2. Objetivos Estratégicos de Organización intrainstitucional
3. Objetivos Estratégicos de Organización interinstitucional

### **L0.1. OBJETIVO 0.1.1 Objetivo Estratégico de Organización interna**

Potenciar el papel de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, en línea con la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, de la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, dotándola de mayor capacidad proactiva y liderazgo en coordinación estratégica para planificar, ordenar y evaluar los Servicios de Salud Mental y proponer cambios organizativos y estructurales, para impulsar la consecución de las nuevas acciones, su evaluación, seguimiento, implantación y despliegue en el seno de un proceso de mejora continua, todo ello mediante la detección previa de necesidades y priorización de las mismas, tras un proceso de análisis racional de la demanda.

#### **Actuaciones**

- 0.1.1.1. Dimensionar adecuadamente su dotación de recursos humanos.
- 0.1.1.2. Crear un Consejo Asesor técnico permanente.
- 0.1.1.3. Establecer normativamente su estructura y funciones como responsable de la dirección estratégica de salud mental, de planificación, evaluación y asesoramiento.

#### **FUNCIONES DE LA ORCSM**

1. Coordinar la elaboración de los Planes Estratégicos de Salud Mental en los que se establezcan las líneas estratégicas de actuación, definiendo los procesos asistenciales, incorporando cronograma de acción, mecanismos de evaluación y Memoria económica y supervisando su cumplimiento.
2. Facilitar la participación de las asociaciones de pacientes, familiares y profesionales en la elaboración, seguimiento y evaluación del plan de salud mental.
3. Promover la homogeneidad del funcionamiento de la red de atención a la Salud Mental, mediante la generalización de buenas prácticas, garantizando la equidad en el acceso y evitando la ley de cuidados inversos.
4. Coordinar el funcionamiento de las Unidades Asistenciales de Salud Mental y promover su funcionamiento integrado en Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental.
5. Evaluar y procesar la información relativa a la actividad asistencial y epidemiológica relacionada con atención a la Salud Mental, orientando progresivamente su obtención hacia el diseño de indicadores de estructura, actividad y proceso específicos, de resultados en salud, y aportación de valor.
6. Gestionar asistencial y administrativamente los ingresos programados en Centros Psiquiátricos concertados (Unidades de Tratamiento y Rehabilitación Psiquiátrica,

- Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados de media y larga estancia y Unidades Específicas)
7. Realizar recomendaciones técnicas sobre estándares de calidad asistencial, criterios de actuación y de evaluación en la Atención en Salud Mental, supervisando su adecuado cumplimiento.
  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 Coordinación de la Asistencia Sanitaria en la planificación presupuestaria de los recursos para la atención a la Salud Mental.
  10. Impulsar la gestión por procesos asistenciales propios e integrados entre los niveles de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, y la Red de Atención a las Adicciones de la Consejería de Sanidad, en el seno de un marco estratégico de desarrollo de coordinación global.
  11. Asesorar en el diseño de la integración de aspectos distintivos de la salud mental en el Sistema de Información Sanitaria general en colaboración con la Dirección General de Sistemas de Información, para mejorar la calidad y el análisis de los datos de la Historia Clínica Electrónica.
  12. Establecer programas de salvaguarda de los derechos de los pacientes y de lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental, en coordinación con el movimiento asociativo de pacientes y familiares de personas con enfermedad mental.
  13. Colaborar con la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación en materia de formación e investigación en Salud Mental.
  14. 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 Políticas Sociales y Familia, 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.
  15. Asesorar en la coordinación con diversas instituciones involucradas en la mejora de la atención de la Salud Mental (Consejería de Políticas Sociales y Familia, Consejería de Educación e Investigación, Administración de Justicia, entre otras) para lograr sinergias organizativas y externalidades positivas.
  16. Elaborar una memoria anual sobre el estado de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid.
  17. Colaborar con otras Comunidades Autónomas en proyectos de interés común relacionados con la Salud Mental.

18. Participar en el seguimiento de los objetivos y evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en representación de la Comunidad de Madrid.

## L0.1. OBJETIVO 0.1.2. Objetivos Estratégicos de Organización intrainstitucional

**0.1.2.1.** Potenciar la interlocución de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y las Direcciones Gerencias de los Hospitales, y la planificación estratégica, con el apoyo de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, a los efectos de la consecución exitosa de las funciones de planificación, coordinación y evaluación de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental que la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria le tiene encomendadas:

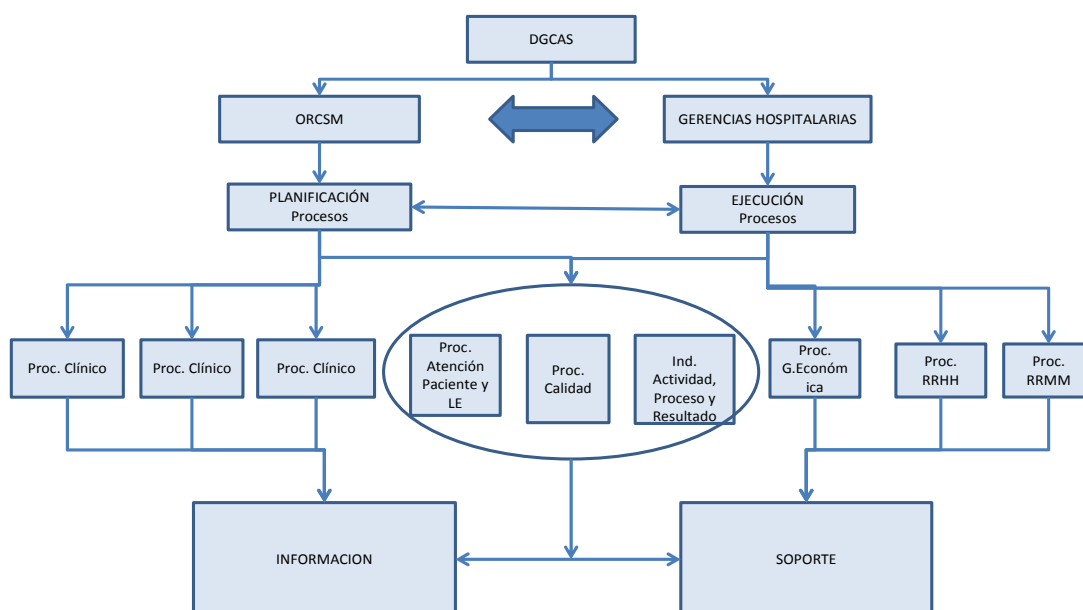


Figura 22. Organización estratégica funcional en Salud Mental

### Actuaciones

0.1.2.1.1. Definición anual de Objetivos de Salud Mental en el marco del Contrato Programa de Gestión del Servicio Madrileño de Salud, o marco complementario vinculante.

0.1.2.1.2. Reunión conjunta con las Direcciones Gerencias de los Hospitales con frecuencia mínima anual para el seguimiento de la consecución de objetivos generales de salud mental y específicos en cada uno de los mismos.



**0.1.2.2.** Potenciar la planificación estratégica conjunta de la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, con el apoyo de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, y la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, en el ejercicio de las funciones que la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria les tiene encomendadas.

#### Actuaciones

- 0.1.2.2.1. Formación de Comisión mixta de Atención Primaria y Salud Mental.
- 0.1.2.2.2. Culminar el Pilotaje y extender el Proceso Integrado Ansiedad-Depresión
- 0.1.2.2.3. Diseñar e implementar el Proceso Integrado de Atención Precoz a Psicosis
- 0.1.2.2.4. Diseñar e implementar el Proceso Integrado de Atención a los Trastornos de Conducta Alimentaria.
- 0.1.2.2.5. Diseñar e implementar el Proceso Integrado de Atención a los Trastornos del Espectro Autista.
- 0.1.2.2.6. Diseñar e implantar los procesos Integrados de Atención a las Adicciones, conjuntamente con la Subdirección General de Asistencia en Adicciones
- 0.1.2.2.7. Promover cuantas otras actuaciones se consideren necesarias para la adecuada coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.

**0.1.2.3.** Potenciar la planificación estratégica de la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, con el apoyo de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, y la Subdirección General de Asistencia en Adicciones, a los efectos de evitar ineficiencias y duplicidades y buscando sinergias, en el ejercicio de las funciones que la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria les tiene encomendadas.

#### Actuaciones:

- 0.1.2.3.1. Formación de Comisión mixta para el abordaje de aspectos estratégicos de Coordinación Asistencial entre redes.
- 0.1.2.3.2. Diseñar e implantar el proceso Integrado de Atención a la Patología Dual conjuntamente con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria
- 0.1.2.3.3. Diseñar e implantar el proceso Integrado de Atención al Trastorno por Uso de Alcohol, conjuntamente con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- 0.1.2.3.4. Promover cuantas otras actuaciones se consideren necesarias para la adecuada coordinación entre la Red de Adicciones y Salud Mental.

## **L0.1. OBJETIVO 0.1.3. Objetivos Estratégicos de Organización interinstitucional**

**0.1.3.1** Potenciar la planificación estratégica de la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, con el apoyo de la Gerencia Asistencial de Atención Hospitalaria, y la Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

### **Actuaciones**

0.1.3.1.1. Mantener 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 Políticas Sociales y Familia, con el objetivo de lograr la atención integral sociosanitaria a las personas con trastornos mentales graves.

0.1.3.1.2. Mantener la Comisión mixta de planificación conjunta y gestión de casos complejos integrada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental.

**0.1.3.2.** Potenciar la planificación estratégica de la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Agencia Madrileña de Tutela del Adulto.

### **Actuaciones**

0.1.3.2.1. Mantener las reuniones periódicas de coordinación con el objetivo de lograr la atención integral sociosanitaria a las personas tuteladas con trastornos mentales graves.

**0.1.3.3.** Potenciar la planificación estratégica de la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y las Subdirecciones Generales de Protección del Menor, SG de Infancia y Adolescencia y SG de Familia, de la Dirección General de la Familia y el Menor de la Consejería de Políticas Sociales y Familia.

### **Actuaciones**

0.1.3.3.1. Mantener las reuniones periódicas de coordinación con el objetivo de lograr la atención integral sociosanitaria a los menores con trastornos mentales graves.

**0.1.3.4.** Impulsar la planificación estratégica de la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y las Subdirecciones correspondientes de la Dirección General de Atención a la Dependencia y al Mayor de la Consejería de Políticas Sociales y Familia

#### Actuaciones

0.1.3.4.1. Elaborar una propuesta de actuaciones para la mejora de la coordinación y valoración de la Dependencia en personas con trastorno mental.

**0.1.3.5.** Intensificar la planificación estratégica de la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y las Subdirecciones correspondientes de la Consejería de Educación e Investigación.

#### Actuaciones

0.1.3.5.1. Elaborar una propuesta de actuaciones para intensificar la coordinación en detección precoz de patología mental y con recursos educativos complementarios del sistema sanitario.

**0.1.3.6.** Generar fórmulas de coordinación estables con cuantas Administraciones públicas, cuyas competencias en los ámbitos sociosanitario, de Justicia, Instituciones Penitenciarias y Empleo, entre otros, sean necesarias para el adecuado abordaje conjunto de las necesidades de las personas con Trastorno Mental.

#### Actuaciones

0.1.3.6.1. Mantener las reuniones periódicas de la Comisión con la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria del Ministerio del Interior.

0.1.3.6.2.a. Elaborar una propuesta de actuaciones para la mejora de la interlocución con la administración de Justicia y sus órganos de gobierno sobre todo en materias que atañen a derechos fundamentales de las personas, en el ámbito civil y penal.

0.1.3.6.2.b. Valorar la elaboración de una propuesta de actuaciones con el Servicio de Prevención de la Dirección General de Función Pública para evaluar el abordaje de las necesidades de los empleados públicos de la Comunidad de Madrid en materia de prevención e intervención ante posibles trastornos mentales.

**0.1.3.7.** Favorecer relaciones interinstitucionales de cooperación con distintos agentes y entidades con interés compartido por la innovación organizativa y evaluación de los servicios sanitarios.

#### **Actuaciones**

0.1.3.7.1. Promover actividades de colaboración y su registro centralizado.

**0.1.3.8.** Promover fórmulas de Gobernanza participativa

0.1.3.8.1. Creación del Observatorio de Salud Mental con la finalidad de realizar un análisis riguroso y corresponsable de la ejecución y seguimiento del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Estará compuesto por profesionales de la Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional, y representantes de las asociaciones de usuarios y de familiares. La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental convocará el mismo y estarán implicadas todas las unidades directivas que trabajan en este ámbito.

## **LÍNEA 0.2. NIVEL DE ORGANIZACIÓN TÁCTICO SOBRE LAS ÁREAS DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL, Y LA EXTENSIÓN DE ESTE MODELO ORGANIZATIVO**

De manera paralela a la integración de la red de salud mental en las Gerencias Hospitalarias surgen en 2010 de forma progresiva las **Áreas de Gestión Clínica en Salud Mental** para hacer operativo el modelo comunitario de Atención a la Salud Mental incluyendo la coordinación, en este nivel organizativo táctico, de las tres redes que la prestan.

Actualmente están implantadas Áreas de Gestión Clínica en Salud Mental en: el Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico de San Carlos, el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, el Hospital Universitario 12 de Octubre, el Hospital de La Paz, el Hospital de la Princesa, el Hospital del Henares y el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés; y está en proceso en el Hospital Infanta Cristina de Parla, Hospital del Sureste y Hospital Puerta de Hierro. Este modelo ha demostrado utilidad, preferente pero no exclusiva, en la coordinación y garantía de continuidad de cuidados de las personas con Trastorno Mental Grave. Es un modelo de gestión matricial principalmente orientado a las necesidades de los pacientes con Trastorno Mental Grave que a lo largo de su larga evolución clínica pueden precisar de la intervención de distintos dispositivos de diferentes redes (Servicio Madrileño de Salud, Rehabilitación Social, Adicciones), secuencial o paralelamente y que tienen que actuar coordinadamente para atender a la complejidad de su asistencia.

El éxito de esta fórmula, además de por sus bondades de racionalidad organizativa, requiere de la concurrencia imprescindible de un estilo de liderazgo acorde a una estructura matricial, y de un consenso amplio para su implantación.

## **L0.2. OBJETIVO 0.2.1. Objetivo Táctico de creación de Áreas de Gestión Clínica**

Promover la creación de Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental mediante norma interna de la Comisión de Dirección de cada hospital garantizando el modelo comunitario de atención a la salud mental y el lugar preeminente organizativo que en él ocupan los Centros de Salud Mental.

### **DEFINICIÓN, COMPOSICIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS ÁREAS DE GESTIÓN CLÍNICA DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

Las Áreas de Gestión Clínica en Salud Mental se constituyen como Unidades de Gestión Clínico-Asistenciales de funcionamiento integrado. Deben poder garantizar el desarrollo de los procesos asistenciales definidos por el Plan de Salud Mental y la necesaria coordinación de intervenciones entre los distintos dispositivos. Su finalidad es constituir una estructura funcional específica de coordinación de Salud Mental de las tres redes asistenciales existentes (sanitaria, rehabilitadora y drogodependencias) evitando ineficiencias y duplicidades y buscando sinergias. Ello permite organizar de forma coordinada en el nivel táctico y operativo la asistencia que la Coordinación en el nivel estratégico defina, establecer los procesos asistenciales, distribuir adecuadamente los recursos, unificar procedimientos de gestión administrativa para el flujo de pacientes, tramitar y resolver reclamaciones, gestionar cambios de especialista y organizar la docencia e investigación. La gestión adecuada de la misma requiere el desarrollo de un sistema común de evaluación e información clínica congruente con el definido desde el nivel de planificación estratégica.

Las Áreas de Gestión Clínica en Salud Mental incluyen la coordinación de todos aquellos dispositivos que participan en la atención a la salud mental en su ámbito geográfico de influencia, independientemente de su adscripción administrativa:

- Servicios de psiquiatría y salud mental hospitalarios
- Centros de Salud Mental.
- Hospitales de día de adultos e infantojuveniles.
- Centros de Rehabilitación Psicosocial.
- Centros de Rehabilitación Laboral.
- Centros de día.
- Equipos de Apoyo Social Comunitario.
- Minirresidencias.
- Centros de Atención Integral a la Drogodependencias.

Para su adecuada organización es necesaria la creación de diferentes Comisiones *ad hoc* y de una Comisión Directiva que funcione como órgano colegiado de codirección, junto al Coordinador/Director de la misma. Su objetivo es gestionar de forma integrada el funcionamiento

de la red siguiendo las directrices marcadas por el Plan Estratégico de Salud Mental, mediante la elaboración de un Plan de actuaciones en su ámbito geográfico de influencia, evaluar el funcionamiento de los procesos asistenciales, y realizar la memoria anual de actividades, entre otras. La Comisión Directiva coordinará el funcionamiento de los órganos colegiados de gobierno que estarán compuestos por representantes de todos los dispositivos implicados y que serán al menos:

- **Comisión de procesos asistenciales y Calidad.** El funcionamiento del área de gestión clínica de psiquiatría y salud mental se debe establecer a través de la delimitación de una serie de procesos asistenciales que contarán con un coordinador de los mismos.
- **Comisión de Rehabilitación y Usuarios.** Será la encargada de gestionar las derivaciones a los recursos de rehabilitación tanto ambulatorios como hospitalarios, a los recursos residenciales y laborales, valorar las necesidades asistenciales, supervisar los programas de continuidad de cuidados y establecer la coordinación necesaria con los servicios sociales de la zona.
- **Comisión de Formación Continuada.** Tendrá en cuenta las necesidades de formación de las distintas categorías profesionales siendo el cauce adecuado de participación tanto para la detección de necesidades formativas expresadas por los profesionales como para la gestión, evaluación y mejora continua de las mismas. Será por tanto responsabilidad de esta Comisión, la gestión de la formación continuada de los profesionales de los distintos dispositivos en cooperación con la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación
- **Comisión de Docencia posgrado, Ética e Investigación.** Será la encargada por una parte de la formación posgrado de los residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, vertebrada en su caso en Unidad Docente Multiprofesional; y por otra, de organizar las rotaciones de especialidades diferentes por salud mental cuando lo requieran sus programas docentes, así como de desarrollar y facilitar la investigación clínica y básica bajo la correspondiente normativa del Comité de Ética e Investigación Clínica de referencia y velar por el cumplimiento de las recomendaciones de buena práctica dentro del marco legal vigente.

## Actuaciones

0.2.1. 1. Celebración de reuniones anuales de la ORCSM con las Áreas de Gestión Clínica o con los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental correspondientes para promover el funcionamiento integrado

0.2.1.2. Elaboración de una memoria anual por parte de las Áreas de Gestión Clínica o los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental correspondientes y remisión a la ORCSM.

0.2.1.3. Definición de indicadores clave de estructura, proceso y resultado específicos de Salud Mental.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 1:

### ATENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

El tratamiento integral de las personas con trastornos mentales graves (TMG) constituye uno de los principales desafíos de los sistemas de atención comunitaria a la salud mental. En las últimas cinco décadas se han ido introduciendo diversos tratamientos (psicofarmacológicos y psicosociales) que han resultado eficaces sobre algunos de los síntomas más relevantes (alucinaciones, delirios, síntomas depresivos...) de estos trastornos, pero que no han cubierto gran parte de sus necesidades. El desarrollo inicial del modelo comunitario de atención, (con insuficiente dotación de recursos y poca cantidad y diversidad de dispositivos intermedios (Geller, 2000)), dejó en evidencia que gran parte de las personas con TMG, que en general no demandaban voluntariamente atención, o que se perdían en la complejidad de los recursos, quedaban fuera del sistema (Bachrach, 2000; Lamb, 1988; Talbott 1984). Para una adecuada atención de esta población es necesario articular un sistema de recursos y servicios comunitarios, sanitarios y sociales, capaces de procurar una atención integral, que abarque el tratamiento del trastorno (psicofarmacológico y psicoterapéutico), la rehabilitación de las discapacidades, la provisión de cuidados coordinados y del apoyo socio-comunitario (Bravo, 2007), y que sea lo más temprana posible. Y que además tenga en cuenta la frecuente concurrencia de problemas comórbidos médicos, los problemas relacionados con el uso de sustancias, la alta tasa de mortalidad por suicidio (hasta nueve veces mayor que la de la población general para las personas que padecen un trastorno esquizofrénico), y la importante carga familiar y emocional que generan, especialmente sobre los cuidadores principales. La coordinación de todos estos recursos debe estar encaminada a la elaboración de planes individualizados de atención que conjuntamente se desarrollen con cada una de las personas afectadas (*Grupo de trabajo de la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009*).

El concepto de TMG utilizado habitualmente (*Grupo de trabajo de la GPC sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009*), que incluye cuatro dimensiones (diagnóstico, duración de la enfermedad y del tratamiento, presencia de discapacidad y uso de recursos), engloba diversos trastornos mentales: trastornos esquizofrénicos y delirantes, los trastornos bipolares y algunos trastornos neuróticos y de personalidad graves. Desde un punto de vista operativo podría definirse como: “... personas que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (Rodríguez, 2003).

En España la prevalencia del trastorno mental alcanza un 19,5% (prevalencia-vida, estudio ESEMeD-España) (Haro, 2006); y el Trastorno Mental Grave (TMG), se estima que se sitúa entre el



0,6 % y el 1% de la población, lo que en la Comunidad de Madrid supone entre 39.000 y 65.000 personas.

Tal y como se recoge en los Planes de Salud Mental de nuestra Comunidad (2003-2008 y 2010-2014), así como en la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud” (Gómez Beneyto, 2007), para las personas con TMG se recomienda la utilización de un protocolo individualizado, denominado “Plan de Continuidad de Cuidados” o “Plan integrado de atención”; incorporando el modelo de gestión asistencial integral e integrado, contemplado para el Paciente Crónico (PC) y el Paciente Crónico Complejo (PCC) en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

En la Comunidad de Madrid desde hace más de 25 años se desarrolla una atención a las personas con TMG que integra desde la coordinación y complementariedad recursos sanitarios de la Red de Salud Mental y sociales desde la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Según datos de diciembre de 2016 se están atendiendo a 15.592 personas con TMG en los Programas de Continuidad de Cuidados de la Red de Salud Mental (14.237 mayores de 18 años y 1355 menores de 18 años.). En el año 2016, del total de ingresos producidos en Unidades de Hospitalización del SMS (9.605, según el CMBD; 11.924 según el SIAE) más del 57 % correspondían a personas con TMG. Y en la Red de Atención Social se han atendido a 8.293 usuarios, en las 6.214 plazas existentes, con 1140 personas en lista de espera.

Son muchos los logros que se han alcanzado en estas décadas, pero todavía son muchos también los retos que quedan pendientes, tanto a nivel de la atención ambulatoria, como de la hospitalaria, pero sobre todo hay que lograr que todos los recursos existentes actúen de manera coordinada e integrada, para conseguir que cada una de las personas con TMG tenga un plan individual integral de atención que dé respuesta a sus necesidades.

Esta línea estratégica se constituye como uno de los ejes del plan desde la perspectiva de la organización, y extiende su alcance a muchas de las otras líneas, al dar cabida a la atención a todos los pacientes graves, sea cual sea su patología, que requieren atención y apoyo en nuestro medio. Dado su amplio alcance, la línea se ha subdividido en dos ámbitos de acción con la intención de hacer más operativas las actuaciones y cubrir el itinerario que pueden seguir las personas con TMG a lo largo de su trayectoria asistencial. Por esta razón y de acuerdo con el análisis de situación y el enfoque posterior, en la formulación de esta línea se han establecido dos ámbitos enfocados a alcanzar los siguientes objetivos:

## **L1. OBJETIVOS**

1. Mejorar la atención comunitaria a las personas con TMG desde los centros de salud mental
2. Mejorar la atención hospitalaria a las personas con TMG

A continuación se presentan los objetivos específicos y actuaciones para cada de ellos:

### **L 1.1. ATENCIÓN COMUNITARIA A LAS PERSONAS CON TMG DESDE LOS CENTROS DE SALUD MENTAL (CSM)**

Los programas para la atención a los pacientes con TMG deben estar organizados y pivotar sobre los Centros de Salud Mental como eje principal del Proceso, y deben incluir a todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, tanto sanitarios (Área de Gestión Clínica de Salud Mental) como sociales (Red Pública de Atención Social).

En la Comunidad de Madrid se optó por un modelo de “case management clínico”, que se llamó de *seguimiento*, posteriormente de *coordinación de cuidados* y, por fin de *continuidad de cuidados*, integrándose con el programa de rehabilitación, siendo la puerta de entrada a los distintos dispositivos específicos de la Red de Atención Social.

El Programa de Continuidad de Cuidados (PCC), está dirigido a la atención de pacientes con TMG, se organiza como un proceso asistencial multiprofesional y longitudinal para pacientes que presentan deterioro, déficits o discapacidad 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 (*Dieterich , 2017; Bravo, 2009*).

La misión de este programa es prestar a la persona enferma el conjunto de herramientas 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 y mejora con los objetivos de superar o reducir sus síntomas y discapacidades y de alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y participación social.

El desarrollo de la Red de Atención Social, con el crecimiento sostenido de recursos, y la creación de los Equipos de Apoyo Socio-Comunitarios (EASC), en coordinación con los PCC de los CSM, ha supuesto un refuerzo para la continuidad asistencial y la atención domiciliaria, pero después de más de 20 años sin apenas crecimiento en la dotación de profesionales asignados a los PCC de los CSM, se está produciendo una situación de desbordamiento, con un impacto negativo en la coordinación de la atención integral de los casos y una dificultad para la adecuada optimización de los centros y recursos de la Red de Atención Social.

Es necesario adecuar la dotación de profesionales de los PCC, homologar su funcionamiento y actualizar los registros de pacientes con TMG en cada uno de los CSM, manteniendo el desarrollo y ampliación de los recursos de la Red de Atención Social. Con una especial atención y especificidad para aquellos grupos de pacientes que tienen una mayor vulnerabilidad (jóvenes en los primeros episodios, personas sin hogar, con consumo de sustancias añadido, que están en el circuito

judicial, mayores de 65 años...), garantizando una atención temprana e integral (*Crespo-Facorro, 2017; Kane, 2016; McGorry, 2016; McGorry, 2015; NICE, 2016; Hunt, 2013*).

### **L1.1. OBJETIVOS**

1. Reforzar los recursos humanos y prestaciones asistenciales de los CSM para avanzar hacia la equidad de la atención comunitaria de las personas con TMG.
2. Potenciar los programas de continuidad de cuidados y el desarrollo coordinado de itinerarios de atención integral de las personas con TMG.
3. Elaborar e implantar en cada CSM un Programa de Intervención Temprana en jóvenes con TMG.
4. Favorecer la implantación de un Modelo de Atención Integrado para los pacientes con TMG y problemas de consumo de sustancias.
5. Potenciar la prevención, atención y rehabilitación del grupo de población con TMG en situación de exclusión social y marginación sin Hogar.
6. Reducir el riesgo de entrada en el circuito judicial de las personas con TMG y mejorar su tratamiento e inserción social en caso de comisión de delito.

- **L 1.1. OBLETIVO 1.1.1. Reforzar los recursos humanos y las prestaciones asistenciales de los CSM para avanzar hacia la equidad de la atención comunitaria de las personas con TMG.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.1.1.1. Realización de un estudio de necesidades y disponibilidad de recursos humanos de acuerdo a los estándares aceptados

1.1.1.2. Refuerzo de la dotación de recursos humanos tanto en número como en perfil profesional.

1.1.1.3. Definición de cartera básica de prestaciones para la atención a personas con TMG que debe garantizar: PCC / Gestión de Casos, intervención psicosocial grupal y familiar e intervenciones domiciliarias.

1.1.1.4. Adscripción de profesionales con la especialización y formación adecuada para llevar a cabo las prestaciones incluidas en la cartera de servicios.

1.1.1.5. Implementación de programa de enfermería domiciliar especializada en salud mental.

### Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Estudio de necesidades de recursos humanos en CSM</b>	Estudio de necesidades disponible: Sí/No	Documento específico
<b>2. Refuerzo de la dotación de recursos humanos</b>	Profesionales identificados como necesarios que se han incorporado	Memoria anual de la ORCSM
<b>3. Definición de la cartera básica de prestaciones para la atención a personas con TMG</b>	Documento de cartera de servicios básicos para personas con TMG disponible: Sí/No	Documento específico
	Implantación de las prestaciones definidas en la cartera de servicios	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>4. Profesionales con la especialización y formación adecuada para PCC</b>	Porcentaje de profesionales con perfil adecuado que intervienen en la atención a personas con TMG en los CSM	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental Plan de Formación Continuada

		de la Comunidad de Madrid
<b>5. Programa de enfermería domiciliar especializada</b>	<p>Constitución de grupo de trabajo de enfermería domiciliar: Sí/No</p> <p>Identificación de indicadores de seguimiento del programa: Sí/No</p>	<p>Memoria anual de la ORCSM</p>

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Estudio de necesidades de recursos humanos en CSM
  - Cartera básica de prestaciones para la atención de personas con TMG
    - Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores.

### Actuaciones compartidas

- Actuación 10.1.2 Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios en
  - Tratamiento asertivo comunitario y acompañamiento terapéutico a profesionales de nueva incorporación en los programas de continuidad de cuidados.

**LE 1.1. OBJETIVO 1.1.2. Potenciar los programas de continuidad de cuidados y el desarrollo coordinado de itinerarios de atención integral de las personas con TMG.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.1.2.1. Refuerzo de la dotación de profesionales adscritos a los PCCs de cada CSM para reducir la ratio de usuarios con TMG por profesional adscrito al PCC.

1.1.2.2 Revisión del protocolo del PCC y determinación de criterios mínimos del PCC de los CSM en cuanto a funcionamiento, actividades, número de profesionales implicados y evaluación de resultados en salud y funcionalidad; incluyéndose en la Historia Clínica Electrónica (HCE) de cada CSM /AGC (Área de Gestión Clínica).

1.1.2.3. Actualización en cada CSM del censo de personas con TMG incluidas en el programa de continuidad de cuidados

1.1.2.4.. Consolidación y refuerzo de los mecanismos de coordinación (Comisiones de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados) con los centros y recursos de la Red de Atención Social a personas con trastorno mental grave de la Consejería de Políticas Sociales en cada zona y asignados a cada CSM.

1.1.2.5. Identificación de áreas de mejora en distribución territorial de centros y recursos de la Red de Atención Social a personas con trastorno mental grave (especialmente de los EASC) que pueda trasladarse a organismos responsables de política social para su consideración en la planificación de los recursos.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente de verificación
<b>1. Dotación de profesionales adscritos al PCCs</b>	Ratio de profesionales adscritos a PCC por usuarios incluidos en programa	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Revisión del protocolo del PCC</b>	Protocolo revisado con criterios mínimos de los PCC disponible: Sí/No	Documento disponible
	Implantación del Protocolo de PCC en la HCE de cada CSM /AGC: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de

		Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Actualización en cada CSM del censo de pacientes con TMG en PCC</b>	Porcentaje de personas con TMG incluidas en PCC que cuentan con ficha de CC adecuadamente cumplimentada y actualizada con periodicidad anual	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>4. Consolidación y refuerzo de los mecanismos de coordinación con la Red de Atención Social</b>	Existencia de un procedimiento de coordinación y revisión de casos con los centros y recursos de la Red de Atención Social de referencia	Documento específico
	Nº de reuniones/año de la comisión a nivel de CSM	Actas de las reuniones. Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
	Nº de reuniones/año de la comisión a nivel de área de proximidad	Actas de las reuniones Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Identificación de áreas de mejora de la Red de Atención Social</b>	Existencia de informe de áreas de mejora y necesidades detectadas en relación a los recursos de la Red de Atención Social con los que se coordina cada CSM : Sí/No	Documento específico
	Nº de reuniones anuales entre la Red de Atención Social y la ORCSM	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Revisión del Protocolo de Continuidad de Cuidados con criterios mínimos comunes.
  - Procedimientos de coordinación y revisión de casos con los centros y recursos de la Red de Atención Social de referencia.
  - Informes de áreas de mejora y necesidades detectadas en relación a recursos de Red de Atención Social de referencia
  
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores.

### **Actuaciones compartidas**

Actuación 3.4.2. Elaboración de programa AP-Salud Mental para la detección precoz y seguimiento de problemas de salud física de Personas con TMG. Presenta como indicador la revisión y actualización de los PCC.

Actuación 6.1.1. Incorporación de pacientes con diagnóstico de TEA en el censo de pacientes con Trastornos Graves del Desarrollo (TGD) incluidos en Programa de Continuidad de Cuidados (TMG)

Actuación 6.1.2. Definición de las funciones específicas de seguimiento de pacientes con TEA para los clínicos que actúan como responsable asistencial en el PCC de estos pacientes.

Actuación 8.1.4 4. Incorporación de personas con diagnóstico de TPG (Trastorno de la Personalidad Grave) en el censo de personas con TMG incluidos en Programa de Continuidad de Cuidados.



**LE. 1.1. OBJETIVO 1.1.3. Elaborar e implantar en cada CSM un Programa de Intervención Temprana en jóvenes con TMG.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.1.3.1. Diseño e implantación de un programa de intervención temprana para jóvenes con primeros episodios psicóticos en cada CSM/AGC que garantice la atención preferente a través de la Valoración por el Especialista (VPE) y las prestaciones incluidas en Guía de Práctica Clínica de Esquizofrenia y Psicosis Incipiente en proximidad.

1.1.3.2. Promoción de la detección e intervención temprana en colaboración con Atención Primaria de salud, Educación y Servicios Sociales (Consejería y Ayuntamientos).

1.1.3.3. Desarrollo de acciones formativas para profesionales de atención primaria, servicios sociales y educativos para mejorar la detección y orientación de primeros episodios psicóticos.

1.1.3.4. Impulso de la consultoría online desde atención primaria a los CSM para mejorar detección y orientación temprana.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Diseño de programa de intervención temprana en coordinación con los recursos de proximidad</b>	Existencia de programa de intervención temprana por CSM/AGC con indicadores de actividad: Sí/No	Documento específico
<b>2. Promoción de la detección temprana en Atención Primaria, Educación y Servicios Sociales</b>	Nº de actividades realizadas orientadas a la detección e intervención temprana	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

<b>3. Formación profesionales de atención primaria y propuesta de formación a servicios sociales y educativos</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes nº de acciones formativas nº de horas formativas  Propuesta formativa interinstitucional: Sí/No	Plan de formación Continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid  Documento específico o acta de reunión
<b>4. Consultoría online con Atención Primaria</b>	Nº de centros de salud de AP que usan un programa de interconsulta online  nº de consultas telemáticas anuales de cada CSM	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Programas de intervención temprana por CSM/AGC
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores.

### Actuaciones compartidas

- Actuación 3.1.2. Establecimiento de vías de comunicación efectiva entre Atención Primaria y Salud Mental para el diagnóstico precoz y derivación de casos para tratamiento temprano.
- Actuación 6.1.4. Citación preferente desde AP a CSM de niños con signos de alarma de TEA
- Actuación 10.1.1 Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y online con contenidos prioritarios en
  - Detección y orientación de problemas de salud mental, especialmente de primeros episodios psicóticos, por profesionales de Atención Primaria (Medicina y Enfermería), SUMMA 112, Educación e Investigación y Políticas Sociales y Familia.
- Actuación 10.5.4. Formación a los médicos y enfermeras de los Servicios de Salud Laboral de los hospitales en detección precoz de psicopatología en el grupo de residentes que llegan al hospital.

**LE. 1.1. OBJETIVO 1.1.4. Favorecer la implantación de un Modelo de Atención Integrado para los pacientes con TMG y problemas de consumo de sustancias.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.1.4.1. Diseño e implantación de un programa integrado de atención a personas con TMG y consumo de sustancias que incluya criterios e itinerarios asistenciales de servicios de SM, red de Adicciones y de Rehabilitación

1.1.4.2. Incorporación del consumo de sustancias como criterio de alta vulnerabilidad para priorizar la inclusión de los Personas con TMG en los PCC Intensivo

1.1.4.3. Coordinación entre los equipos del CSM y los centros de atención a drogodependientes (CAID y CAD) para definir objetivos terapéuticos y realizar un Plan de Tratamiento Individualizado e Integrado.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente de verificación
<b>1. Diseño e implantación de un programa integrado de atención a personas con TMG y consumo de sustancias</b>	Diseño a nivel regional de un proceso integrado de atención : Sí/No	Documento específico
	Incorporación del proceso integrado en HCE: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Incorporación del consumo de sustancias como criterio de alta vulnerabilidad para PCC Intensivo</b>	Porcentaje de personas con diagnóstico de TMG con problemas de consumo de sustancia incluidas en PCC	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Coordinación entre los equipos del CSM y los centros de atención a drogodependientes (CAID y</b>	Existencia de un procedimiento de coordinación y revisión de casos con los CAD/CAID de referencia: Sí/No	Documento específico

CAD)	Nº de reuniones de coordinación anuales por CSM con red de adicciones de proximidad	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental  Actas de reuniones
------	---	---

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Proceso integrado de atención a personas con TMG y consumo de sustancias.
  - Procedimientos de coordinación y revisión de casos con los centros y recursos de la Red de Adicciones de proximidad
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores.

### Actuaciones compartidas

- Actuación 2.5.1.4. Articulación de estructuras de coordinación (áreas de gestión clínica) de todos los recursos que forman la Red de Salud Mental de niños y adolescentes, incluyendo adicciones, independientemente de la dependencia administrativa de estos recursos.
- Actuación 3.2.4. Coordinación a través de reuniones de equipos de atención primaria, CSM y los centros de atención a drogodependientes (CAID y CAD).
- Actuación 4.2.3. Desarrollo, implantación y extensión de Procesos de Atención Integrados entre Atención Primaria, Salud Mental y Adicciones, comenzando por las experiencias pilotadas en Trastorno por uso de alcohol y Patología Dual.

**LE. 1.1 OBJETIVO 1.1.5. Potenciar la atención y rehabilitación del grupo de población con TMG en situación de Exclusión Social y marginación sin Hogar.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.1.5.1. Detección del riesgo de exclusión social en personas con TMG en los CSM con indicadores de vulnerabilidad sociosanitarios y priorización para su inclusión en PCC intensivos

1.1.5.2 Consolidación y refuerzo del ECASAM (Equipo de Calle de Salud Mental) como eje vertebrador de la atención de salud mental a las personas sin hogar con TMG.

1.1.5.3. Estudio de las necesidades de recursos específicos para esta población en otros municipios de la Comunidad de Madrid y mejora de los recursos según las necesidades identificadas.

1.1.5.4. Refuerzo de los mecanismos de colaboración y apoyo con el Ayuntamiento de Madrid, con otros ayuntamientos y con la Consejería de Políticas Sociales y Familia, responsables de la red de recursos de atención a personas sin hogar.

1.1.5.5. Facilitar el procedimiento de integración de los pacientes del ECASAM en los PCC-TMG de los CSM

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
<b>1. Detección del riesgo de exclusión social en personas con TMG y priorización para su inclusión en PCC intensivos</b>	Existencia de un Procedimiento de detección de riesgo de exclusión social incluido en el protocolo PCC-TMG: Sí/No	Documento específico  Protocolo PCC-TMG
<b>2. Consolidación y refuerzo del ECASAM como eje de la atención a las personas sin hogar con TMG.</b>	Nº de profesionales del ECASAM e indicadores de actividad	Memoria anual de ORCSM y Memoria anual del ECASAM

<b>3. Estudio de las necesidades de recursos específicos en otros municipios y mejora de los recursos necesarios</b>	Estudio de necesidades disponibles: Sí/No	Documento específico
<b>4. Refuerzo de los mecanismos de colaboración y apoyo con entidades responsables de la red de recursos de atención a personas sin hogar.</b>	Existencia de un procedimiento de coordinación y revisión de casos con ayuntamiento y red de recursos de atención a personas sin hogar: Sí/No	Documento específico de ECASAM
<b>5 Facilitar el procedimiento de integración de los pacientes del ECASAM en los PCC-TMG de los CSM</b>	Porcentaje de pacientes integrados entre los derivados	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental Acta de mesa de integración

### Documentos y productos finales

- Documentos:

- Procedimiento de detección de riesgo de exclusión social en personas con TMG
- Estudio de las necesidades de recursos específicos ECASAM en otros municipios y refuerzo de los recursos existentes
- Procedimiento de coordinación y revisión de casos del ECASAM con ayuntamiento y red de recursos de atención a personas sin hogar

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores.

### Actuaciones sinérgicas

Actuación 9.3.1.1. Diseño de un Programa de Atención y Coordinación sociosanitario específico a personas de extrema vulnerabilidad (años de evolución y sin tratamiento) con el fin de lograr vinculación a la Red de Salud Mental para abordaje comunitario y seguimiento.

Actuación 9.3.1.2. Promoción de canales de coordinación entre dispositivos sociosanitarios que permitan el seguimiento tras el alta hospitalaria de población vulnerable.

Actuación 9.3.1.3 Potenciación de recursos para mejorar la atención de pacientes con enfermedad mental en situación de calle y/o exclusión social en toda la Comunidad de Madrid

Actuación 9.3.1.4 Desarrollo de vías para facilitar el acceso a los servicios de salud mental a personas con enfermedad mental que por su diversidad de género, situación de desplazados, migrantes, trata,... están en situación de vulnerabilidad y mayor riesgo de exclusión social.

**LE. 1.1. OBJETIVO 1.1.6. Reducir el riesgo de entrada en el circuito judicial de las personas con TMG y mejorar su tratamiento e inserción social en caso de comisión de delito.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.1.6.1. Existencia de programa de detección de riesgo de comisión de delito en personas con TMG incluido en el protocolo PCC-TMG.

1.1.6.2. Estudio de necesidades de prestaciones específicas para pacientes con TMG que han cometido delito

1.1.6.3. Establecimiento de alternativas de tratamiento hospitalario y ambulatorio para las personas con TMG a las que los tribunales de justicia ha considerado inimputables

1.1.6.4. Coordinación interinstitucional para el desarrollo de actividades de apoyo pre-salida de las Instituciones Penitenciarias para favorecer la continuidad asistencial y la inserción social de personas con TMG a su salida de prisión.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
<b>1. Programa de detección de riesgo de comisión de delito en personas con TMG en PCC</b>	Existencia de procedimiento de detección de riesgo de delito incluido en protocolo PCC-TMG: Sí/No	Documento específico Protocolo PCC-TMG
<b>2. Prestaciones específicas para pacientes con TMG que han cometido delito</b>	Estudio de necesidades disponibles: Sí/No	Documento específico
<b>3. Alternativas de tratamiento para las personas con TMG consideradas inimputables.</b>	Nº de cambios de medida de tratamiento hospitalario a tratamiento ambulatorio	Memoria anual de ORCSM



	Porcentaje del total de pacientes con medidas de internamiento que la cumplen en unidades de hospitalización de la Comunidad de Madrid.	
<b>4. Actividades de apoyo pre-salida de las Instituciones Penitenciarias</b>	Nº de actividades realizadas	Memoria anual de ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Procedimiento de detección de riesgo de delito en personas con TMG
  - Estudio de las necesidades específicas para pacientes con TMG que han cometido delito.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

## **LE. 1.2. MEJORA DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE**

La atención hospitalaria constituye una prestación esencial para el tratamiento y la atención a la crisis en las personas con TMG, y se lleva a cabo en los Hospitales de Día (HD), Unidades de Hospitalización Breve (UHB), Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR), y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (UCPP), además de las Unidades específicas para Trastornos de Personalidad, TCA y Adicciones.

El Servicio Madrileño de Salud cuenta en la actualidad con 325 plazas de HD para adultos (6,95 /100.000 hab.), y 175 para niños y adolescentes (15,8 /100.000 hab.); 535 camas de UHB para adultos (9,79 /100.000 hab.) y 51 para niños y adolescentes (4,61 /100.000 hab.); 222 camas de UHTR (4,06/100.000 hab.) y 894 camas de UCPP (16,36 / 100.000 hab.).

Un objetivo de la atención a la Salud Mental Comunitaria es reducir la necesidad de ingresos hospitalarios y la duración de los mismos, buscando tratamientos alternativos que favorezcan el proceso de recuperación. Recursos como los Hospitales de Día juegan un papel esencial para lograrlo. La distribución equitativa y próxima de estos recursos de hospitalización deben ser uno de los principios que guíen la creación de nuevos dispositivos (*Shek,2009; Babalola, 2014*).

A pesar del crecimiento producido en estos recursos en los últimos años tanto en las plazas de hospitalización total como parcial, estas siguen presentando déficits significativos. La hospitalización breve para niños y adolescentes es una de las más acuciantes, así como la distribución equitativa de camas para adultos, y la imprescindible adecuación de las urgencias psiquiátricas en los hospitales generales. En estos momentos no todas las Áreas de Salud Mental (La Paz, etc.) cuentan con un Hospital de Día de Adultos de referencia y es indispensable que se complete, de acuerdo a criterios equitativos, la dotación de plazas de hospitalización parcial, para que todos los pacientes tengan el mismo acceso a esta prestación.

Existe así mismo, un déficit de camas de UHTR en la Comunidad de Madrid de acuerdo a los ratios de camas por habitantes, (en comparación el ratio medio de las distintas comunidades españolas, y con los ratios aconsejados en la literatura) y al excesivo número de personas y tiempo de permanencia en lista de espera.

### **L1.2. Objetivos**

1. Reforzar los recursos en hospitalización parcial para avanzar hacia la equidad de la atención hospitalaria de las personas con TMG atendiendo a la proximidad
2. Reforzar los recursos en hospitalización breve para avanzar hacia la equidad de la atención hospitalaria de las personas con TMG atendiendo a la proximidad.
3. Aumentar el número de camas disponibles en unidades de media y larga estancia de acuerdo a la demanda actual de los pacientes con TMG.
4. Avanzar en la atención adecuada a las personas con TMG mayores de 65 años

**LE. 1.2. OBJETIVO 1.2.1. Reforzar los recursos en hospitalización parcial para avanzar hacia la equidad de la atención hospitalaria de las personas con TMG atendiendo a la proximidad.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.2.1.1. Existencia de Hospital de Día para adultos en todos los hospitales de nivel I y de Hospital de Día de referencia para hospitales de niveles II y III, según sectorización definida por la ORCSM

1.2.1.2. Refuerzo de la dotación de Hospitales de Día para adultos conforme a las necesidades identificadas.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
<b>1. Hospital de Día en todos los Hospitales de nivel I y de referencia en los de nivel II y III</b>	Hospital de Día propio o de referencia: Si/No Nº de plazas de hospital de día de adultos / Población >18 años de referencia	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Refuerzo de la dotación de Hospitales de Día para adultos conforme a las necesidades identificadas.</b>	Profesionales identificados como necesarios que se han incorporado	Memoria anual de la ORCSM

**Documentos y productos finales**

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

**LE. 1. 2. OBJETIVO 1.2.2. Refuerzo de los recursos en hospitalización breve para avanzar hacia la equidad de la atención hospitalaria de las personas con TMG atendiendo a la proximidad.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.2.2.1. Estudio de necesidades de hospitalización breve de proximidad en pacientes con TMG

1.2.2.2. Refuerzo de la dotación de las Unidades de Hospitalización Breve conforme a las necesidades identificadas, alcanzando al menos el estándar actual de 10-12 camas / 100000 habitantes mayores de 18 años.

1.2.2.3 Optimización de la utilización adecuada de la hospitalización breve para mejorar la calidad de la atención a las personas con TMG y el uso apropiado de los recursos.

1.2.2.4. Aumento de la dotación de recursos de terapia electro convulsiva (TEC) para mejorar la equidad en el acceso de los pacientes atendiendo a la proximidad

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
<b>1. Estudio de necesidades de hospitalización breve de proximidad</b>	Estudio de necesidades realizado: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Refuerzo de la dotación de las UHB conforme a las necesidades identificadas, alcanzando al menos el estándar actual de 10-12 camas / 100000 hab. &gt; 18 años</b>	Camas de hospitalización breve psiquiátrica por 100,000 habitantes	Memoria anual de la ORCSM
	Profesionales identificados como necesarios que se han incorporado	
<b>3. Optimización de la utilización adecuada de la hospitalización breve</b>	Porcentaje de ingresos adecuados y/o  Porcentaje de ingresos programados respecto al total de ingresos en pacientes	Estudio específico o Memoria anual de la ORCSM

	incluidos en PCC	
<b>4. Dotación de recursos de terapia electro convulsiva (TEC) atendiendo a la proximidad</b>	Estudio de necesidades: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM
	Recursos nuevos TEC respecto a los identificados como necesarios	

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Estudio de adecuación de los ingresos en cada Unidad de Hospitalización Breve o bien indicador de porcentaje de pacientes con TMG en PCC que ingresa como ingreso programado, frente a urgente.
  
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

**LE. 1.2 OBJETIVO 1.2.3. Aumentar el número de camas disponibles en unidades de media y larga estancia de acuerdo a la demanda actual de los pacientes con TMG.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.2.3.1 Estudio de necesidades de camas en unidades de media y larga estancia en pacientes con TMG en base a demanda y tiempo de espera actual.

1.2.3.2 Aumento del número de camas disponibles en Unidades UHTR (media estancia) conforme a necesidades detectadas.

1.2.3.3 Aumento del número de camas disponibles de en Unidades UCPP (larga estancia) conforme a necesidades detectadas por tiempo de espera actual

1.2.3.4 Utilización adecuada de los recursos de media y larga estancia a través de la mejora del proceso de salida de los pacientes que han alcanzado una adecuada estabilización psicopatológica y de funcionamiento, en colaboración de los CSM y la Red de atención social de proximidad del paciente.

1.2.3.5 Refuerzo de los recursos de Unidades específicas para TP de acuerdo a las necesidades de atención a casos complejos y revisión del modelo de funcionamiento.

1.2.3.6 Desarrollo de Programas de Rehabilitación que contemplen el abordaje de forma integrada del TMG y el consumo de sustancias en los centros hospitalarios de Rehabilitación Psiquiátrica (media y larga estancia) cuando el paciente los requiera.

1.2.3.7 Propuesta de distribución territorial de recursos de larga estancia atendiendo a criterios de equidad.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
1. Estudio de necesidades de camas en unidades de media y larga estancia.	Estudio de necesidades disponible: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM
2. Aumento del nº de camas disponibles en Unidades UHTR	Ratio de plazas en unidades UHTR por población y complejidad	Memoria anual de la ORCSM

<b>3. Aumento del nº de camas disponibles de larga estancia</b>	Ratio de plazas en unidades UCPP por población y complejidad	Memoria anual de la ORCSM
<b>4. Mejora del proceso de salida de los pacientes.</b>	Porcentaje de personas con TMG que han alcanzado una adecuada estabilización en un plazo de 6 meses en el caso de los unidades de media estancia y de 2 años en las unidades de larga estancia	Estudio específico en cada centro Memoria del centro
<b>5. Refuerzo de los recursos de Unidades específicas para TP</b>	Porcentaje de profesionales identificados como necesarios que se han incorporado "	Memoria anual de la ORCSM
<b>6. Programas de Rehabilitación con abordaje del TMG y el consumo de sustancias</b>	Existencia de un programas de rehabilitación en todas las unidades de media y larga estancia donde se contempla el abordaje integral al TMG y al consumo de sustancias: Sí/No	Documento específico
<b>7. Propuesta de distribución territorial de recursos de larga estancia atendiendo a criterios de equidad</b>	Informe de propuesta de distribución territorial de recursos de larga estancia: Si/No	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos:

- Programa de abordaje al TMG con consumo de sustancias en centros de media y larga estancia

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 4.2.5.5. Coordinación entre los niveles secundario y terciario de atención, especialmente con los recursos específicos para Adicciones, tales como Comunidad Terapéutica o Unidad de Deshabitación Alcohólica.

## LE. 1.2. OBJETIVO 1.2.4. Avanzar hacia la atención adecuada a las personas con TMG mayores de 65 años

La atención a las personas con TMG y edad avanzada trata de avanzar hacia una integración normalizada de los usuarios, con la mayor autonomía posible, a través de un marco de rehabilitación psicosocial en la comunidad, integral e integrado con los demás recursos. Para tratar de proporcionar una atención adecuada a las personas mayores de 65 años con problemas de salud mental, se desarrollará una actuación en la presente línea acorde con la propuesta de un programa de atención psicogerítrica que se plantea en la línea estratégica 3 fruto de la coordinación de Salud Mental con Atención Primaria. Para llevar a cabo el objetivo 1.2.4, se plantea la siguiente actuación:

1.2.4.1. Estudio de necesidades de programas y dispositivos sociosanitarios para TMG mayores de 65 años

### Actuación e indicador

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluará la actuación a través del siguiente indicador:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
1. Estudio de necesidades de programas y dispositivos sociosanitarios para TMG mayores de 65 años	Estudio realizado: Sí/No	Documento específico. Memoria ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Estudio de necesidades de programas y dispositivos sociosanitarios para TMG mayores de 65 años en la Comunidad de Madrid.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

Actuación 3.2.3 Desarrollo del programa de atención psicogerítrica entre AP y SM



## LÍNEA ESTRATÉGICA 2:

### ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Según la O.M.S, la salud mental es una parte integral de la salud general de los niños y adolescentes (OMS 2013). La alteración de la salud mental del niño produce un importante impacto en el funcionamiento familiar y las relaciones sociales del menor, así como en la capacidad de aprendizaje y rendimiento escolar; asimismo, se asocia a mayor utilización de recursos sanitarios y sociales. Además, el trastorno mental infanto-juvenil no tratado implica 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 (OMS 2013)

Los estudios tanto nacionales como internacionales estiman una prevalencia de trastornos mentales en población infanto-juvenil entre el 10 y el 20%. Entre un 4-6% padecerían un Trastorno Mental Grave (AEN, 2009; MSPSI, 2011; García Ibáñez, 2004; Mollejo, 2012).

La promoción e intervención en materia de salud mental en niños y adolescentes constituye un área prioritaria de atención y promoción de la salud para las diferentes instituciones y organismos nacionales e internacionales y así lo han recogido en diferentes documentos (European Commission, 2005; Parlamento europeo, 2009; MSSSI, 2013). En la Comunidad de Madrid, el anterior *Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014* (Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2010) señala como línea de actuación prioritaria la atención a la salud mental de niños y adolescentes de forma diferenciada de la de adultos y específica. Así mismo, recientemente se ha publicado el Plan de la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid en el que se incluyen actuaciones vinculadas con la salud mental en este grupo de población (Consejería de Políticas Sociales y Familia, 2017).

En la actualidad, el Servicio Madrileño de Salud cuenta con una Red Asistencial de Atención en Salud Mental a Niños y Adolescentes integrada por distintos dispositivos ambulatorios y hospitalarios que ofrecen atención específica a menores con trastornos mentales. En los últimos años (2013-2015), según los datos aportados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental procedentes del SIAE y del CMBD, la demanda en salud mental a niños y adolescentes ha experimentado un notable incremento en la Comunidad de Madrid, tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario, y ello hace necesario un revisión de las necesidades y recursos existentes.

En el actual Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 esta línea estratégica se constituye igualmente como un eje desde la perspectiva de la organización, y extiende su alcance a otras

líneas, que incluyen atención a niños y adolescentes con diferentes patologías o al Trastorno Mental Grave.

## **L2. OBJETIVOS**

En este caso, y de nuevo dado su amplio alcance, la línea se ha subdividido en cinco ámbitos de acción, enfocados a alcanzar los siguientes objetivos:

1. Mejorar la atención hospitalaria en salud mental a niños y adolescentes
2. Mejorar la atención ambulatoria de salud mental de niños y adolescentes
3. Mejorar la transición de servicios de salud mental de niños y adolescentes a los de adultos.
4. Mejorar la atención a la salud mental perinatal y en primera infancia (0-3)
5. Mejorar la coordinación con otros recursos sanitarios e instituciones implicadas en la atención a la infancia.

A continuación se presentan los objetivos específicos y actuaciones para cada de ellas:

## **LE. 2.1.- MEJORAR LA ATENCIÓN HOSPITALARIA EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES**

En el ámbito de la **atención hospitalaria** existen en la actualidad en la Comunidad de Madrid distintos tipos de dispositivos de características diferenciadas:

- 1- *Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría para niños y adolescentes.* En la Comunidad de Madrid, hay dos UHB para niños y adolescentes: la UHB de Adolescentes del Hospital Gregorio Marañón (HGUGM), con 20 camas para población de 12 a 17 años y la UHB de Niños y Adolescentes del Hospital Niño Jesús (HNJ), con 31 camas, que atiende a población infantil (5-11 años) y adolescente (12-17). En los últimos años, la presión asistencial de estos dispositivos se ha incrementado muy notablemente. Desde la apertura de la Unidad de Adolescentes del HGUGM en el año 2000 el número de ingresos se ha incrementado progresivamente, duplicándose desde el año 2010 (n=247) hasta el año 2016 (n=418) (HGUGM, 2015). Igualmente, los datos asistenciales de la UHB de Niños y Adolescentes del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús muestran un incremento de un 30% en los ingresos desde 2009 a 2016 (HNJ, 2015). Globalmente, según datos aportados por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental procedentes del SIAE y del CMBD, entre los años 2013 y 2015, el aumento del número de Altas de las UHB de Niños y Adolescentes de la Comunidad de Madrid (Hospital Gregorio Marañón y Hospital Niño Jesús) ha sido del 14.33%. La lista de espera para hospitalización de adolescentes en ambas unidades se mantiene entre 6-10 pacientes de forma constante en el último año, incrementándose considerablemente de forma fluctuante (ORCSM, 2017).
- 2- *Hospitales de Día Psiquiátricos para niños y adolescentes (Recursos de Hospitalización Parcial).* Actualmente, existen 5 Hospitales de Día-Centros Educativos Terapéuticos (HD-CET), con un total de 100 plazas para adolescentes (12-17 años) y 55 plazas para niños (6-11 años). Además, la Red Asistencial dispone de un Hospital de Día para adolescentes (14-17), otro para población de edad escolar (7-13 años) y otro para población pre-escolar (0-6 años) en el Hospital Niño Jesús y un Hospital de Día para Rehabilitación de niños y adolescentes con enfermedades neuropsiquiátricas y trastornos mentales (Centro Dionisia Plaza). La situación actual de los hospitales de día es de intensa presión asistencial y largas listas de espera de más de 6 meses en estos dispositivos.
- 3- *Unidad de Media Estancia (UME) para Adolescentes con Trastorno Mental Grave.* Dispone de 20 camas en régimen de media estancia (máximo de 6 meses prorrogable a un año). Desde su apertura en enero de 2015, se han ingresado un total de 58 pacientes, alcanzándose una ocupación plena, con una estancia media de 8,6 meses.

### **L2.1. OBJETIVOS**

1. Reducir las listas de espera en Hospital de Día y revisar y diversificar el modelo de atención actual.
2. Minimizar las listas de espera para ingreso urgente de pacientes en las Unidades de Hospitalización Breve para Niños y Adolescentes.

**LE. 2.1 .OBJETIVO 2.1.1 Reducir las listas de espera en Hospital de Día y revisar y diversificar el modelo de atención actual.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.1.1.1. Refuerzo del número de plazas de Hospital de Día infanto-juvenil en edad preescolar, escolar y adolescente.

2.1.1.2. Creación de plazas de Hospital de Día con modelos diversificados que incluyan atención a pacientes subagudos

2.1.1.3. Refuerzo de la dotación de recursos humanos en los hospitales de día tanto en número de profesionales como en experiencia en salud mental de niños y adolescentes.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
<b>1. Refuerzo del nº de plazas de Hospital de Día</b>	Porcentaje de plazas creadas respecto a las existentes por grupo de edad.	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Plazas de Hospital de Día con atención a pacientes subagudos</b>	Porcentaje de plazas con modelo de atención a pacientes subagudos respecto al total de plazas existentes.	Memoria anual de la ORCSM
<b>3. Refuerzo de recursos humanos en nº y experiencia en niños y adolescentes.</b>	Porcentaje de nuevos profesionales incorporados respecto a las necesidades detectadas	Memoria anual de la ORCSM

**Documentos y productos finales**

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

## LE. 2.1 OBJETIVO 2.1.2. Minimizar la lista de espera para ingreso urgente de pacientes en las Unidades de Hospitalización Breve para Niños y Adolescentes

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.1.2.1. Ampliación del número de camas de hospitalización psiquiátrica breve de niños y adolescentes.

2.1.2.2. Refuerzo de la dotación de recursos humanos tanto en número de profesionales como en experiencia en salud mental de niños y adolescentes en UHB

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
<b>1. Ampliación del nº de camas de hospitalización psiquiátrica breve de niños y adolescentes</b>	Porcentaje de camas de hospitalización psiquiátrica breve respecto a las existentes	Memoria anual de la ORCSM
	Porcentaje de pacientes al año en espera > 24 horas para ingreso urgente en hospitalización psiquiátrica breve (esperando cama en las Urgencias).	Memoria anual de la ORCSM
	Promedio semanal de pacientes en espera para ingreso programado en hospitalización psiquiátrica breve (lista de espera semanal)	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Refuerzo en la dotación de recursos humanos</b>	Profesionales incorporados respecto a los existentes	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

## **LE 2.2. MEJORAR LA ATENCIÓN AMBULATORIA DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES.**

A nivel ambulatorio, la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid se compone de 36 *Centros de Salud Mental Comunitarios (CSM)*, dotados cada uno de ellos de un Equipo de Salud Mental de Niños y Adolescentes que atiende a la población menor de 18 años. Además, algunos hospitales generales disponen de Consultas Externas para atención ambulatoria.

El Equipo de Salud Mental de niños y adolescentes debe ser un equipo interdisciplinar con capacidad para dar respuesta a la atención al trastorno mental común, así como desarrollar el Plan de Continuidad de Cuidados que exige la atención al paciente con trastorno mental grave a lo largo de su enfermedad (*OMS, 2013; ORCSM, 2017*).

Según datos del año 2013 recogidos en el Libro Blanco de Salud Mental Infantil y Juvenil en España, las ratios de psicólogos y psiquiatras en la Comunidad de Madrid están por debajo de las ratios recomendadas para una óptima asistencia a la población infantil y juvenil (*Cátedra de Psiquiatría Infantil, 2014*).

Teniendo en cuenta que la demanda asistencial ambulatoria se ha incrementado, según datos aportados por la ORCSM en un 6.84%, hay una necesidad identificada también en el Documento Base del Plan de Salud Mental 2017, elaborado por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, de adecuar la dotación en recursos humanos de los dispositivos de salud mental de niños y adolescentes (*ORCSM, 2017*).

El *Programa de Continuidad de Cuidados del Programa infanto-juvenil* de la Comunidad de Madrid para menores con Trastorno Mental Grave debe ofrecer una cobertura integral y continuada en el tiempo a los menores con trastorno mental grave y/o situación de vulnerabilidad social y que precisan de un tratamiento complejo tanto a nivel sanitario como social, para que no se vea comprometido su desarrollo evolutivo (*ORCSM, 2014*). En el momento actual el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes en la Comunidad de Madrid está desigualmente implantado en los Centros de Salud Mental; no existe un registro de casos ni protocolos comunes de actuación.

Algunos pacientes, además, presentan dificultades en la adherencia al tratamiento o dificultades de incorporación a recursos terapéuticos. Estos casos pueden quedar estructurados como patologías graves, en los que la necesidad de recursos y el coste económico posterior son mayores. Para estos pacientes, es necesaria la creación de Programas de Salud Mental de Atención Domiciliaria (ESMAD) que puedan, desde una perspectiva de salud mental, realizar visitas

domiciliarias para observación clínica y supervisión de adherencia al tratamiento, como parte integral de la continuidad de cuidados.

Se considera que sería necesario, además, crear otros dispositivos de tratamiento intensivo, pero a nivel ambulatorio, ubicados en los Centros de Salud Mental o en los hospitales. Los recursos de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI) son programas existentes en otros países que ofrecen tratamiento interdisciplinar (psicofarmacológico, psicoterapéutico, psicoeducativo y psicosocial, en formato individual, familiar o grupal) de intensidad y duración necesaria para pacientes graves, manteniendo al niño o adolescente en su medio habitual (Arévalo, 2009).

## **L2.2. OBJETIVOS**

1. Reforzar los recursos humanos de los CSM para avanzar hacia la equidad de la atención ambulatoria a la salud mental de los niños y adolescentes
2. Desarrollar, implantar y consolidar el Programa de Continuidad de Cuidados en Trastorno Mental Grave de la infancia y adolescencia.
3. Crear e implantar Recursos de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI) en Centros de Salud Mental y hospitales.



## **LE. 2.2 OBJETIVO 2.2.1. Reforzar los recursos humanos de los CSM para avanzar hacia la equidad de la atención ambulatoria a la salud mental de los niños y adolescentes**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.2.1.1. Realizar un estudio de necesidades y disponibilidad de recursos humanos de acuerdo a los estándares aceptados.

2.2.1.2. Reforzar la dotación de recursos humanos conforme a las necesidades identificadas tanto en número como en perfil profesional

### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

<b>Actuaciones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
<b>1. Estudio de necesidades y disponibilidad de recursos humanos</b>	Estudio de necesidades realizado: Sí/No	Documento específico Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Dotación de recursos humanos conforme a las necesidades identificadas</b>	Profesionales incorporados respecto a los identificados como necesarios	Memoria anual de la ORCSM

### **Documentos y productos finales**

- Documentos:

- Estudio de necesidades y disponibilidad de recursos humanos dedicados a la atención a la salud mental de niños y adolescentes en los CSM de acuerdo a los estándares aceptados.

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores

**LE. 2.2. - OBJETIVO 2.2.2. Desarrollar, implantar y consolidar el Programa de Continuidad de Cuidados en Trastorno Mental Grave de la infancia y adolescencia.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.2.2.1. Desarrollo de protocolos comunes de intervención en los PCC-IA en cuanto a funcionamiento, actividades y profesionales implicados.

2.2.2.2. Establecimiento o en su caso actualización en cada CSM de un registro de los pacientes en continuidad de cuidados que facilite el conocimiento de las necesidades y planificación de los recursos necesarios.

2.2.2.3. Inclusión de la Ficha del Plan de Continuidad de Cuidados en la Historia Clínica informatizada.

2.2.2.4. Refuerzo de la dotación de profesionales adscritos a los programas de continuidad de cuidados de cada CSM con el fin de reducir la ratio de usuarios con TMG por profesional adscrito al programa

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuentes de verificación
<b>1. Criterios mínimos comunes de intervención en los PCC-IA</b>	Documento con criterios mínimos comunes de PCC-IA realizado: Sí/No	Documento específico
	Implementación de los nuevos criterios de PCC en cada CSM/AGC: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Establecimiento o actualización en cada CSM de un registro de los pacientes en PCC</b>	Nº de personas en PCC-IA incluidas en registro específico	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Inclusión de la Ficha del Plan de Continuidad de Cuidados en la Historia Clínica informatizada.</b>	Ficha de PCC incorporada en HCE: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o

		Servicio de Salud Mental
<b>4. Dotación de profesionales adscritos a los programas de continuidad de cuidados en niños y adolescentes.</b>	Nº de profesionales adscritos a los PCC-IA.	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
	Ratio de profesionales adscritos a PCC por usuarios incluidos en programa	

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Revisión del Protocolo de Continuidad de Cuidados en niños y adolescentes con criterios mínimos comunes.
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
    - Registro de indicadores

## LE. 2.2 OBJETIVO 2.2.3 Crear e implantar Recursos de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI) en Centros de Salud Mental y hospitales.

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.2.3.1. Desarrollo e implantación de Programas de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI) en Centros de Salud Mental y en Hospitales para pacientes graves.

2.2.3.2. Citación preferente desde Atención Primaria ante la detección precoz de pacientes graves para promover la intervención temprana.

2.3.3.3. Desarrollo e implantación de Programas de Salud Mental de Apoyo Domiciliario (ESMAD) para niños y adolescentes

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Desarrollo e implantación de Programas de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI)</b>	Programa de Tratamiento Ambulatorio implantado: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Citación preferente desde AP ante la detección precoz de pacientes graves</b>	Nº de Valoraciones Previas por el Especialista por sospecha de trastorno grave	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Desarrollo e implantación de Programas de Salud Mental de Apoyo Domiciliario (ESMAD)</b>	Programa ESMAD implantado: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

Actuación 1.1.3.1. Diseño e implantación de un programa de intervención temprana para jóvenes con primeros episodios psicóticos (en cada CSM/ AGC), que garantice la atención preferente (VPE) y las prestaciones incluidas en GPC de Esquizofrenia y Psicosis Incipiente.

Actuación 1.1.3.4. Impulso de la consultoría online desde AP a los CSM para mejorar detección y orientación temprana.

Actuación 3.1.2. Establecimiento de vías de comunicación efectiva entre Atención Primaria y Salud Mental para el diagnóstico precoz y derivación de casos para tratamiento temprano.

Actuación 6.1.4. Citación preferente desde AP a CSM de niños con signos de alarma de TEA

### **LE 2.3. MEJORAR LA TRANSICIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES A LOS DE ADULTOS**

Es un hecho que una parte de los adolescentes que presentan problemas de salud mental, graves o no, pasan a la edad adulta con la necesidad de asistencia por su trastorno en los Servicios de Salud Mental de adultos (*Viner, 1999; Reid, 2004*). El término “transición” pone el acento en la necesidad de que el cambio sea considerado un proceso terapéutico y educativo, más allá de un acto meramente administrativo (*Sawyer, 1997*). Los mayores riesgos que se resumen en las publicaciones existentes en relación al proceso de transición son: posible pérdida de seguimiento del paciente y la diferencia de cuidados y actitud hacia el adolescente y el niño y hacia su familia, entre los Servicios Pediátricos y de adultos (*Singh, 2009; Singh, 2010*). El estudio más relevante acerca de la Transición en el ámbito de la salud mental hasta la fecha, el estudio TRACK realizado en Reino Unido (*Singh, 2008*), aportó unos resultados alarmantes ya que pudo demostrarse que el 42% de estos pacientes caían en el llamado “hiato asistencial”. Los individuos que tuvieron mejor garantizada la continuidad de la atención fueron aquellos con historia de enfermedad mental severa, los que estaban en tratamiento farmacológico o los que habían tenido alguna hospitalización. En cambio, aquellos con trastornos del neurodesarrollo, trastornos en la esfera neurótica o emocional y los que presentaban un trastorno de la personalidad incipiente tenían un mayor riesgo de una transición de mala calidad o de perderse en el proceso.

En España la situación de la transición entre servicios pediátricos y de adultos en el ámbito de las enfermedades psiquiátricas y del neurodesarrollo no ha sido estudiada todavía. En el momento actual se está poniendo en marcha el Proyecto Crecer, un estudio de investigación sobre el proceso de transición entre los servicios de salud mental de niños y adolescentes y los servicios de adultos en la Comunidad de Madrid. Por otra parte, en el ámbito de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, este proceso recibe una atención específica en el caso de jóvenes extutelados, también recogida en el Plan de la Infancia y Adolescencia 2017-2021 (*Consejería de Políticas Sociales y Familia, 2017*). Un proceso de transición efectivo ha demostrado que mejora la evolución a largo plazo y también la experiencia vivida en relación a su adaptación psicosocial y evolución vocacional. A pesar de todas estas evidencias, la transición sigue siendo una experiencia insatisfactoria para un número significativo de jóvenes y sus familias (*American Academy of Pediatrics, 2002*).

#### **L2.3. OBJETIVO**

- Implantar Programas de Transición de Servicios de Salud Mental de Niños y Adolescentes a los de Adultos.

## LE. 23 - OBJETIVO 2.3.1. Implantar Programas de Transición de Servicios de Salud Mental de Niños y Adolescentes a los de Adultos

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.3.1.1. Constitución de grupo de trabajo central y elaboración de criterios y recomendaciones para Programas de Transición y cronograma para desarrollo de protocolos

2.3.1.2. Seguimiento de cronograma para la elaboración e implantación de los Protocolos de Transición

2.3.1.3. Elaboración de protocolos de transición de casos desde los Equipos de Salud Mental de niños y adolescentes a los de adultos que incluyan informes de derivación, solapamiento transitorio de la asistencia y coordinación entre profesionales responsables.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Constitución de grupo de trabajo y determinación de criterios y recomendaciones</b>	Grupo de trabajo constituido: Sí/No	Acta de reunión. Memoria anual de la ORCSM
	Documento de recomendaciones y cronograma realizado: Sí/No	Documento específico Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Seguimiento de cronograma de elaboración e implantación de los Protocolos de Transición</b>	Reuniones del grupo de trabajo para Seguimiento anual del cronograma:	Acta de reunión Memoria anual de la ORCSM
<b>3. Elaboración de protocolos de transición de casos desde los Equipos de Salud Mental de niños y adolescentes</b>	Protocolo de Transición elaborado e implantado: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

## Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Criterios y recomendaciones de los protocolos de transición
  - Cronograma de desarrollo e implantación de protocolos de transición en los centros, áreas o servicios de salud mental
  
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

## Actuaciones compartidas

Actuación 6.2.3 Implantación de un protocolo de transición de los Servicios de Salud Mental de Adolescentes con TEA a los Servicios de Salud Mental de Adultos. (I-A)

Objetivo 7.2. Desarrollar e implantar Programas de Transición desde las Unidades TCA de Niños y Adolescentes hasta las Unidades de TCA de Adultos. Actuaciones 7.2.1, 7.2.2 y 7.2.3.



## **LE 2.4. MEJORAR LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL Y EN PRIMERA INFANCIA (0-3)**

La Salud Mental Perinatal aborda la prevención, detección precoz y tratamiento de los trastornos mentales en el periodo que va desde la concepción, embarazo, parto y posparto hasta el primer año de vida. Desde los inicios de la psiquiatría perinatal en el siglo XIX, el foco se ha ido ampliando desde la psicopatología materna a la interferencia de esta patología con la función parental y en consecuencia con el desarrollo neurobiológico, cognitivo, emocional y comportamental del bebé (*Prego, 2015*). En la actualidad existe consenso en la necesidad de priorizar la atención en dicho periodo, considerándose siempre la interacción vincular madre/padre – bebé como la interfaz entre genética y ambiente, que condicionara en buena medida el desarrollo saludable o no del bebe. Numerosos estudios conforman un sólido cuerpo de evidencia científica que señala que etapas como el embarazo y la etapa perinatal constituyen periodos especialmente importantes para la salud mental y que la intervención en dichas etapas precoces es a la vez que terapéutica, preventiva de ulteriores patologías (*Howard, 2014; Rodríguez, 2007; Meltzer-Brody, 2014*).

El trabajo de coordinación con psiquiatras de adultos que atienden a la madre con trastorno mental y la atención posterior a la diada madre-bebe desde la perspectiva perinatal es necesaria como elemento de prevención de patologías con manifestaciones sintomáticas evolutivas persistentes y más graves en etapas posteriores de la vida así como intervención curativa de los trastornos mentales precoces en la primera infancia (0-3) (*Weatherston, 2000*). Esta intervención resulta por ejemplo muy necesaria en los casos de hospitalización neonatal del recién nacido, especialmente en la prematuridad, donde los cuidados individualizados centrados en la familia permiten optimizar el pronóstico no sólo individual sino también a nivel de funcionamiento familiar (*Sah, 2014*).

En el momento actual existen muy pocos programas de Psiquiatría Perinatal en la Red de Salud Mental. El conocimiento por parte de los profesionales de la red en esta disciplina, aunque en progresivo incremento, es aún escaso, siendo ésta una etapa crucial y por tanto, de necesario desarrollo en los servicios sanitarios para una atención completa e integral al menor. Por otra parte cada vez es mayor la demanda por parte de las usuarias de una atención a la salud mental en el embarazo, en la muerte perinatal, y en el posparto, que en la mayoría de casos tendrá que ser sistémica (*Olza Fernández, 2014*).

### **L2.4. OBJETIVO**

-Desarrollar e implantar programas de atención en salud mental perinatal y en primera infancia (0-3) en los hospitales generales y en los servicios de salud mental comunitarios.

**LE. 2.4 OBJETIVO 2.4.1. Desarrollar e implantar programas de atención en salud mental perinatal y en primera infancia (0-3) en los hospitales generales y en los servicios de salud mental comunitarios.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.4.1.1. Formación en psiquiatría y salud mental perinatal de los profesionales de la red de salud mental

2.4.1.2. Designación de psiquiatra responsable de atención perinatal en los hospitales con Servicio de Pediatría.

2.4.1.3 Desarrollo de un Programa Perinatal de continuidad de cuidados en la atención al embarazo, parto y puerperio en situaciones especiales en los Centros de Salud Mental, desde una perspectiva integradora (psicopatología parental, vínculo, psicopatología del bebé).

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Formación en psiquiatría y salud mental perinatal</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>2. Psiquiatra responsable de atención perinatal en los hospitales con Servicio de Pediatría.</b>	Psiquiatra responsable de atención perinatal Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Programa Perinatal en Centro de Salud y Hospital</b>	Programa Perinatal implantado: Sí/No	Documento específico  Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

## Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Programa Perinatal de continuidad de cuidados en cada CSM-Hospital
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

## **LE 2.5. MEJORAR LA COORDINACIÓN CON OTROS RECURSOS SANITARIOS E INSTITUCIONES IMPLICADAS EN LA ATENCIÓN A LA INFANCIA**

La OMS, en su Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 menciona que los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.

En menores, el trabajo con los padres y la intervención sobre la familia y su situación social, es parte inseparable de la atención individual al niño/adolescente. A menudo los menores atendidos en salud mental están en seguimiento por otras instituciones de servicios sociales o de protección, o requieren cooperación con los servicios de justicia, bien por la condición legal del menor a efectos de internamientos, bien por la propia implicación del menor en hechos delictivos, bien por los correlatos legales de la situación de desestructuración familiar. En todos los casos los menores están, o deben formar parte, del sistema educativo.

A este respecto, los expertos en salud mental infanto-juvenil (*Knapp, 2008*), consideran que la multiplicidad de contactos y servicios es una clara característica de un sistema de salud mental de niños y adolescentes, bien desarrollado, ya que los problemas mentales en estas edades deben tratarse tanto dentro como fuera de los Servicios de Salud Mental (*Rutter, 2008*).

Sin una coordinación efectiva, posiblemente se producirán solapamientos con derroche de recursos y, con mayor frecuencia, grandes brechas en el espectro de los apoyos. Esta necesaria coordinación intra e interinstitucional, requiere unos tiempos de atención dentro del trabajo asistencial, que aunque no son de atención clínica directa con el paciente, deben estar identificados en la planificación asistencial. Así mismo, se debe poner de manifiesto la importancia y necesidad de una eficiente intervención en el primer nivel asistencial de los Centros de Salud Mental como elemento contenedor del uso de otros recursos terapéuticos hospitalarios (Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización, Unidad de Media Estancia) más costosos y más alineadores del paciente de su medio sociofamiliar.

### **L2.5. OBJETIVO**

- Impulsar y desarrollar una eficiente coordinación con otros recursos sanitarios y resto de instituciones implicadas en la atención a la infancia

**LE. 2.5 OBJETIVO 2.5.1. Impulsar y desarrollar una eficiente coordinación con otros recursos sanitarios y resto de instituciones implicadas en la atención a la infancia**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.5.1.1 Formación en atención a menores en situación en riesgo psicosocial para los profesionales de la red de salud mental en colaboración con el resto de las instituciones que intervienen.

2.5.1.2. Asignación de tiempo de coordinación con otros profesionales e instituciones en las agendas de actividad de los profesionales.

2.5.1.3. Fomento de la constitución de Grupos de Trabajo Interdisciplinares con Educación, Justicia, Servicios Sociales y de Protección del Menor para mejorar la continuidad de la atención de los niños y adolescentes

2.5.1.4. Articulación de estructuras de coordinación (áreas de gestión clínica) de todos los recursos que forman la Red de Salud Mental de niños y adolescentes, incluyendo adicciones, independientemente de la dependencia administrativa de estos recursos.

2.5.1.5. Participación de los profesionales de Salud Mental en los Consejos Locales de Atención a la Infancia así como en otros foros de toma de decisiones de pacientes con trastorno mental grave y desventaja social.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Formación en atención a menores en situación en riesgo psicosocial</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>2. Tiempo de coordinación con otros profesionales e instituciones</b>	Asignación de 2 horas semanales para coordinación en la agenda de los profesionales: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

<b>3. Grupos de Trabajo Interdisciplinarios para mejorar la continuidad de la atención de los niños y adolescentes</b>	Grupo de trabajo de coordinación interinstitucional constituido: Sí/No	Memoria anual de Oficina de Coordinación de Salud Mental
<b>4. Articulación de estructuras de coordinación (áreas de gestión clínica) de todos los recursos de niños y adolescentes</b>	Existencia de un procedimiento de coordinación y revisión de casos con los centros y recursos de la Red de Atención Social y con la Red de adicciones de referencia: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Promoción de la participación de los profesionales de Salud Mental en los Consejos Locales de Atención a la Infancia y otros foros</b>	Porcentaje de Consejos Locales de Atención a la Infancia que cuentan con representante de SMIJ	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Procedimiento de coordinación con recursos de proximidad de atención a menores, tanto de la red de atención social como de la red de adicciones.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

Línea 0. Nivel de Organización Táctico. Sobre las áreas de gestión clínica de psiquiatría y salud mental, y la extensión de este modelo organizativo

### **LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

La prevalencia de las enfermedades mentales en Atención Primaria (AP) en nuestro medio es alta y ronda el 30%. (*Reneses et al, 2015; Serrano-Blanco et al, 2010*). En la Comunidad de Madrid, la vía de acceso a la atención especializada se realiza a través de la AP, de donde proceden el 80% de los pacientes atendidos en los servicios de Psiquiatría y Salud Mental (PSM). Los trastornos psiquiátricos que se presentan con mayor frecuencia en las consultas del médico de familia son los trastornos de ansiedad y los depresivos, tanto en sus formas mayores como en la de trastornos adaptativos, constituyendo la tercera causa más común de consulta en AP (*Serrano-Blanco, Palao, Haro, 2006*). Los médicos de Atención Primaria derivan a PSM una proporción variable de los pacientes afectados de problemas mentales, siendo la que es atendido en el contexto de AP siempre mucho mayor.

El espectro de patología mental que potencialmente puede ser manejado en AP y PSM es muy amplio, pero conviene hacer mención a los dos polos de gravedad del mismo, por su importante repercusión asistencial. De un lado, el sufrimiento psicológico derivado de problemas de la vida diaria, lo que ha supuesto que la demanda de derivación a la atención especializada, sobre todo a psicología, sea cada vez más creciente por parte de las personas que los sufren, ejerciendo una presión importante al médico de familia para que se realice esta derivación, que se acompaña después de una incomparecencia a esa primera consulta más alta de lo que sería deseable. En el otro extremo de la gravedad se encuentran los pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG), que son atendidos regularmente por PSM pero que con frecuencia descuidan sus problemas de salud física y las actividades preventivas necesarias para su conservación. En este mismo espectro de gravedad se encuentran los pacientes jóvenes que comienzan a padecer un trastorno mental grave y cuya detección precoz, no siempre fácil, debe de ser claramente impulsada en el ámbito de AP.

La variabilidad en las respuestas que se dan a los problemas de salud mental, tanto en el ámbito de la atención especializada como en el la primaria es muy alta y condiciona la planificación de la atención. Las causas de esta variabilidad son complejas, pero en general derivan de no aplicar correctamente las evidencias derivadas de la investigación, de decisiones y solicitudes de enfermos no suficientemente bien informados sobre su trastorno o sobre lo que puede esperar de los servicios sanitarios respecto a su malestar psíquico, la creciente medicalización del sufrimiento derivado de situaciones de la vida cotidiana ya citada y las derivadas de una estructura asistencial que puede ir por detrás de las necesidades reales y las demandas de la población.

La colaboración y coordinación formal e informal entre los equipos de AP y los Servicios de PSM es una pieza clave de la organización sanitaria (*OCDE, 2014*) y así ha sido recogida en los dos

planes anteriores de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y de la misma manera también lo hace en el presente Plan.

### **L3. OBJETIVOS**

1. Detección precoz e intervención temprana de las personas con Trastorno Mental Grave
2. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental
3. Favorecer la atención psicológica a los trastornos emocionales como la ansiedad, depresión y somatizaciones, en los Centros de Salud de AP
4. Mejorar la salud física de pacientes con TMG



### LE. 3 Objetivo 3.1. Detección precoz e intervención temprana de las personas con Trastorno Mental Grave

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

3.1.1. Desarrollo de actividades formativas de sensibilización de los profesionales de atención primaria en la detección temprana de trastorno mental grave.

3.1.2. Establecimiento de vías de comunicación efectiva entre Atención Primaria y Salud Mental para el diagnóstico precoz y derivación de casos graves para tratamiento temprano.

#### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Actividades formativas de sensibilización de los profesionales de atención primaria</b>	Nº de reuniones/sesiones informativas/sesiones formativas anuales en AP con este fin por cada CSM	Actas de las reuniones Plan de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid
<b>2. Vías de comunicación efectiva entre AP y Salud Mental para el diagnóstico precoz y derivación para tratamiento temprano.</b>	Nº de Valoraciones Previas de Especialista por sospecha de trastorno grave	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

#### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

#### Actuaciones compartidas

Actuación 1.1.3.1. Diseño e implantación de un programa de intervención temprana para jóvenes con primeros episodios psicóticos (en cada CSM/ AGC), que garantice la atención preferente (VPE) y las prestaciones incluidas en GPC de Esquizofrenia y Psicosis Incipiente.

Actuación 1.1.3.4. Impulso de la consultoría online desde AP a los CSM para mejorar detección y orientación temprana.

Actuación 3.1.2. Establecimiento de vías de comunicación efectiva entre Atención Primaria y Salud Mental para el diagnóstico precoz y derivación de casos para tratamiento temprano.

Actuación 6.1.4. Citación preferente desde AP a CSM de niños con signos de alarma de TEA

### LE. 3 .OBJETIVO 2. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Atención Primaria y Salud Mental

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones, en dos ámbitos:

Mejora de la continuidad asistencial y el seguimiento de los pacientes

3.2.1. Creación de comisión mixta Salud Mental -Atención Primaria con el objetivo de establecer mejoras estratégicas de coordinación.

3.2.2. Desarrollo e implantación de procesos de atención integrados entre Atención Primaria y Salud Mental

3.2.3. Desarrollo del programa de atención psicogerítrica entre AP y SM

3.2.4. Identificación de mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre AP y CSM, tanto sanitaria como social, a través de reuniones de coordinación locales entre centros y espacios de intercambio de experiencias

3.2.5. Promoción de la coordinación entre los equipos de atención primaria, CSM y los centros de atención a las adicciones (CAID y CAD).

3.2.6. Promoción de herramientas de comunicación telemática entre Atención Primaria y Salud Mental, que faciliten el seguimiento de los pacientes y la uniformidad de criterios asistenciales y de índole laboral o legal.

3.2.7. Avanzar en la interoperatividad de la historia clínica electrónica.

Mejora de la atención adecuada a las situaciones de malestar de la vida cotidiana

3.2.8. Realizar un estudio de adecuación de las derivaciones a consultas de CSM de acuerdo a los criterios establecidos y propuesta de acciones de mejora.

3.2.9 Promover foros de reflexión AP-SM sobre la medicalización y psicologización de la vida cotidiana.

#### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Comisión mixta Salud Mental - Atención Primaria</b>	Comisión mixta SM-AP constituida: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM

<p><b>2. Procesos de atención integrados</b></p>	<p>Proceso integrado ansiedad/depresión implantado: Sí/No Proceso Integrado trastorno de la conducta alimentaria implantado: Sí/No Proceso integrado trastorno por uso de alcohol: Sí/No</p>	<p>Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental</p>
<p><b>3. Programa de atención psicogeriátrica</b></p>	<p>Desarrollo de programa: Sí/No Datos de actividad</p>	<p>Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental</p>
<p><b>4. Identificación de mecanismos eficaces de coordinación asistencial, tanto sanitaria como social</b></p>	<p>Nº de reuniones de coordinación anuales con AP por CSM</p>	<p>Actas de las reuniones</p>
	<p>Jornada anual realizada: Sí/No</p>	<p>Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental</p>
<p><b>5. Coordinación entre los equipos de atención primaria, CSM y los centros de atención a las adicciones (CAID y CAD).</b></p>	<p>Nº de reuniones de coordinación anuales por CSM con AP y red de adicciones de proximidad</p>	<p>Actas de las reuniones</p>
<p><b>6. Herramientas de comunicación telemática entre Atención Primaria y Salud Mental,</b></p>	<p>Nº de centros de salud de AP que usan un programa de interconsulta online</p>	<p>Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental</p>
	<p>nº de consultas telemáticas anuales en cada CSM</p>	
<p><b>7. Avanzar en la interoperatividad de la historia clínica electrónica.</b></p>	<p>HCE de Salud Mental interoperativa con AP Madrid: Sí/No</p>	<p>Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental</p>
<p><b>8. Estudio de adecuación de las derivaciones a consultas de CSM</b></p>	<p>Estudio de adecuación de las derivaciones realizado: Sí/No</p>	<p>Memoria anual de la ORCSM</p>

<b>9. Foros de reflexión AP-SM sobre la medicalización y psicologización de la vida cotidiana.</b>	Foro de reflexión realizado: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad
--	---------------------------------------	---

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Procesos de atención integrados ansiedad-depresión, TCA y por uso de alcohol de cada área o equivalente
  - Programa de atención psicogeriatrica de cada área o equivalente
    - Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 0.1.2.2.1. Formación de Comisión mixta de Atención Primaria y Salud Mental.
- Actuación 0.1.2.2.2. Culminar el Pilotaje y extender el Proceso Integrado Ansiedad-Depresión
- Actuación 0.1.2.2.3. Diseñar e implementar el Proceso Integrado de Atención a los TCA
- Actuación 0.1.2.2.4. Diseñar e implementar el Proceso Integrado de Atención a los Trastornos del Espectro Autista.
- Actuación 0.1.2.2.6. Diseñar e implantar los procesos Integrados de Atención a las Adicciones, conjuntamente con la Subdirección General de Asistencia en Adicciones.
- Actuación 1.1.3.4. Impulso de la consultoría online desde atención primaria a los CSM para mejorar detección y orientación temprana.
- Actuación 1.2.4.1. Estudio de necesidades de programas y dispositivos sociosanitarios para TMG mayores de 65 años.
- Actuación 2.5.1.4. Articulación de estructuras de coordinación (áreas de gestión clínica) de todos los recursos que forman la Red de Salud Mental de niños y adolescentes, incluyendo adicciones, independientemente de la dependencia administrativa de estos recursos.
- Actuación 4.2.4. Coordinación entre los Equipos de Atención Primaria, Centros de Salud Mental (CSM) y los Centros de Atención Integral a Drogodependencias (CAID).
- Actuación 4.2.6. Promoción de herramientas de comunicación telemática entre Atención Primaria, Salud Mental y Adicciones, que faciliten el seguimiento de los pacientes y la uniformidad de criterios asistenciales y de índole laboral o legal.

### **LE. 3. Objetivo 3.3. Favorecer la atención psicológica a los trastornos emocionales como la ansiedad, depresión y somatizaciones, en los Centros de Salud de Atención Primaria.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

3.3.1. Evaluación de los tratamientos grupales de ansiedad, depresión y somatizaciones en los centros de salud de atención primaria

3.3.2. Protocolo de intervención psicológica dentro del proceso de atención integrada ansiedad depresión

#### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

<b>Actuaciones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
<b>1. Evaluación de los tratamientos grupales en AP</b>	Variables de resultado de grupo de trabajo de seguimiento AP-SM	Informe de resultados y conclusiones
<b>2. Protocolo de intervención psicológica dentro del proceso de atención integrada ansiedad-depresión</b>	Existencia de protocolo: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM

#### **Documentos y productos finales**

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### LE. 3. OBJETIVO 3.4. Mejorar la Salud Física de los pacientes con TMG

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

3.4.1. Formación en psiquiatría y salud mental a los profesionales de enfermería de atención primaria.

3.4.2. Elaboración de programa AP-Salud Mental para la detección precoz y seguimiento de problemas de salud física de Personas con TMG.

#### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Formación en psiquiatría y salud mental a los profesionales de enfermería de AP</b>	nº de acciones formativas/año Nº de personas formadas	Plan de Formación continuada de la Consejería de Sanidad
<b>2. Programa AP-Salud Mental para la detección precoz y seguimiento de problemas de salud física de Personas con TMG.</b>	Elaboración de programa de salud física de las personas con TMG: Sí/No	Documento específico
	Actualización del programa de Continuidad de Cuidados para personas con TMG: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

#### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Programa de atención a la salud física de las personas con TMG en AP y SM
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

#### Actuaciones compartidas

1.1.2.2 Revisión del protocolo del PCC y determinación de criterios mínimos del PCC de los CSM en cuanto a funcionamiento, actividades, número de profesionales implicados y evaluación de resultados en salud y funcionalidad; incluyéndose en la HCE de cada CSM /AGC.



#### **LÍNEA ESTRATÉGICA 4:**

#### **ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS ADICTIVOS**

Las adicciones son enfermedades incluidas en la nosología de la Psiquiatría y la Salud mental, reconocida en las dos grandes clasificaciones de las enfermedades mentales, tanto la de la OMS (CIE10) como la de EEUU (DSM IV y V), y, en importante proporción, asociadas a otros trastornos psiquiátricos, la llamada patología dual.

En la Actualización de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad se han contemplado prioritariamente a través de sendos grupos de trabajo la elaboración de documentos destinados a la formulación estratégica de la Atención integral de la Patología Dual y la Dependencia del Alcohol.

Un porcentaje significativo de los mismos, en torno al 34%, atendido en la red de Subdirección de Actuación en Adicciones presenta, además de su trastorno adictivo, otro trastorno mental (la denominada comorbilidad psiquiátrica o “patología dual”). Así mismo en torno al 40% de la población atendida en los CAID no pasa por Atención primaria.

Los estudios epidemiológicos internacionales y nacionales determinan que hasta un 70% de estos pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias presentan de forma simultánea o secuencial otro Trastorno Mental.

Los pacientes que acuden a los servicios de salud mental presentan una incidencia de 29 % de abuso y adicción a sustancias (*Lev-Ran S et al 2013*), que otros estudios cifran en un 50%. Además esta población, tiene una elevada prevalencia, que al menos duplica a la población general, de otros trastornos médicos (metabólicos, infecciosos, neumológicos, neurológicos, oncológicos etc.). La relación etiológica que subyace a esta patología dual no es aun totalmente clara, pero se conoce la intervención de factores genéticos, neurobiológicos y medioambientales.

Desde su creación hace más de 25 años, las redes de atención a la Salud Mental y de atención a las Drogodependencias han tenido dependencias organizativas diferentes. La coordinación entre las mismas es un requisito imprescindible para la atención integral de los pacientes mientras se avanza en una progresiva integración funcional de redes.

Esta coordinación ha de establecerse en los tres niveles de atención, el primer nivel o de acceso en Atención Primaria con el objetivo de identificar conductas adictivas de riesgo, el segundo nivel de Atención hospitalaria y de Centros de Salud Mental, y Centros de Atención Integral a las Drogodependencias con el objetivo de tratar intensivamente Adicciones con y sin sustancia, y con comorbilidad de otro Trastorno Mental; y el tercero de recursos específicos, para

Adicciones de mayor complejidad, tales como Comunidad Terapéutica o Unidad de Deshabituación Alcohólica, entre otros.

Así mismo, es estratégicamente prioritario contar con el tercer sector, y en particular con las Asociaciones de Autoayuda y rehabilitación de personas dependientes del alcohol y de otras adicciones, extendiendo experiencias conjuntas como las realizadas en el Hospital Universitario 12 de Octubre, y en el Centro de Salud Mental de Retiro del Hospital General Universitario Gregorio Marañón con la Red de la Federación de Alcohólicos de la Comunidad de Madrid (FACOMA) y Alcohólicos Anónimos.

### **L3. OBJETIVOS**

A continuación se formulan tres objetivos específicos para esta Línea Estratégica:

1. Detección precoz e intervención temprana de las personas con trastornos adictivos
2. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Atención Primaria, Salud Mental y la Red de adicciones
3. Mejorar la atención a las personas con Adicciones a través de la colaboración con las Asociaciones de Autoayuda y rehabilitación de personas dependientes del alcohol y de otras adicciones.

#### **LE. 4. OBJETIVO 1. Detección Precoz e Intervención temprana de las personas con Trastornos Adictivos**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

4.1.1. Desarrollo de actividades formativas de sensibilización de los profesionales de atención primaria en la detección temprana de trastornos adictivos

4.1.2. Incorporación de signos de alarma y detección precoz de desarrollo de Adicciones en adolescentes en consulta de AP

#### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

<b>Actuaciones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
<b>1. Actividades formativas de sensibilización en atención primaria sobre detección temprana de trastornos adictivos</b>	Nº de reuniones/sesiones informativas/formativas anuales en AP con este fin por cada CSM	Actas de las reuniones Plan de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid
<b>2. Incorporación de signos de alarma y detección precoz de desarrollo de Adicciones en adolescentes en consulta de AP</b>	Signos de alarma de alarma y detección precoz incorporados Sí/No	Memoria de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

#### **Documentos y productos finales**

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

#### **LE. 4. OBJETIVO 2. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Atención Primaria, Salud Mental y la Red de adicciones**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

4.2.1. Creación de comisión mixta entre Salud Mental-Adicciones con el objetivo de establecer mejoras estratégicas de coordinación.

4.2.2 Creación de comisiones locales entre Atención Primaria- Salud Mental-Adicciones con el objetivo de establecer mejoras operativas de coordinación.

4.2.3 Desarrollo, implantación y extensión de Procesos de Atención Integrados entre Atención Primaria, Salud Mental y Adicciones, comenzando por las experiencias pilotadas en Trastorno por uso de alcohol y Patología Dual.

4.2.4 Promoción de la coordinación entre los Equipos de Atención Primaria, Centros de Salud Mental (CSM) y los Centros de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) para la atención a menores y a adultos.

4.2.5. Promoción de la mejor coordinación entre los niveles secundario y terciario de atención, especialmente con los recursos específicos para Adicciones, tales como Comunidad Terapéutica o Unidad de Deshabitación Alcohólica.

4.2.6. Promoción de herramientas de comunicación telemática entre Atención Primaria, Salud Mental y Adicciones, que faciliten el seguimiento de los pacientes y la uniformidad de criterios asistenciales y de índole laboral o legal.

4.2.7. Avance en la interoperatividad de la historia clínica electrónica.

#### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

<b>Actuaciones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente</b>
<b>1. Comisión mixta Salud Mental-Adicciones</b>	Comisión mixta SM-Adicciones constituida: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM

<b>2. Comisiones locales entre Atención Primaria- Salud Mental- Adicciones</b>	Comisión local constituida: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Procesos de Atención Integrados Trastorno por uso de alcohol y Patología Dual.</b>	Proceso integrado Trastorno por uso de alcohol implantado: Sí/No  Proceso Integrado Patología Dual implantado: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>4. Coordinación entre los Equipos de Atención Primaria, Centros de Salud Mental (CSM) y los Centros de Atención Integral a Drogodependencias (CAID) para la atención a menores y adultos.</b>	Nº de reuniones de coordinación anuales por CSM con AP y red de adicciones de proximidad	Actas de las reuniones
<b>5. Coordinación entre los niveles secundario y terciario, especialmente CSM con recursos específicos para Adicciones, tales como Comunidad Terapéutica o Unidad de Deshabituación Alcohólica.</b>	Actividades de coordinación: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>6. Herramientas de comunicación telemática entre Atención Primaria, Salud Mental y Adicciones.</b>	Nº de centros de salud de AP que usan un programa de interconsulta online	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
	nº de consultas telemáticas anuales en cada CSM	
<b>7. Interoperatividad de la historia clínica electrónica.</b>	HCE de Salud Mental interoperativa con Adicciones/AP Madrid: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

## Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 0.1.2.2.6. Diseñar e implantar los procesos Integrados de Atención a las Adicciones, conjuntamente con la Subdirección General de Asistencia en Adicciones.
- Actuación 1.1.4.1. Diseño e implantación de un programa integrado de atención a personas con TMG y consumo de sustancias que incluya criterios e itinerarios asistenciales de servicios de SM, red de Adicciones y de Rehabilitación
- Actuación 1.1.4.3. Coordinación entre los equipos del CSM y los centros de atención a drogodependientes (CAID y CAD) para definir objetivos terapéuticos y realizar un Plan de Tratamiento Individualizado e Integrado.
- Actuación 2.5.1.4. Articulación de estructuras de coordinación (áreas de gestión clínica) de todos los recursos que forman la Red de Salud Mental de niños y adolescentes, incluyendo adicciones, independientemente de la dependencia administrativa de estos recursos.
- Actuación 3.2.2. Desarrollo e implantación de proceso de atención integrado entre Atención Primaria y Salud Mental sobre trastorno por uso de alcohol.
- Actuación 3.2.5. Promoción de la coordinación entre los equipos de atención primaria, CSM y los centros de atención a las adicciones (CAID y CAD).
- Actuación 3.2.6. Promoción de herramientas de comunicación telemática entre Atención Primaria y Salud Mental, que faciliten el seguimiento de los pacientes y la uniformidad de criterios asistenciales y de índole laboral o legal.
- Actuación 3.2.7. Avanzar en la interoperatividad de la historia clínica electrónica.

**LE. 4. OBJETIVO 3. Mejorar la atención a las personas con Adicciones a través de la colaboración con las Asociaciones de Autoayuda y rehabilitación de personas dependientes del alcohol y de otras adicciones.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

4.3.1. Incorporación de las Asociaciones de pacientes para diseñar los Programas y Procesos de Atención integral a las Adicciones, aprovechando su experiencia y potencial inter pares.

4.3.2. Difusión de información sobre asociaciones de familiares y pacientes en los CSM, CAID y Centros de Salud (CS) y en los demás recursos de atención a la salud mental y las adicciones.

4.3.3. Desarrollo de Jornadas de familiares y pacientes con el apoyo de los profesionales y medios del Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Sanidad

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Incorporación de las Asociaciones de pacientes para diseñar los Programas y Procesos de Atención integral</b>	Participación de asociaciones en diseño de procesos y programas: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Difusión de información sobre asociaciones de familiares y pacientes en los CSM, CAID y CS</b>	Actividades de difusión realizadas: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental y Memoria anual de la ORCSM
<b>3. Jornadas de familiares y pacientes con el apoyo de profesionales y de la Administración</b>	nº de actividades realizadas	Memoria anual de la ORCSM

## Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

## Actuaciones compartidas

- Actuación 5.4.4. Promoción de actuaciones colaborativas de prevención del suicidio con asociaciones de pacientes y familiares y de grupos especialmente vulnerables o en riesgo de exclusión social.
- Actuación 8.5.1. Difusión de información sobre asociaciones de familiares y usuarios en los CSM y en los demás recursos de salud mental en el diagnóstico del paciente con TP
- Actuación 8.5.3 Articulación de vías de participación de las asociaciones de pacientes. Ejemplo: dedicar al menos una de las reuniones de la Comisión de Seguimiento al intercambio de información con asociaciones de usuarios con TP y familiares.
- Actuación 7.7.2. Incorporación de representantes de movimiento asociativo en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de las personas con TCA.
- Actuación 9.1.4.2. Establecimiento de espacios de encuentro entre profesionales y pacientes o asociaciones de pacientes y familiares, para facilitar la relación y la colaboración.
- Actuación 9.1.5.4. Implementación del Programa “Servicio de Primer Apoyo” (apoyo a pacientes y familiares a través de información sobre recursos y asociaciones en el momento del diagnóstico de TMG) en todos los Hospitales.



## LÍNEA ESTRATÉGICA 5: PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El suicidio se considera un problema de Salud Pública y se sitúa a la cabeza de la mortalidad por causas externas en España (*MSPSI, 2011a*). La Comunidad de Madrid, presentó una tasa de 4,72 por cada 100.000 habitantes en 2016, lo que supone 305 fallecimientos según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística. Constituye la principal causa específica de mortalidad en el ámbito de salud mental (*MSPSI, 2011b*).

El suicidio constituye un drama humano y social para las personas directamente afectadas y su entorno (*OMS, 2012*). Pudiendo ser considerado un resultado en términos globales de calidad de salud, al tiempo que una consecuencia no deseada en materia de seguridad del paciente y por tanto en calidad asistencial (*Madrid.org [internet]; OMS, 2000a; OMS, 2000b*)

Conceptualmente la conducta suicida debe considerarse un fenómeno complejo, de causa multifactorial, interviniendo factores psicológicos, sociales, biológicos culturales y ambientales (*Ayuso-Mateos, 2012; MSSI, 2011b; Sendra-Gutiérrez, 2016*) Los trastornos mentales son un importante factor de riesgo de suicidio que subyace al 90% de los casos en nuestro entorno (*López-Castroman, 2009; Madrid.org [internet]*).

Se precisa un abordaje sistémico y una consideración transversal dentro de la respuesta de salud mental a este grave problema de salud con marcado impacto psicosocial (*Ayuso-Mateos, 2012*). Necesitando herramientas específicas desde sistemas de información, concienciación y capacitación tanto en el ámbito de la salud mental como en otros sectores relacionados, así como a nivel comunitario (*EUROGENAS [internet], OMS 2014*).

Por tanto la implementación de una Estrategia Multinivel específica en un Sistema Regional de Salud, tras un estudio de situación de partida, y su evaluación posterior mediante indicadores de proceso y resultado, resultan pertinentes a la vista de lo expuesto, y pueden ser objeto de esta línea estratégica dentro del nuevo Plan de Salud Mental (*Consejería de Sanidad, 2010 y 2013*). El objetivo general trataría por tanto de reducir la conducta suicida en la población de la Comunidad de Madrid a través del establecimiento de medidas en el ámbito de los servicios sanitarios de la Comunidad de Madrid durante el periodo 2018-2020.

### L4. OBJETIVOS

1. Reducir primeros intentos de suicidio (prevención primaria)
2. Reducir riesgo de suicidio tras tentativas previas (prevención secundaria)
3. Mejorar la atención de familiares y allegados de personas que han fallecido por suicidio
4. Potenciar y favorecer la coordinación y el trabajo en red
5. Mejorar la formación e investigación en prevención del suicidio

## LE. 5 OBJETIVO 5.1. Reducir primeros intentos de suicidio (prevención primaria)

Las medidas de prevención multinivel de la conducta suicida, como las enunciadas por la Estrategia Europea contra la Depresión (EEAD) o el Proyecto Europeo EUREGENAS implican varias dianas, entre ellas, población de riesgo y vulnerable, sensibilización de facilitadores sociales y población general, así como limitación de acceso a métodos letales (*EUROGENAS [internet]*).

En materia de detección temprana y prevención primaria de la conducta suicida habrá de incluirse, en coordinación interinstitucional, otros agentes clave además de los sanitarios, pertenecientes al ámbito no sanitario (*Consejería de Sanidad, 2010; EUROGENAS [internet]; MSPSI, 2011a; OMS, 2014*)

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

5.1.1. Intensificación de campañas informativas de visualización, sensibilización y concienciación dirigidas a familiares, pacientes, profesionales, facilitadores sociales y población general.

5.1.2. Fomento del tratamiento riguroso de la información relacionada con la conducta suicida por parte de los medios de comunicación.

5.1.3. Apoyo a la intervención en situación de crisis a través de líneas telefónicas, de atención 24 horas, y páginas web.

5.1.4. Fomento de la regulación de páginas web que alientan las conductas suicidas y autolesivas, especialmente en adolescentes, y potenciación del uso de programas de filtrado dirigido a padres y cuidadores, para controlar el acceso a determinados foros.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Intensificación de campañas informativas de visualización, sensibilización y concienciación</b>	Nº de campañas/año	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Tratamiento riguroso de la información en los medios</b>	Documento de recomendaciones realizado y difundido: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM

<b>3. Intervención en crisis a través de líneas telefónicas, de atención 24 horas, y páginas web</b>	Protocolo de atención telefónica implantado: Sí/No	Documento específico
<b>4. Regulación de páginas web que alientan las conductas suicidas y autolesivas, especialmente en adolescentes,</b>	Documento de recomendaciones realizado y difundido:  Sí/No	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Protocolo de atención telefónica en crisis
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

## **LE. 5-OBJETIVO 5.2. Reducir riesgo de suicidio tras tentativas previas (prevención secundaria)**

Según muestra la evidencia científica, la tentativa suicida previa es el mejor predictor de riesgo de futuras tentativas y de suicidio consumado (*Fleischmann, 2008; Luxton, 2013; WHO, 2012*). Las personas con antecedentes de conductas autolesivas tienen más posibilidades de morir por suicidio que la población general.

Desde un punto de vista preventivo, es fundamental la correcta evaluación de las personas que acuden a los servicios de urgencias, asegurar su adecuado reconocimiento, manejo terapéutico a medio y largo plazo de estos pacientes y poder así disminuir el posterior riesgo de suicidio (*Ayuso-Mateos, 2012; Fleischmann, 2008; Luxton, 2013; MSSSI, 2011b; OMS, 2000; OMS, 2002*).

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

5.2.1 Incorporación en la historia clínica electrónica de herramienta de ayuda a la adecuada valoración del riesgo suicida tras tentativas (checklist) en los Servicios de Urgencias de los hospitales y en los Servicios de emergencia extrahospitalaria.

5.2.2. Consolidación de la prestación ARSUIC (citación en menos de una semana) para mejorar la continuidad asistencial tras realización de tentativa.

5.2.3 Extensión del Programa de prevención de suicidio a los hospitales del Servicio Madrileño de Salud

5.2.4. Desarrollo de programas de enfermería sobre el manejo del medio y control de acceso a medicación en personas con TMG, especialmente primeros episodios, con reciente alta de psiquiatría y escaso apoyo social.

5.2.5. Atención a la conducta suicida en Unidades Psiquiátricas de Hospitalización Breve, UHTR y UCPP, así como en otros Servicios Médico-Quirúrgicos.

5.2.6 Desarrollo de protocolos de abordaje de pacientes con riesgo suicida crónico en unidades de rehabilitación (UHTR, UCPP, comunidades terapéuticas) teniendo en cuenta aspectos éticos y legales.

### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Incorporación en la historia clínica electrónica de herramienta de ayuda a la adecuada valoración del riesgo suicida tras tentativas (lista de verificación)</b>	Checklist incorporado en HCE: <i>Sí/No</i>	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Consolidación de la prestación ARSUIC</b>	Programa ARSUIC implantado: <i>Sí/No</i>	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
	Porcentaje de personas con cita en menos de una semana.	
<b>3. Extensión del Programa de prevención de suicidio a los hospitales del Servicio Madrileño de Salud</b>	Programa de prevención del suicidio implantado <i>Sí/No</i>	Memoria anual de la Gerencia del centro
<b>4. Desarrollo de programas de enfermería sobre el manejo del medio y control de acceso a medicación en personas con TMG</b>	Programa de enfermería sobre manejo del medio y control de acceso a medicación <i>Sí/No</i>	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Atención a la conducta suicida en Unidades de Hospitalización</b>	Programa de atención a la conducta suicida <i>Sí/No</i>	Memoria anual de la Gerencia del centro o Área de Gestión Clínica
	Tasa de tentativas de suicidio intrahospitalarias y tasa de mortalidad intrahospitalaria por suicidio.	
<b>6. Desarrollo de protocolos de abordaje de pacientes con riesgo suicida crónico en unidades de rehabilitación</b>	Protocolo de abordaje a personas con riesgo suicida crónico disponible <i>Sí/No</i>	Memoria anual de la Gerencia del centro o Área de Gestión Clínica

## Documentos y productos finales

- Documentos:

- Protocolo de abordaje a personas con riesgo suicida crónico
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 7.4.4. Desarrollo de programas de control de impulsos, autolesiones y riesgo de suicidio asociados con programas de seguimiento y control de la comorbilidad médica de las personas con TCA y TP.

### **LE. 5.-OBJETIVO 5.3. Mejorar la atención de familiares y allegados de personas que han fallecido por suicidio.**

En estas situaciones de pérdida de seres queridos por suicidio las personas reaccionan mediante un lento proceso de ajuste psicológico mediante el que se van difuminando los vínculos con el ser querido y aceptando su pérdida (*Anudriesen, 2014*). Este proceso doloroso inherente a casi todas las personas durante su ciclo vital, presenta unas características específicas en el caso del fallecimiento por suicidio. En estos casos la muerte del ser querido es inesperada, súbita y traumática lo que va a complicar la elaboración del duelo. A esto se añade el sentimiento de culpa por no haber actuado a tiempo para evitar el suicidio y en numerosas ocasiones se llegan a desencadenar duelos complicados y patológicos ante la pérdida (*Després Del Suicidi---Associació De Supervivents [internet]*).

Si bien en la mayoría de los procesos de duelo las personas poseen los recursos psicológicos y la ayuda psicosocial precisa para y sobreponerse a la adversidad, sin embargo en el caso del duelo por suicidio son numerosas las situaciones en las que los familiares precisan intervención terapéutica (*Anudriesen, 2014*).

Otro aspecto de la muerte por suicidio es la falta de reconocimiento social de la pérdida, que conlleva un proceso de “duelo oculto” por el sentimiento de vergüenza social (*Cvinar, 2005*). El estigma que sufren las familias no se considera resuelto culturalmente, por lo que se precisan actuaciones desestigmatizadoras desde las administraciones (Consejería de Sanidad, 2010 y 2013, Cvinar, 2005; MSSSI, 2011b).

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

5.3.1. Desarrollo de protocolos sobre atención a las personas supervivientes, familiares y allegados, de personas fallecidas por suicidio, sin protocolización en la actualidad.

5.3.2. Desarrollo de programas para disminuir el estigma que viven los familiares de un paciente suicidado y que frena su petición de ayuda en Salud Mental.

### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Protocolos sobre atención a las personas supervivientes, familiares y allegados</b>	Protocolo de atención a supervivientes y a allegados disponible Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Programas para disminuir el estigma de los familiares de un paciente suicidado</b>	Nº de actuaciones implantadas/ año	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Protocolo de atención a supervivientes y allegados
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores



## LE5 -OBJETIVO. 5.4 Potenciar y favorecer el trabajo en red.

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

5.4.1. Elaborar un Plan Regional de Prevención del Suicidio.

5.4.2. Desarrollo de vía formal de colaboración con Atención Primaria tanto para la prevención de la conducta suicida como para el manejo de pacientes con intentos previos que rechazan seguimiento en Salud Mental.

5.4.3. Desarrollo de vía formal de coordinación con la Red de drogas en la prevención de la conducta suicida que facilite su derivación a la red de salud mental.

5.4.4. Desarrollo de vía formal de coordinación con las entidades sociosanitarias (centros residenciales y servicios sociales generales) en la prevención y manejo de conductas suicidas.

5.4.5. Promoción de actuaciones colaborativas de prevención del suicidio con asociaciones de pacientes y familiares y de grupos especialmente vulnerables o en riesgo de exclusión social.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Elaboración del Plan Regional de Prevención del Suicidio</b>	Plan de Prevención del Suicidio elaborado: Sí/No	Documento específico
<b>2. Colaboración con Atención Primaria en la prevención y el manejo</b>	Nº de Valoraciones Previas de Especialista por riesgo suicida	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
	Incorporación de Código Suicidio vía sistemas de información Sí/No	
<b>3. Coordinación con la Red de adicciones</b>	Existencia de mecanismos formales de coordinación con la Red de adicciones en materia de prevención del suicidio Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

<b>4. Coordinación con las entidades sociosanitarias</b>	Existencia de mecanismos formales de coordinación con la Red de atención social en materia de prevención del suicidio Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Colaboración con asociaciones de pacientes y familiares y de grupos especialmente vulnerables o en riesgo de exclusión social.</b>	Nº de actuaciones implantadas/ año	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 0.1.3.6. Promover cuantas otras actuaciones se consideren necesarias para la adecuada coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.
- Actuación 0.1.4.4. Promover cuantas otras actuaciones se consideren necesarias para la adecuada coordinación entre la Red de Adicciones y Salud Mental.
- Actuación 0.1.5.1. Mantener la coordinación global entre la red sanitaria de Servicios de Salud Mental y la Red Pública de Atención Social a personas con Trastorno Mental Grave de la Consejería de Políticas Sociales y Familia
- Actuación 0.1.6.1. Mantener las reuniones periódicas de coordinación con el objetivo de lograr la atención integral sociosanitaria a las personas tuteladas con trastornos mentales graves.
- Actuación 0.1.7.1. Mantener las reuniones periódicas de coordinación con el objetivo de lograr la atención integral sociosanitaria a los menores con medidas de protección con trastornos mentales graves.
- Actuación 0.1.8.1. Elaborar una propuesta de actuaciones para la mejora de la coordinación y valoración de la Dependencia en salud Mental.
- Actuación 9.1.2.7 Participación de las asociaciones de usuarios y familiares en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de las personas con problemas mentales.

## **LE.5 OBJETIVO 5.5. Mejorar la formación e investigación en prevención del suicidio.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

5.5.1. Formación de profesionales de Atención Primaria en la detección del riesgo suicida (Ej. con implantación de pruebas de screening de factores de riesgo como el SADS PERSONS).

5.5.2. Promover la formación en detección y manejo del riesgo suicida para profesionales de recursos residenciales, Servicios Sociales generales, SAMUR Social, SUMMA 112, profesores (en coordinación con Consejería de Educación e Investigación), bomberos, fuerzas de seguridad y otros facilitadores sociales.

5.5.3. Formación de los Profesionales sanitarios y no sanitarios en la Prevención de la Conducta Suicida: Factores de riesgo, estrategias de intervención, aspectos legales, aspectos éticos.

- Módulos de formación específicos para los médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros y residentes, especialmente en los aspectos legales y en la intervención del riesgo suicida.

- Formación a profesionales sanitarios y no sanitarios (Trabajadores Sociales, Terapeutas Ocupacionales) sobre detección y recursos de ayuda disponibles para informar a personas con riesgo suicida y familiares de personas que se han suicidado.

5.5.4. Fomentar y apoyar el estudio e investigación de la conducta suicida para su prevención

- Investigación de Nuevos Formatos de Intervención en la Conducta Suicida: Ej. Biblioterapia, intervención telefónica, intervención grupal, psicoeducación.

- Estudio de las variables culturales y de género diferenciales en la intervención del suicidio.

- Estudio de las variables que pueden estar implicadas en la repetición de una segunda o siguientes tentativas (Ej. adherencia al tratamiento, rasgos disfuncionales de la personalidad, falta de apoyo social, etc).

5.5.5. Identificar áreas de mejora y planes de acción en el registro y recogida de datos relacionados con la conducta suicida en los sistemas de información del Servicio Madrileño de Salud.

5.5.6. Desarrollo de programas de supervisión de casos

5.5.7 Promoción de espacios y jornadas para el intercambio de experiencias entre los profesionales.

## Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Formación de profesionales de Atención Primaria</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>2. Promover formación en detección y manejo a profesionales de otras entidades y consejerías</b>	Propuestas realizadas Sí/No	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>3. Formación de los Profesionales sanitarios y no sanitarios</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>4. Fomentar y apoyar el estudio e investigación</b>	Nº estudios de investigación al año	Memoria anual de la ORCSM
<b>5. Identificar áreas de mejora y planes de acción en el registro y recogida de datos</b>	Informe de planes de mejora en materia de registro sobre conducta suicida	Memoria anual de la ORCSM
<b>6. Programas de supervisión de casos</b>	Nº acciones formativas/año	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante

		como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>Espacios y jornadas para el intercambio de experiencias entre los profesionales.</b>	Realizada Jornada/Espacio de intercambio de experiencias: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM  Plan de Formación Continuada de la Comunidad de Madrid

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 10.1.1. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de: Detección y orientación de problemas de salud mental, especialmente de primeros episodios psicóticos, por profesionales de Atención Primaria (Medicina y Enfermería), SUMMA 112, Educación y Política Social.

- Actuaciones relativas a la coordinación interinstitucional de la línea 0.1 de desarrollo de la organización.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 6:

### ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA

Los Trastornos del Espectro Autista, TEA (DSM-5, 2013) agrupan a un conjunto de trastornos graves del desarrollo, de origen neurobiológico y de inicio precoz, que incluyen, entre otros, al autismo “clásico”, el síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (según denominación DSM-IV) (capítulo “Trastornos mentales” en la CIE-10, 1992 y “Trastornos del Neurodesarrollo” del DSM-5, APA, 2013). La prevalencia de TEA ha aumentado en los últimos años, estimándose una tasa 1/66 y 1/150 (*Volkmar et al, 2014*) casos por nacido vivo, lo que, junto con la alta prevalencia de discapacidad asociada y la altísima frecuencia de comorbilidad con problemas de salud mental asociados (*Simonoff, 2008*), convierte la atención a los TEA en un problema asistencial prioritario.

El diagnóstico y tratamiento precoz mejoran el pronóstico y el grado de discapacidad (*Sullivan, 2014*) y permiten, a las personas afectas, conseguir el mayor nivel de autonomía posible. Los TEA afectan a capacidades fundamentales del ser humano (capacidad de comunicación, comprensión del mundo social, capacidad de juicio), tienen un inicio precoz - en general antes de los 3 años, impactando en el desarrollo y tienen un curso persistente. El diagnóstico adolece de una demora importante respecto al momento de aparición de las primeras señales de alarma (GETEA, ISCIII, 2004), con implicaciones importantísimas en el pronóstico (*Devescovi, 2016; Vivanti 2016*).

La atención a los TEA es compleja implicando de forma simultánea y otras veces de forma sucesiva, diversas prestaciones, servicios, redes de atención y tipo de profesionales. El marco asistencial de seguimiento e intervención apropiados a las características y necesidades de los TEA se asemeja al de los Trastornos Mentales Graves (TMG), precoz, integral, con continuidad a lo largo de la vida y pluri-disciplinar, para evitar en algunos casos la cronificación y procurar, en muchos, un mejor desarrollo de potencialidades, una mejora en la calidad de vida y un incremento de autonomía (*Mollejo, 2012*). Tal y como se reflejaba en el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014 (*Consejería de Sanidad, 2010*) este modelo asistencial implica tener un Coordinador de Cuidados, responsable de supervisar el cumplimiento del plan individualizado del paciente y un facultativo como Responsable Asistencial.

Las personas con TEA tienen más problemas de salud, y con más repercusiones sobre su calidad de vida que la población general (*Kogan, 2008*). En nuestro país, se ha calculado que los DALYs (años de vida ajustados por discapacidad) atribuibles a los TEA conformarían el 15.6% de los totales de toda la población española de 0 a 14 años (*Sanchez-Valle, 2008*). Además, la accesibilidad a los servicios de salud generales está comprometida por sus características

relacionales y comportamentales (*Krauss, 2003*) lo que justifica medidas orientadas a mejorar esa accesibilidad (*Parellada, 2013*).

Respecto a las intervenciones terapéuticas en Salud Mental, no existen protocolos de referencia en nuestro entorno, ni implementación estructurada de ningún tipo de intervención. Sin embargo, se está acumulando evidencia empírica de la eficacia de distintas intervenciones a distintas edades, orientadas a distintos ámbitos (familia, colegio, etc.) (*Volkmar, 2014; Howlin, 2005*), distintos tipos de TEA (con/sin lenguaje, con/sin discapacidad intelectual asociada) (*Bertolin, 2016*) y distinto formato (individual/grupal) (*Vivanti, 2014; Reichow 2013*) que obligan a una revisión de qué servicios se deben proveer desde los Centros de Salud Mental y que capacitación necesita el personal facultativo para proveerlos.

## **L6. OBJETIVOS**

1. Promover el diagnóstico clínico temprano de TEA a nivel de CSM
2. Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes TEA en la red de salud mental
3. Crear Unidades de Referencia de Autismo a nivel área o supra-área para el diagnóstico de casos complejos o seguimiento de situaciones especiales.
4. Mejorar la atención a la salud física de las personas con TEA
5. Mejorar la coordinación formal con los recursos sociales y educativos implicados en la atención a personas con TEA.
6. Mejorar la intervención psicoterapéutica específica para personas con TEA en la Red de Salud Mental
7. Impulsar la investigación colaborativa en TEA

## LE. 6 Objetivo 6.1 Promover el diagnóstico clínico temprano de TEA a nivel de CSM

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

6.1.1. Formación específica en diagnóstico de TEA para clínicos de la Red de Salud Mental, especialmente, en los programas Infanto-Juveniles.

6.1.2. Acciones formativas dirigidas a pediatras de atención primaria sobre signos de alarma de TEA

6.1.3. Incorporación de signos de alarma de TEA en la historia de seguimiento del niño sano en Atención Primaria

6.1.4. Citación preferente desde Atención Primaria a CSM de niños con signos de alarma de TEA

6.1.5. Configuración de un modelo de informe diagnóstico de TEA adecuado que incluya valoración clínica multidisciplinar y pruebas complementarias

6.1.6. Designación de una persona de referencia en adultos en cada CSM a la que se facilitará formación específica en TEA.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>Formación de profesionales de la Red de Salud Mental</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>Formación para pediatras de AP</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid



	docentes	
<b>Signos de alarma en programa del niño sano de AP</b>	Signos de alarma de TEA incorporados en historia de seguimiento del niño sano de AP : Sí/No	Memoria Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
<b>Citación preferente desde AP en caso de signos de alarma</b>	Nº de valoraciones previas por especialista por sospecha de TEA	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>Modelo de informe diagnóstico</b>	Existencia de un modelo unificado de informe diagnóstico de TEA: Sí/No	Memoria Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
<b>Referentes TEA en cada CSM</b>	Referente de TEA en el CSM: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Documentos:
- Modelo unificado de informe diagnóstico de TEA:
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 10.1.1. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de: Signos de alarma de Trastorno del Espectro Autista en Pediatría de Atención Primaria y diagnóstico específico y diagnóstico complejo en la red de salud mental.
- Actuaciones relativas a la coordinación intrainstitucional de la línea 0.1 de desarrollo de la organización, especialmente la actuación 0.1.2.1. y 0.1.3.5

## LE. 6 - Objetivo 6.2 Garantizar la continuidad asistencial de los pacientes TEA en la red de salud mental

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

6.2.1 Incorporación de pacientes con diagnóstico de TEA en el censo de pacientes con TMG incluidos en Programa de Continuidad de Cuidados

6.2.2. Definición de las funciones específicas de seguimiento de pacientes con TEA para los clínicos que actúan como responsable asistencial en el PCC de estos pacientes.

6.2.3. Implantación de un protocolo de transición de los Servicios de Salud Mental de Adolescentes a los Servicios de Salud Mental de Adultos.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Incorporación de pacientes con TEA al censo de pacientes en PCC</b>	Nº pacientes TEA incluidos en programa PCC/año;	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Definición de funciones de seguimiento de los pacientes TEA en PCC</b>	Funciones específicas de PCC en personas con TEA definidas: Sí/No	Documento específico
<b>3. Protocolo de transición</b>	Implantación de protocolo de transición: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Funciones de seguimiento de los pacientes con TEA en PCC
  - Protocolo de transición en pacientes con TEA
    - Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 1.1.2.2. Revisión del protocolo del PCC y determinación de criterios mínimos del PCC de los CSM en cuanto a funcionamiento, actividades, número de profesionales implicados y evaluación de resultados en salud y funcionalidad; incluyéndose en la HCE de cada CSM /AGC.
- Actuación 1.1.2.3. Actualización en cada CSM del censo de personas con TMG incluidas en el programa de continuidad de cuidados
- Actuación 2.3.6.3. Elaboración de protocolos de transición de casos desde los Equipos de Salud Mental de niños y adolescentes a los de adultos que incluyan informes de derivación, solapamiento transitorio de la asistencia y coordinación entre profesionales responsables

## LE. 6. - Objetivo 6.3 Crear Unidades de Referencia de Autismo a nivel área o supra-área para el diagnóstico de casos complejos o seguimiento de situaciones especiales.

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

6.3.1. Creación de Unidades de Referencia de Autismo supra-área para el diagnóstico de casos complejos y apoyo en el manejo de casos especiales, respondiendo a criterios de equidad y eficiencia.

6.3.2. Acciones formativas dirigidas a avanzar en la presencia de referentes expertos en diagnóstico complejo en los hospitales.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Unidades de referencia TEA supra-área</b>	Nº de unidades de referencia supra-área en funcionamiento	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Formación en diagnóstico complejo para referentes en hospitales</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

-Actuación 10.1.1. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de: Signos de alarma de Trastorno del Espectro Autista en Pediatría de Atención Primaria y diagnóstico específico y diagnóstico complejo en la red de salud mental.

## LE. 6 Objetivo 6.4. Mejorar la atención a la salud física de las personas con TEA

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

### 6.4.1. Implantación del programa AMITEA\* en hospitales de alta complejidad

\*(AMITEA: Programa para la Atención Médica Integral de los pacientes con TEA actualmente implantado en el Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón) .

Establecimiento de los requisitos mínimos para su implantación en el hospital y designación de profesionales

6.4.2. Consulta y valoración de la creación de una tarjeta de atención preferente en urgencias y otros dispositivos asistenciales para personas con discapacidad.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Programa AMITEA en hospitales de nivel I</b>	Programa AMITEA implantado en el hospital: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Tarjeta de atención preferente para personas con discapacidad</b>	Valoración y propuesta de iniciativa realizada: Si/No	Memoria Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 9.3.9.6.

6. Establecimiento de acuerdos o comisiones interinstitucionales para mejorar la atención centrada en las necesidades a través de la coordinación funcional y operativa

## LE. 6 - Objetivo 6.5 Mejorar la coordinación con los recursos sociales y educativos implicados en la atención a personas con TEA.

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

6.5.1. Coordinación reglada desde Salud Mental con los Equipos de Atención Temprana que atienden a la población de 0 a 6 años.

6.5.2. Clarificar el circuito de derivación de Atención Primaria a Salud Mental en caso de diagnóstico de TEA

6.5.3. Desarrollo de vías de coordinación efectivas entre servicios de salud mental y servicios sociales y educativos en relación a la atención a menores con trastornos graves del desarrollo.

6.5.4. Desarrollo de cursos de formación continuada en coordinación con las Consejerías de Educación e Investigación y de Consejería de Políticas Sociales y familia

6.5.5. Coordinación reglada entre las unidades de valoración dependientes de Política Social y Familia con las unidades de referencia de autismo supra-área

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Coordinación desde Salud Mental con los Equipos de Atención Temprana</b>	Existencia de procedimiento de coordinación en Atención Temprana para Trastornos Graves del Desarrollo.: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Circuito de derivación de Atención Primaria a Salud Mental</b>	Criterios de derivación desde AP definidos: Sí/No	Documento específico
<b>3. Coordinación efectivas entre servicios de salud mental y servicios sociales y educativos</b>	Existencia de mecanismos de coordinación con los servicios sociales y educativos de proximidad años: Sí/No  Nº de reuniones al año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>4. Propuesta de formación</b>	Propuesta formativa interinstitucional:	Documento específico o

<b>continuada en coordinación con las Consejerías de Educación e Investigación y de Política Social y familia</b>	Sí/No	acta de reunión
	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes nº de acciones formativas nº de horas formativas	Plan de formación Continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>5. Coordinación entre las unidades de valoración dependientes de Política Social y Familia con las unidades de referencia de autismo supra-área</b>	Existencia de mecanismos de coordinación entre las unidades de valoración de Política Social y Familia con las unidades supra-área. Sí/NoNº de reuniones al año	Disponibilidad de documento

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Criterios de derivación desde AP a Salud Mental en pacientes con TEA
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 10.1.1. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de: Signos de alarma de Trastorno del Espectro Autista en Pediatría de Atención Primaria y diagnóstico específico y diagnóstico complejo en la red de salud mental
- Actuaciones relativas a la coordinación interinstitucional de la línea 0 de desarrollo de la organización, especialmente la actuación 0.1.5.1, 0.1.7.1 y 0.1.9.1

## LE. 6 Objetivo 6.6. Mejorar la intervención psicoterapéutica específica para personas con TEA en la Red de Salud Mental

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

6.6.1. Intervenciones psicoterapéuticas específicas en los CSM con los recursos materiales adecuados (a padres para facilitar interacción con niños de reciente diagnóstico, o a niños y adolescentes de alto funcionamiento en edad escolar)

6.6.2. Ampliación de número de plazas de Hospitales de Día para personas con TEA.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Intervenciones psicoterapéuticas específicas en los CSM</b>	<p>Porcentaje de pacientes con TEA que cuentan con un programa de intervención psicoterapéutico específico.</p> <p>Existencia de Grupos psicoterapéuticos para padres de niños con autismo Sí/No</p>	<p>Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental</p>
<b>2. Plazas de Hospitales de Día para personas con TEA</b>	<p>nº de plazas nuevas para Personas con TEA en Hospitales de Día</p>	<p>Memoria Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental</p>

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores



## LE.6 Objetivo 6.7 Impulsar la investigación colaborativa en TEA

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

6.7.1. .Constitución de un grupo de interés para impulsar la investigación colaborativa en este ámbito.

6.7.2. Desarrollo de sistemas de información que faciliten una mejor gestión del conocimiento sobre pacientes incluidos en PCC (entre otros, aplicación del protocolo europeo sobre prevalencia de autismo).

6.7.3. Desarrollo de proyectos de investigación sobre necesidades de las personas con TEA en colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Grupo de interés para impulsar la investigación colaborativa en TEA</b>	Grupo de trabajo constituido: Sí/No	Acta de constitución del grupo
<b>2. Sistemas de información que faciliten una mejor gestión del conocimiento</b>	Registro de actividades de investigación establecido: Sí/No	Documento específico
<b>3. Proyectos de investigación sobre necesidades las personas con TEA</b>	Nº de proyectos de investigación desarrollados	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Registro de actividades de investigación TEA
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

## LÍNEA ESTRATÉGICA 7:

### ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

El Pacto Social contra la Anorexia y la Bulimia (*Comunidad de Madrid, 2016*) ha impulsado la creación de recursos específicos para brindar a las personas con trastorno de la conducta alimentaria atención multidisciplinar especializada. Estos dispositivos configuran un circuito asistencial en el que cada recurso de tratamiento tiene sus indicaciones para cada momento evolutivo de la enfermedad (*Servicio Madrileño de Salud, 2016*), y adquiere su sentido en la conexión y coordinación con los demás dispositivos.

Se plantea como objetivo fundamental el desarrollo de un Proceso Asistencial de Atención Integral para los Trastornos de Conducta Alimentaria en la Comunidad de Madrid que mejoren la asistencia personalizada en todos niveles del proceso con criterios de calidad y mejora continua, iniciándose este en la detección precoz y diagnóstico certero en atención primaria.

Es necesario facilitar el cambio de un paciente adolescente o adulto joven con un TCA a una consulta de adultos para dar continuidad al tratamiento (*Moreno, 2004; ORCSM, 2010*), siendo de especial importancia la implantación de un Programa de Continuidad Asistencial para la Transición desde Unidades TCA de Niños y Adolescentes a Unidades TCA de Adultos (*Scal, 2005; Rosen, 1994*).

Las Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (*Madrid.org UHTR*) y las Unidades para Trastornos de la Personalidad (*Madrid.org, UTP*) son dispositivos especializados de carácter hospitalario, que pretenden la rehabilitación e integración en la comunidad de los pacientes con Trastornos Mentales y Trastornos de la Personalidad Graves, en régimen de media estancia. Es necesario valorar realizar un Programa específico para TCA en UHTR y las UTGP que dé respuesta a estas dificultades y facilite el acceso de las personas con TCA a estos recursos. Dadas las dificultades previsibles y comprobadas en el pasado reciente para su integración adecuada en estos recursos, se debe evaluar la opción de que estas pacientes puedan acceder a Unidades de Tratamiento Residencial específicas para TCA.

Los familiares y otras personas significativas para las pacientes, deben incluirse en los programas psicoterapéuticos siendo su implicación significativa para su adecuada evolución. Además debe darse a la familia apoyo, pautas de manejo e información a lo largo del proceso (*Watson, 2013*).

La historia clínica única informatizada es el documento que permite la recogida y transmisión de información clínica individual por parte de diferentes actores terapéuticos, facilitando la acción coordinada de todos los profesionales. El desarrollo de nuevos canales de información y comunicación aplicando las nuevas tecnologías puede complementar la actividad de los

profesionales y empoderar a los verdaderos protagonistas del proceso que serían las personas con TCA.

De forma paralela, el desarrollo de un sistema de indicadores para estructurar la medición en los diferentes ámbitos de actuación es, sin duda, necesario para asegurar la calidad de la información obtenida y empleada.

## **L7. OBJETIVOS**

1. Diseñar e implantar el subproceso asistencial integrado de TCA entre Atención Primaria y Salud Mental
2. Desarrollar e implantar Programas de Transición desde las Unidades TCA de Niños y Adolescentes hasta las Unidades de TCA de Adultos
3. Mejorar la coordinación asistencial entre los recursos específicos de TCA y otros recursos implicados de salud mental y de atención hospitalaria.
4. Implantar un Programa específico para TCA en Unidades para Trastornos de la Personalidad
5. Implantar un Programa específico para TCA en Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR).
6. Realizar un análisis de necesidades y eficiencia de una Unidad de Tratamiento de media-estancia específica para TCA
7. Aumentar la participación activa de los pacientes y/o allegados en todo el proceso asistencial
8. Promover la mejora en la gestión del conocimiento sobre TCA a través del desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación.

## LE. 7 - OBJETIVO 7.1. Diseñar e implantar el subproceso asistencial integrado de TCA entre Atención Primaria y Salud Mental

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

7.1.1 Elaboración de protocolos de detección, tratamiento e indicación de derivación de personas con TCA

7.1.2. Desarrollo de programa de continuidad de cuidados en TCA

7.1.3 Formación específica en TCA para equipos de Atención Primaria.

7.1.4 Establecimiento de mecanismos de evaluación del proceso asistencial integrado atendiendo a la valoración de pacientes, familiares y profesionales implicados.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1 Elaboración de protocolos proceso asistencial TCA</b>	Elaboración protocolo: Sí/No	Documento específico
<b>2. Desarrollo de programa de continuidad de cuidados</b>	Elaboración programa: Sí/No	Memoria del Consejo para el Seguimiento del Pacto Social
<b>3. Formación específica en TCA para equipos de Atención Primaria</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes nº de acciones formativas nº de horas formativas	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>4. Evaluación del proceso asistencial</b>	Informe de evaluación del proceso asistencial integrado TCA Sí/No	Informe de evaluación

<b>integrado</b>	Nº de pacientes diagnosticados en menos de 30 días/Total de pacientes incluidos en el Proceso TCA.	
------------------	--	--

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Protocolos de detección, tratamiento e indicación de derivación de personas con TCA
  - Programa de continuidad de cuidados a personas con TCA
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 0.1. 3.4. Diseñar e implementar el Proceso Integrado de Atención a los Trastornos de Conducta Alimentaria
- Actuación 3.2.2 2. Desarrollo e implantación de procesos de atención integrados entre Atención Primaria y Salud Mental
- Actuación 10.1.1. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de: Trastornos de la Conducta Alimentaria en Atención Primaria, Pediatría, Endocrinología, Aparato digestivo y red de salud mental (incluidos profesionales de UHTR)

## LE. 7 - OBJETIVO 7.2 Desarrollar e implantar Programas de Transición desde las Unidades TCA de Niños y Adolescentes hasta las Unidades de TCA de Adultos

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

7.2.1. Constitución de grupo de trabajo para la elaboración de dicho protocolo

7.2.2. Elaboración de cronograma para el desarrollo del Protocolo de Transición

7.2.3. Elaboración de un Protocolo de derivación de casos desde Unidades TCA de Niños y Adolescentes a Unidades de TCA de Adultos que incluya Informes de Derivación, solapamiento transitorio de la asistencia, entre otros.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Grupo de trabajo para la elaboración de protocolo de transición</b>	Grupo de trabajo constituido	Informe de evaluación
<b>2. Cronograma para el desarrollo del protocolo de transición</b>	Nº de reuniones/año	Registro específico Informe de cumplimiento
<b>3. Elaboración del protocolo de transición</b>	Elaboración protocolo: Sí/No	Documento específico

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 2.3.6.3. Elaboración de protocolos de transición de casos desde los Equipos de Salud Mental de niños y adolescentes a los de adultos que incluyan informes de derivación, solapamiento transitorio de la asistencia y coordinación entre profesionales responsables

- Actuación 6.2.3. Implantación de un protocolo de transición de los Servicios de Salud Mental de Adolescentes a los Servicios de Salud Mental de Adultos

**LE. 7 OBJETIVO 7.3 Mejorar la coordinación asistencial entre los recursos específicos de TCA y otros recursos implicados de salud mental y de atención hospitalaria.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

7.3.1. Creación de comisión de seguimiento de casos y de coordinación del acceso de pacientes a dispositivos específicos (Comisión TCA)

7.3.2. Elaboración de un mapa de recursos para TCA (unidades de hospitalización, hospitales de día, clínicas de TCA y programas específicos ambulatorios) implicados en el proceso asistencial integrado TCA de la Comunidad de Madrid

7.3.3. Descripción de las funciones de los dispositivos específicos de TCA así como de sus modelos de intervención, criterios de actuación y derivación a los mismos y colaboración con asociaciones de pacientes.

7.3.4. Difusión entre los profesionales de la red de salud mental del mapa de recursos y de las funciones, modelos de intervención y derivación de los dispositivos específicos de TCA para facilitar su accesibilidad e indicación.

7.3.5 Designación de un referente de TCA y de un endocrinólogo consultor en cada área de gestión clínica o equivalente.

7.3.6. Desarrollo de programas de formación sobre TCA específicos para colectivos de pediatras, endocrinólogos y nutricionistas, ginecólogos y especialistas en aparato digestivo.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
1. Comisión de casos TCA	Comisión TCA constituida Sí/No nº de reuniones al año Indicadores de seguimiento definidos Sí/No	Memoria anual de la ORCSM



<b>2. Mapa de recursos para TCA</b>	Elaboración de mapa de recursos: Sí/No	Documento específico
<b>3. Descripción de las funciones de los dispositivos específicos de TCA</b>	Elaboración de la descripción de los dispositivos: Sí/No	Documento específico
<b>4. Difusión entre los profesionales de la red de salud mental del mapa de recursos</b>	Difusión del mapa de recursos de TCA entre los profesionales: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Designación de un referente de TCA y de un endocrinólogo consultor en cada área de gestión clínica o equivalente</b>	Referente de TCA y endocrinólogo consultor designado Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>6. Formación sobre TCA para colectivos de pediatras, endocrinólogos y nutricionistas, ginecólogos y especialistas en aparato digestivo</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid

### Documentos y productos finales

- Documentos:
- Mapa de recursos TCA con descripción de las funciones de los dispositivos.

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 10.1.1. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de: Trastornos de la Conducta Alimentaria en Atención Primaria, Pediatría, Endocrinología, Aparato digestivo y red de salud mental (incluidos profesionales de UHTR)

## LE. 7 OBJETIVO 7.4 Implantar un Programa específico para TCA en Unidades para Trastornos Graves de la Personalidad

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

7. 4. 1. Desarrollo de criterios de derivación, adecuación y priorización de pacientes con TCA y TP a unidades específicas de TP para su aplicación en el seno de la Comisión TCA.

7. 4. 2. Estudio de necesidades de pacientes con TCA y TP que requieren asistencia en recursos específicos de TP en la Comunidad de Madrid

7. 4. 3. Valoración de la oportunidad y factibilidad del desarrollo de pisos terapéuticos, hospitales de día y comedores terapéuticos para personas con TCA y TP.

7. 4. 4. Desarrollo de programas de control de impulsos, autolesiones y riesgo de suicidio asociados con programas de seguimiento y control de la comorbilidad médica de los pacientes con TCA y TP.

### Actuaciones e indicadores

- - Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Criterios de derivación, adecuación y priorización de pacientes con TCA y TP a unidades específicas de TP</b>	Elaboración de documento de derivaciones TCA a unidades TP: Sí/No	Documento específico
<b>2. Estudio de necesidades de pacientes con TCA y TP que requieren asistencia en recursos específicos de TP</b>	Estudio de necesidades realizado: Sí/No	Documento específico
<b>3. Valoración de la oportunidad y factibilidad del desarrollo de pisos terapéuticos, hospitales de día y comedores terapéuticos para personas con TCA y TP</b>	Informe de valoración realizado: Sí/No	Documento específico
<b>4. Programas de control de impulsos, autolesiones y riesgo de suicidio asociados con programas de seguimiento y control de la comorbilidad médica de los pacientes con TCA y TP.</b>	Programa disponible Sí/No	Documento específico

### **Documentos y productos finales**

- Documentos:
  - Criterios de derivación, adecuación y priorización de pacientes con TCA y TP a unidades específicas de TP
  - Estudio de necesidades de pacientes con TCA y TP que requieren asistencia en recursos específicos de TP
  - Informe de valoración de la oportunidad y factibilidad del desarrollo de pisos terapéuticos, hospitales de día y comedores terapéuticos para personas con TCA y TP
  - Programa de control de impulsos, autolesiones y riesgo de suicidio asociados con programa de seguimiento y control de la comorbilidad médica de los pacientes con TCA y TP.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 8.3.1 Definición de criterios de entrada, intervenciones básicas, criterios de salida y vías alternativas según la evolución de cada persona con TPG. (Objetivo proceso asistencial TP en cada área de gestión clínica o equivalente).

**LE. 1.7 - OBJETIVO 7.5 IMPLANTAR UN PROGRAMA ESPECÍFICO PARA TCA EN UNIDADES HOSPITALARIAS DE TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (UHTR).**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

7. 5. 1. Creación y delimitación de camas de media estancia con carácter específico en la UHTR

7. 5. 2. Desarrollo de criterios de derivación, y priorización de pacientes con TCA a camas de media estancia con carácter específico en la UHTR, para su aplicación en el seno de la Comisión TCA.

7. 5. 3. Establecimiento de mecanismos de coordinación entre los distintos partes implicadas dentro del subproceso específico de atención en la UHTR con pacientes TCA:

- Coordinación con los recursos de atención hospitalaria del área de gestión clínica para abordar los aspectos médico-nutricionales
- Coordinación con la subunidad de hospitalización de TCA del Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Coordinación con la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y duradera.

7. 5. 4. Desarrollo de programas de formación sobre TCA específicos para el personal que trabaja en las unidades de rehabilitación y en los recursos dependientes de Atención Social.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Camas de media estancia con carácter específico para TCA en la UHTR</b>	Nº de camas creadas	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Criterios de derivación, y priorización de pacientes con TCA a camas de media estancia con carácter específico en la UHTR</b>	Elaboración de documento de derivaciones TCA a unidades UHTR: Sí/No	Documento específico
<b>3. Mecanismos de coordinación entre los distintos partes del subproceso específico de atención</b>	Existencia de mecanismos formales de coordinación UHTR y recursos TCA	Memoria de la Gerencia del Centro

en la UHTR con pacientes TCA		
<b>4. Programas de formación sobre TCA específicos para el personal que trabaja en las unidades de rehabilitación</b>	<p>nº de acciones formativas nº de horas formativas.</p> <p>nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes</p> <p>Propuesta de acción formativa a Consejería de Políticas Sociales y Familia: Sí/No</p>	<p>Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid</p>

#### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Criterios de derivación, adecuación y priorización de pacientes con TCA a unidades UHTR
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

#### Actuaciones compartidas

- Actuación 10.1.1. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de: Trastornos de la Conducta Alimentaria en Atención Primaria, Pediatría, Endocrinología, Aparato digestivo y red de salud mental (incluidos profesionales de UHTR)

**LE. 7 OBJETIVO 7. 6. REALIZAR UN ANÁLISIS DE NECESIDADES Y EFICIENCIA DE UNA UNIDAD DE TRATAMIENTO RESIDENCIAL (DE MEDIA- LARGA ESTANCIA) ESPECÍFICA PARA TCA.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

7.6.1. Valorar la situación actual de demanda y accesibilidad a recursos residenciales específicos que permitan trabajo intensivo en pacientes con TCA de especial complejidad y con múltiples recaídas.

7.6.2 Valorar la necesidad de implementación desde una Unidad de Tratamiento de media estancia específica para las personas con TCA de programas psicosociales orientados a la inclusión e inserción social y laboral. Los programas estarían coordinados por un equipo interdisciplinar de esta unidad, con capacidad de intervención en cualquier momento y realizarían reuniones de coordinación con responsables de la red.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1 Valorar la situación actual de demanda y accesibilidad a recursos residenciales específicos de pacientes con TCA y especial complejidad</b>	Elaboración de estudio de necesidad: Sí/No	Documento específico
<b>2. Valorar la necesidad de implementación desde una Unidad de Tratamiento de media estancia específica para las personas con TCA de programas psicosociales orientados a la inclusión e inserción social y laboral</b>	Elaboración de estudio de necesidad: Sí/No	Documento específico

**Documentos y productos finales**

- Documentos:
  - Estudio de necesidad de recursos residenciales específicos para personas con TCA
  - Estudio de necesidad de programas psicosociales para pacientes con TCA desde unidades residenciales.
- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores

**LE. 7 OBJETIVO 7. 7. AUMENTAR LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE LOS PACIENTES Y/O ALLEGADOS EN TODO EL PROCESO ASISTENCIAL.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

7.7.1. Promoción del desarrollo de intervenciones terapéuticas basadas en modelos de capacitación o empoderamiento Cognitivo-Emocional para pacientes y familiares.

7.7.2. Incorporación de representantes de movimiento asociativo en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de los pacientes con TCA.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1 Intervenciones terapéuticas basadas en modelos de capacitación o empoderamiento Cognitivo-Emocional para pacientes y familiares</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas. nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>2. Representantes de movimiento asociativo en la definición de objetivos y actuaciones</b>	Nº de actuaciones al año	Informe de resultados

**Documentos y productos finales**

- Documentos:
  - Informe sobre participación de representantes del movimiento asociativo en la definición de objetivos y actuaciones.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 0.1.3.8.1. Creación del Observatorio de Salud Mental con la finalidad de realizar un análisis riguroso y corresponsable de la ejecución y seguimiento del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Actuación 9.1.2.7. Participación de las asociaciones de usuarios y familiares en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de las personas con problemas mentales.
- Actuación 10.2.2. 2. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de: Intervenciones terapéuticas basadas en modelos de capacitación o empoderamiento cognitivo-emocional de pacientes (especialmente con TCA) y familiares.



**LE. 7 OBJETIVO 7.8 Promover la mejora en la gestión del conocimiento sobre TCA a través del desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

7.8.1. Desarrollo de actuaciones que permitan el avance en la interoperatividad de la historia clínica electrónica especialmente entre dispositivos específicos de TCA

7.8.2. Promoción de la comunicación telemática entre dispositivos específicos de TCA y servicios de salud mental responsables de los pacientes, así como con CAID o CAD en caso de personas en tratamiento por consumo de sustancias.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1 Avance en la interoperatividad de la historia clínica electrónica especialmente entre dispositivos específicos de TCA</b>	Nº mejoras TICs implantadas/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Comunicación telemática entre dispositivos específicos de TCA y servicios de salud mental responsables de los pacientes, así como con CAID o CAD</b>	Nº mejoras TICs implantadas/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

**Documentos y productos finales**

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

**Actuaciones compartidas**

- Actuaciones 3.2.6. y 4.2.6. Promoción de herramientas de comunicación telemática entre Atención Primaria, Salud Mental y Adicciones, que faciliten el seguimiento de los pacientes y la uniformidad de criterios asistenciales y de índole laboral o legal.

## LÍNEA ESTRATÉGICA 8:

### ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD

Ya en los dos anteriores Planes de Salud Mental de la CM (Consejería de Sanidad, 2010) se dedicó un capítulo específico a los trastornos de personalidad graves (TPG) dado que se consideró que constituían una patología emergente de especial importancia por su prevalencia, grado de discapacidad que producen, sobrecarga a su entorno y a los dispositivos asistenciales y dificultad para su abordaje terapéutico (*Soeteman, 2009*).

A los efectos de esta propuesta mantenemos como definición de Trastorno de Personalidad la contenida en la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10) en su apartado F60. Para la inclusión en programas de intervención específicos, consideramos que un **Trastorno de Personalidad Grave (TPG)** es aquel que, además incluye al menos una de las siguientes características:

- a. Presenta un nivel alto de discapacidad (o su inverso, un bajo nivel funcional).
- b. Presenta comorbilidad con otros TM graves.
- c. Necesita intervenciones complejas que implican diferentes recursos sanitarios y sociales con un problema añadido de coordinación.

Siguiendo la opinión de la mayoría de los expertos nacionales e internacionales en este campo consideramos que el objetivo es realizar una eficaz prevención secundaria y terciaria (la complejidad de los factores implicados en la aparición del TPG hace que la prevención primaria quede lejos de las posibilidades actuales de intervención de los equipos de SM), mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento integral fundamentalmente ambulatorio en el ámbito del Centro de Salud Mental. Para los casos en que este planteamiento resulte insuficiente deberá articularse una serie de dispositivos a nivel de área o incluso de la Comunidad de Madrid que puedan proporcionar la intervención requerida (*NICE, 2009; American Psychiatric Association, 2006; Gunderson, 2002; Lana, 2006; Melendo, 2009; Chiesa, 2004*).

La meta final debe ser alcanzar la máxima autonomía, capacidad de autocuidado y desarrollo de las personas con TPG, para lo cual se considera fundamental la voluntariedad del tratamiento, estableciendo encuadres terapéuticos a nivel ambulatorio que permitan interiorizar límites y al mismo tiempo resulten contenedores y generadores de la estructura que aquellas necesitan. Los casos de extrema gravedad que requieran intervenciones no voluntarias deberán encuadrarse en los recursos adecuados dentro de un plan de continuidad de cuidados y siempre incluyendo en el plan terapéutico plazos para la revisión de las medidas aplicadas de forma involuntaria.

El esquema asistencial básico en cuatro niveles propugnado por Gunderson (*Gunderson, 2002*) (que ya se ha hecho “clásico”) nos parece una base adecuada para articular una propuesta

asistencial que necesitará, por tanto, complementar aquellos niveles que aún están menos desarrollados. De manera resumida, dichos niveles son: I) Tratamiento ambulatorio, II) Tratamiento ambulatorio intensivo [3-6 horas/semana], III) Hospitalización parcial (hospital de día) [5-8 horas/día], y IV) Hospitalización completa [24 horas/día]

En el documento de evaluación del Plan de Salud Mental 2010-14 de la Comunidad de Madrid<sup>9</sup> se pone de manifiesto que las propuestas realizadas en los planes anteriores se han cumplido sólo de manera parcial, por lo que este grupo de trabajo propone las siguientes **líneas estratégicas** como prioritarias para alcanzar una adecuada atención a las personas con TPG.

## **L8. OBJETIVOS**

1. Mejorar la atención del paciente con TPG a través del abordaje ambulatorio orientado al diagnóstico precoz y tratamiento efectivo
2. Mejorar la atención al paciente con TPG a través de la hospitalización parcial
3. Mejorar la coordinación y gestión de casos a través del diseño del proceso asistencial TP en cada área de gestión clínica o equivalente
4. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional a través de la Comisión de Evaluación y Seguimiento
5. Mejorar la atención a las personas con TPG a través de la colaboración con las asociaciones de familiares y pacientes.
6. Mejorar la calidad de la asistencia a través de la formación a los profesionales y la supervisión externa
7. Promover el avance en la atención a las personas con TPG a través de la investigación.

## LE 8 OBJETIVO 8.1 Mejorar la atención del paciente con TPG a través del abordaje ambulatorio orientado al diagnóstico precoz y tratamiento efectivo

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

8.1.1. Creación de un equipo TPG en cada CSM de carácter multidisciplinar, con tiempo de dedicación específica a personas con TPG y carga adecuada de actividad.

8.1.2. Descripción de actuaciones específicas de seguimiento de casos TPG con asignación de tiempo en las agendas del equipo TPG del CSM

8.1.3. Diseño de un plan individual de intervención integral para cada persona con TPG orientado a potenciar la capacidad, autonomía y autocuidado, y que quede reflejado en un contrato terapéutico.

8.1.4. Incorporación de pacientes con diagnóstico de TPG en el censo de pacientes con TMG incluidos en Programa de Continuidad de Cuidados.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Creación de un equipo TPG en cada CSM</b>	Existe equipo TPG en el CSM: Sí/No nº profesionales del equipo; nº pacientes asignados al equipo; porcentaje de pacientes atendidos por el equipo/mes (pacientes atendidos /pacientes asignados);	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Actuaciones específicas en agenda</b>	Creación de prestación específica para la adscripción de tiempo en la agenda: Sí/No porcentaje de de tiempo reservado específicamente por tarea (tiempo asistencial dedicado a intervenciones específicas con pacientes TPG / tiempo total dedicado a la asistencia x 100)	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

<b>3. Plan individual de intervención integral</b>	Programa individualizado para TPG y contrato terapéutico elaborado e implantado: Sí/No Nº de pacientes con TPG con contrato terapéutico	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>4. Censo de cuidados específicos</b>	Nº pacientes TPG incluidos en programa PCC/año; porcentaje de pacientes TPG dados de alta del programa CC	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 1.1.2.3. Actualización en cada CSM del censo de personas con TMG incluidas en el programa de continuidad de cuidados
- Actuación 2.2.4.2. 2. Establecimiento o en su caso actualización en cada CSM de un registro de las personas en continuidad de cuidados que facilite el conocimiento de las necesidades y planificación de los recursos necesarios

## LE 8 OBJETIVO 8.2. MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON TPG A TRAVÉS DE LA HOSPITALIZACIÓN PARCIAL.

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

8.2.1. Puesta en funcionamiento de un nuevo hospital de día para el abordaje en el Nivel III de personas con TPG en el Hospital Dr. Rodríguez Lafora

8.2.2. Adaptación del modelo de atención del Hospital de día de Adultos de Villaverde para orientarlo a un hospital de día especializado en la atención a personas con TPG.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Nuevo Hospital de Día para para personas con TPG en Hospital Rodríguez Lafora</b>	Apertura HD para TPG en H. Rodríguez Lafora: Sí/No Diseño proceso asistencial HD-HRL: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro
<b>2. Adaptación de Hospital de día de Villaverde a la atención de personas con TPG</b>	Diseño proceso asistencial HD-TPG: Sí/No nº de profesionales y % tiempo que dedican al personas con TPG	Memoria anual de la Gerencia del centro

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

## LE. 8 - OBJETIVO 8.3 Mejorar la coordinación y gestión de casos a través del diseño del proceso asistencial TP en cada área de gestión clínica o equivalente

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

8.3.1. Definición de criterios de entrada, intervenciones básicas, criterios de salida y vías alternativas según la evolución de cada persona con TPG.

8.3.2 Definición de los recursos comunes de la red de SM y específicos para TPG incluidos en el proceso asistencial.

8.3.3. Elaboración del diagrama de flujo del proceso con la descripción de criterios de circulación, personas, responsables de coordinación y modo de evaluación

8.3.4. Coordinación y gestión de casos a través de reuniones de los responsables del proceso TPG en cada área (responsables de los equipos TPG de los CSM y responsables de los dispositivos específicos implicados en el proceso asistencial TPG).

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Definición de criterios del proceso asistencial</b>	Definición del proceso (con descripción de funciones de cada dispositivo y nivel de atención según situación clínica): Sí/No  Visto bueno por parte de la Comisión de Evaluación y Seguimiento del programa TPG de la ORCSM Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental  Actas de la Comisión
<b>2. Definición de recursos incluidos en el proceso asistencial TP</b>	Definición de mapa de recursos: Sí/No  Visto bueno por parte de la Comisión de Evaluación y Seguimiento del programa TPG de la ORCSM Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental  Actas de la Comisión
<b>3. Diagrama de flujo</b>	Elaboración del diagrama de flujo del proceso: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud

	Visto bueno por parte de la Comisión de Evaluación y Seguimiento del programa TPG de la ORCSM Sí/No	Mental Actas de la Comisión
<b>4. Reuniones de coordinación TP en cada área o equivalente</b>	nº de reuniones /mes; nº de pacientes coordinados/mes	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Documentos
- Proceso asistencial de TP de cada área o equivalente
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores



## LE 8. OBJETIVO 8.4 Mejorar la coordinación intra e interinstitucional a través de la Comisión de Evaluación y Seguimiento

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

8.4.1. Consolidación de las reuniones mensuales de la Comisión de Evaluación y Seguimiento del programa TPG de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM).

8.4.2. Promoción de actividades para la mejora continua de la calidad de la atención a las personas con TPG a través de la Comisión de Evaluación y Seguimiento.

- Elaboración de un informe anual de actividad y resultados del proceso asistencial TPG

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Reuniones mensuales de la Comisión de Evaluación y Seguimiento del programa TPG</b>	nº reuniones; nº de participantes; nº casos derivados; nº casos aprobados;	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Actividades promovidas desde Comisión para mejorar la atención a las personas con TPG</b>	nº de reuniones extraordinarias (visto bueno de proceso asistencial TP, estudios específicos, etc.) de la Comisión  Elaboración de informe anual Si/No	Actas de la Comisión  Documento específico

### Documentos y productos finales

- Documentos
- informe anual de actividad y resultados del proceso asistencial TPG
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

## LE 8 - OBJETIVO 8.5 Mejorar la atención a las personas con TPG a través de la colaboración con las asociaciones de familiares y pacientes.

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

8.5.1. Difusión de información sobre asociaciones de familiares y pacientes en los CSM y en los demás recursos de salud mental en el diagnóstico del paciente

8.5.2. Desarrollo de Jornadas de familiares y pacientes con el apoyo de los profesionales y medios del Servicio Madrileño de Salud.

8.5.3. Articulación de vías de participación de las asociaciones de pacientes. Ejemplo: dedicar al menos una de las reuniones de la Comisión de Seguimiento al intercambio de información con asociaciones de pacientes y familiares.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Difusión de información sobre asociaciones</b>	nº de actividades realizadas	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Jornadas de familias y pacientes</b>	nº de actividades realizadas	Memoria anual de la ORCSM
<b>3. Vías de participación</b>	nº de actividades realizadas	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Documentos
- informe anual de actividad y resultados del proceso asistencial TPG
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 0.1.3.8.1. Creación del Observatorio de Salud Mental con la finalidad de realizar un análisis riguroso y corresponsable de la ejecución y seguimiento del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Actuación 9.1.5.4. Implementación del Programa “Servicio de Primer Apoyo” (apoyo a pacientes y familiares a través de información sobre recursos y asociaciones en el momento del diagnóstico de TMG) en todos los Hospitales
- Actuación 9.1.2.7. Participación de las asociaciones de usuarios y familiares en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de las personas con problemas mentales

## LE. 8 OBJETIVO 8.6: Mejorar la calidad de la asistencia a través de la formación a los profesionales y la supervisión externa

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

8.6.1 Incorporación de formación específica en TPG en el Plan de formación continuada, destinada a profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental

8.6.2. Implantación de un programa de supervisión externa de las intervenciones y equipos TPG de los CSM y unidades específicas.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Formación específica</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas. nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>2. Supervisión externa de casos</b>	nº de acciones formativas de supervisión/año Nº de personas con supervisión	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 10.2.2. 2. Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de Trastornos Personalidad Grave en Atención Primaria y en la Red de Salud Mental.

**LE. 8 OBJETIVO 8.7: Promover el avance en la atención a las personas con TPG a través de la investigación.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

8.7.1. Apoyo y promoción del diseño y desarrollo de trabajos de investigación, reuniones específicas y participación en foros nacionales e internacionales sobre TPG.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>Estudios de investigación y participación en reuniones y foros</b>	Nº trabajos presentados en reuniones científicas o publicados; Nº de reuniones o jornadas sobre TPG realizadas o promovidas	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

**Documentos y productos finales**

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

## LÍNEA ESTRATÉGICA 9:

### **PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES, HUMANIZACIÓN Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL**

La Organización de Naciones Unidas, en la Declaración de Principios para la protección de los enfermos mentales y para la mejora de la atención de la salud mental (Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991), establece que “Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana”. También dice que “No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por *discriminación* se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad” (OMS,2012).

La Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de 2006 (*Naciones Unidas, 2006*) recoge los derechos de las personas con discapacidad así como la obligación de los Estados de promover, proteger y asegurarlos, y establece como principio su participación plena y efectiva en la sociedad en condiciones de igualdad con los demás.

En los Planes de Salud Mental anteriores de la Comunidad de Madrid, se establecían objetivos de mejora de la información, accesibilidad para conseguir un trato humano y correcto (Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003 -2008), así como los principios de participación, rechazo a la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos; También se aboga por la dignidad de las personas que padecen enfermedades mentales y por la humanización de la asistencia sanitaria (Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014).

En este sentido, en junio de 2016, la Consejería de Sanidad presentó el primer Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (*Consejería de Sanidad CAM, 2016*) , que abarcaba los distintos ámbitos de la asistencia sanitaria, con una línea específica en salud mental, cuyos objetivos y actividades son vinculantes y quedarán recogidos y adaptados en la presente línea.

Por otra parte, la Comunidad de Madrid viene desarrollando actividades de lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental, que pretende mantener e incrementar en los próximos años, así como reforzar el apoyo a poblaciones especialmente vulnerables (sin hogar y exclusión social, víctimas de violencia de género...)

El avance en la humanización de la asistencia sanitaria, así como en la contribución de la lucha contra el estigma y la no discriminación a poblaciones especialmente vulnerables se recogen en esta línea que a su vez incorpora el principio de participación de usuarios y familiares en su enunciado, con el fin de resaltar el interés por avanzar en este reto, a través de objetivos y actuaciones concretas que también aparecen en otras líneas a lo largo del plan. La participación de los usuarios debe afectar a varios niveles, como se refleja en las diferentes actuaciones del plan, incluyendo la capacitación profesional, el diseño de servicios y la evaluación. Los usuarios y las

organizaciones tienen tras de sí un cuerpo de experiencia que ha de ser reconocido y respetado (*Chamberlin, 2005*). Sólo si se ofrecen oportunidades para un diálogo continuo y abierto sobre estas muchas cuestiones difíciles, se producirá la participación real de los usuarios.

Dada la transversalidad de esta línea estratégica y de acuerdo con el análisis de situación y el enfoque posterior, en la formulación se han establecido tres ámbitos de acción orientados a alcanzar los siguientes objetivos:

1. Avanzar en la participación de usuarios y familiares y humanización de la atención en Salud Mental
2. Avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental
3. Extremar la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social

A continuación se presentan los objetivos específicos y actuaciones para cada de ellos:



## **LE. 9.1.-AVANZAR EN LA PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES Y HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

La participación de usuarios y familiares en los servicios de salud mental es un fenómeno relativamente reciente y se ve complicado por unas asimetrías de poder arraigadas también en los sistemas de salud mental (*Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 2017*). El abordaje de las diferencias es clave para que la participación resulte realmente significativa (*Chamberlin, 2005*). Así mismo, es importante facilitar el empoderamiento y responsabilidad de las personas.

Promover la participación de las personas y la toma de decisiones en las cuestiones que afectan a su salud forma parte importante del compromiso por la humanización de la asistencia sanitaria que ha adquirido la organización y que comporta un compromiso activo (Plan de Humanización 2016-2019) que se deriva del reconocimiento de la dignidad humana de todo individuo, especialmente por su fragilidad y pertenencia a la comunidad humana. Conlleva además el principio de responsabilidad. Responsabilidad de la transformación de nuestro sistema sanitario.

El enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro. Humanizar conlleva un reto ético de llevar las cosas de cómo son a cómo deberían ser, también en el contexto sanitario.

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (*LOSCAM*) indica en su Artículo 60, dentro de los fines del Servicio Madrileño de Salud “la promoción de la humanización en todos los centros sanitarios de utilización pública de la Comunidad de Madrid, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona, a la libertad individual y a los derechos humanos”.

Algunas de las barreras para dar una atención humanizada son la tecnificación, la medicalización de la vida, la burocratización, la centralización del poder, el exceso de demanda y utilización de los servicios sanitarios, la rigidez de las organizaciones, el lenguaje tecnificado incomprensible, la falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales.

Por eso es importante “Re-humanizar” la asistencia sanitaria lo que comporta un compromiso activo. Esta línea estratégica, tiene como finalidad avanzar en la participación de usuarios y familiares y contribuir a mejorar la humanización de la asistencia en centros y servicios de psiquiatría y salud mental de nuestro sistema sanitario.

### **L9.1. OBJETIVOS**

1. Humanizar los espacios y mejorar el proceso de información y la acogida de pacientes, familiares y allegados.
2. Promover la participación activa de las personas con problemas mentales en el proceso de atención.
3. Mejorar la comunicación y vínculo con las familias de las personas con TMG con el lema “cuidar al que cuida”.
4. Mejorar la formación de los profesionales en la comunicación con el paciente y el manejo de situaciones difíciles
5. Articular y potenciar condiciones de humanización en los procesos de atención integral dirigidos a las personas con trastorno mental.

### LE. 9.1. OBJETIVO 1 Humanizar los espacios y mejorar el proceso de información y la acogida de pacientes, familiares y allegados.

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.1.1.1. Elaboración de una guía de acogida con información clínica y no clínica a pacientes, familiares y allegados, que recoja los derechos y deberes en relación a la atención sanitaria.

9.1.1.2. Elaboración de folletos informativos sobre los servicios y recursos comunitarios.

9.1.1.3. Evaluación de la satisfacción de los pacientes, sus familias y/o allegados para identificar áreas de mejora y establecer planes de acción.

9.1.1.4. Promoción de espacios de encuentro en los servicios de salud mental para la ciudadanía, colectivos profesionales y facilitadores y/o agentes sociales.

9.1.1.5. Implementación progresiva de TIC en el proceso de información a pacientes y familiares sobre la atención en salud mental.

9.1.1.6. Mejora y accesibilidad al servicio de teletraducción para pacientes de habla no hispana.

9.1.1.7. Adaptación y mejora de los espacios de privacidad e intimidad para la persona con enfermedad mental en los servicios de Urgencias de los hospitales generales.

9.1.1.8. Establecimiento de criterios para avanzar hacia modelos de unidades abiertas de hospitalización y hospitalización a domicilio, y análisis de viabilidad

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Guía de acogida a pacientes, familiares y allegados</b>	Elaboración de guía de acogida: Sí/No	Documento específico
<b>2. Folletos informativos con servicios y recursos</b>	Elaboración de folleto informativo: Sí/No	Documento específico

<b>3. Evaluación de la satisfacción, detección de áreas de mejora y planes de acción.</b>	Realización de encuesta/técnica cualitativa: Sí/No	Informe de evaluación de la encuesta/técnica cualitativa
<b>4. Espacios de encuentro con la ciudadanía</b>	Nº espacios de encuentro establecidos en el servicio de salud mental/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Implementación de TIC en información a usuarios, familiares y allegados</b>	Nº mejoras TIC implantadas/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>6. Mejora de la tele-traducción</b>	Nº Total de pacientes atendidos que han utilizado el servicio de tele-traducción/año	Informe emitido por la entidad prestadora del servicio
<b>7. Mejora de los espacios destinados a pacientes de salud mental en las Urgencias de los hospitales</b>	Disponibilidad de espacios adecuados: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro hospitalario
<b>8. Criterios para avanzar hacia modelos de unidades abiertas de hospitalización y hospitalización a domicilio, y análisis de viabilidad</b>	Criterios establecidos y análisis de viabilidad realizado: Si/No	Informe específico Memoria anual de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Guía de acogida con información clínica y no clínica a pacientes, familiares y allegados, que recoja los derechos que les protegen
  - Folletos informativos sobre los servicios y recursos comunitarios.
  
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

## LE. 9.1 OBJETIVO 2 Promover la participación activa de las personas con problemas mentales en el proceso de atención

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.1.2.1. Diseño e implantación de medidas para facilitar la participación activa de las personas con trastorno mental en su proceso de atención, fomentando y respetando el proceso del consentimiento informado y la toma de decisiones compartida.

9.1.2.2. Constitución de un grupo de trabajo para valorar fórmulas para la realización de acuerdos terapéuticos anticipados que faciliten la toma de decisiones y actuaciones en situación de crisis

9.1.2.3. Avance en la política de implantación y unificación de formularios de información para consentimiento en los dispositivos y programas de intervención.

9.1.2.4. Elaboración de protocolo para la utilización de medios restrictivos (sujeción física) en circunstancias excepcionales.

9.1.2.5. Creación de un registro de sujeciones físicas en las unidades de hospitalización breve y descripción y análisis de factores relacionados con la indicación.

9.1.2.6. Actuaciones para promover el apoyo mutuo entre personas que han sufrido problemas de salud mental utilizando su experiencia en situaciones similares (capacitación, grupos de iguales...)

9.1.2.7. Participación de las asociaciones de usuarios y familiares en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de las personas con problemas mentales

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Medidas para mejorar proceso de consentimiento informado y toma de decisiones compartida</b>	Elaboración de protocolos: Si/No	Documento específico
	Nº de medidas implantadas/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Grupo de trabajo para fórmulas de acuerdos terapéuticos</b>	Grupo de trabajo	Memoria anual de la

<b>anticipados</b>	constituido: Sí/No	Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental
<b>3. Unificación e implantación de formularios de información para consentimiento informado</b>	Nº documentos de información para consentimiento informado elaborados por programa de intervención	Documentos específicos
<b>4. Protocolo para la utilización de medios restrictivos</b>	Elaboración de protocolo: Si/No	Documento específico
<b>5. Registro de sujeciones físicas en UHB y análisis de indicaciones</b>	Registro creado: Sí/No Informe anual: Sí/No	Documento específico
<b>6. Actuaciones para promover apoyo mutuo entre usuarios</b>	Nº de actuaciones realizadas	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>7. Participación de asociaciones en la definición de objetivos y actuaciones</b>	Nº de actuaciones realizadas	Memoria anual de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Protocolo para facilitar la participación activa de las personas con trastorno mental en su proceso de atención, fomentando y respetando el proceso del consentimiento informado y la toma de decisiones compartida.
  - Formularios de información para consentimiento en los dispositivos y programas de intervención en salud mental.
  - Protocolo para la utilización de medios restrictivos (sujeciones físicas) en circunstancias excepcionales, según recomendaciones de la Resolución 106/17 sobre el uso de sujeciones, hoja explicativa dirigida a los pacientes y a sus familiares o cuidadores, en el que además de una mínima información de pros y contras de la sujeción y su necesidad actual de aplicación, se haga constar que en general, y fuera del episodio agudo que la provocó, son medidas que conviene evitar y hoja de registro de la aplicación de sujeciones físicas.
  - Informe sobre sujeciones físicas en las unidades de hospitalización breve y análisis de factores relacionados con la indicación.

- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 0.1.3.8.1. Creación de un Observatorio de Salud Mental con la finalidad de realizar un análisis riguroso y corresponsable de la ejecución y seguimiento del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.
- Actuación 4.3.1 Incorporación de las Asociaciones de pacientes para diseñar los Programas y Procesos de Atención integral a las Adicciones, aprovechando su experiencia y potencial inter pares.
- Actuación 7.7.2 Incorporación de representantes de movimiento asociativo en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de las personas con TCA.
- Actuación 8.5.3. Articulación de vías de participación de las asociaciones de pacientes. Ejemplo: dedicar al menos una de las reuniones de la Comisión de Seguimiento al intercambio de información con asociaciones de pacientes y familiares.

**LE. 9.1 OBJETIVO 3. Mejorar la comunicación y vínculo con las familias de las personas con TMG con el lema “cuidar al que cuida”.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.1.3.1. Establecimiento de protocolo de información, asesoramiento y apoyo a familiares de personas con TMG para mejorar el proceso terapéutico y prevenir o aliviar situaciones de sobrecarga (con el consentimiento de la persona implicada).

9.1.3.2. Desarrollo de espacios de atención, grupos multifamiliares y grupos de ayuda y apoyo a familias, cuidadores y afectados.

9.1.3.3. Diseño y realización de talleres de educación para la salud mental destinados a familiares y allegados de pacientes.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Protocolo de información, asesoramiento y apoyo a familiares de personas con TMG</b>	Elaboración de protocolo: Si/No	Documentos específico
<b>2. Espacios de atención y grupos de ayuda a familiares y cuidadores</b>	Nº de grupos ayuda realizados/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Talleres de educación para la salud mental destinados a familiares y allegados</b>	Elaboración de programas de educación para la salud mental: Si/No	Documento específico
	Nº de talleres realizados/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

**Documentos y productos finales**

- Documentos:
  - Protocolo de información, asesoramiento y apoyo a familiares de personas con TMG



- Programa de educación para la salud mental destinado a familiares y allegados de usuarios.
  - Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 7. 7. 1. Promoción del desarrollo de intervenciones terapéuticas basadas en modelos de capacitación o empoderamiento Cognitivo-Emocional para pacientes y familiares.
- Actuación 9.1.5.4. Implementación del Programa “Servicio de Primer Apoyo” (apoyo a pacientes y familiares a través de información sobre recursos y asociaciones en el momento del diagnóstico de TMG) en todos los Hospitales.

## LE. 9.1 OBJETIVO 9.1.4 Mejorar la formación de los profesionales en la comunicación con el paciente y el manejo de situaciones difíciles

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.1.4.1 Realización de actividades formativas a profesionales sanitarios y no sanitarios sobre comunicación y trato con el paciente que incluyan técnicas de desescalado de la agitación y contención verbal para reducir aislamientos y sujeciones físicas.

9.1.4.2. Establecimiento de espacios de encuentro entre profesionales y pacientes o asociaciones de pacientes y familiares, para facilitar la relación y la colaboración.

9.1.4.3. Sensibilización entre los profesionales de los servicios de salud y sociosanitarios sobre el valor de la comunicación y humanización de los cuidados como herramienta terapéutica, también en las personas con problemas mentales (especialmente en los servicios de urgencias y en la hospitalización general).

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Formación sobre comunicación, trato. Técnicas de desescalado de la agitación y contención verbal</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental.  Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad
<b>2. Espacios de encuentro profesionales y usuarios y familiares</b>	Nº de encuentros/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Sensibilización a profesionales de Urgencias y hospitalización general sobre el valor de la comunicación y humanización de los cuidados como herramienta terapéutica, también en las</b>	Jornada de sensibilización realizada/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

<b>personas con problemas mentales</b>		
--	--	--

#### **Documentos y productos finales**

- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

#### **Actuaciones compartidas**

- Actuación 4.3.3. Desarrollo de Jornadas de familiares y pacientes con trastornos adictivos con el apoyo de los profesionales y medios del Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Sanidad
- Actuación 8.5.2. Desarrollo de Jornadas de familiares y pacientes con TPG con el apoyo de los profesionales y medios del Servicio Madrileño de Salud.

Actuación 9.1.1.4. Promoción de espacios de encuentro en los servicios de salud mental para la ciudadanía, colectivos profesionales y facilitadores y/o agentes sociales.

**LE. 9.1 OBJETIVO 9.1.5 Articular y potenciar condiciones de humanización en los procesos de atención integral dirigidos a las personas con trastorno mental.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.1.5.1. Promoción de la humanización en el programa de continuidad de cuidados y del desarrollo coordinado de itinerarios de atención integral de las personas con TMG.

9.1.5.2. Promoción de las condiciones de humanización en la implantación de modelos de gestión y atención por procesos en los servicios de salud mental.

9.1.5.3. Promoción de la mejora de la humanización en los programas de salud mental emergentes (programas de detección e intervención temprana, programas de transición del adolescente y adulto joven)<sup>4</sup>. Implementación del Programa “Servicio de Primer Apoyo” (apoyo a pacientes y familiares a través de información sobre recursos y asociaciones en el momento del diagnóstico de TMG) en todos los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

9.1.5.4. Implementación del Programa “Servicio de Primer Apoyo” (apoyo a pacientes y familiares a través de información sobre recursos y asociaciones en el momento del diagnóstico de TMG) en todos los Hospitales

9.1.5.5. Promover encuentros, jornadas de trabajo y protocolos conjuntos entre profesionales de diferentes ámbitos para el abordaje integral con criterios de humanización de situaciones relacionadas con la salud mental.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Humanización en el PCC</b>	Actualización del programa de Continuidad de Cuidados para personas con TMG.	Memoria anual de la ORCSM
<b>2. Humanización en la gestión por procesos</b>	Nº de actuaciones implantadas/ año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>3. Humanización en los programas de salud mental emergentes</b>	Incorporación de iniciativas para la mejora	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o

<b>(detección precoz, transición, primer apoyo)</b>	de la humanización en programas de salud mental emergentes: Sí/No	Servicio de Salud Mental
<b>4. Servicio “primer apoyo” en todos los hospitales</b>	Nº centros hospitalarios que disponen de “Servicio de Primer Apoyo”	Memoria anual de la ORCSM
<b>5. Actividades con profesionales sobre las condiciones de humanización en el abordaje de los problemas de salud mental</b>	Nº de encuentros/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

-Actuación 1.1.2.2 Revisión del protocolo del PCC y determinación de criterios mínimos del PCC de los CSM en cuanto a funcionamiento, actividades, número de profesionales implicados y evaluación de resultados en salud y funcionalidad; incluyéndose en la HCE de cada CSM /AGC.

-Actuación 1.1.3.1. Diseño e implantación de un programa de intervención temprana para jóvenes con primeros episodios psicóticos en cada CSM/AGC que garantice la atención preferente (VPE) y las prestaciones incluidas en Guía de Práctica Clínica de Esquizofrenia y Psicosis Incipiente en proximidad.

-Actuación 2.3.1.3. Elaboración de protocolos de transición de casos desde los Equipos de Salud Mental de niños y adolescentes a los de adultos que incluyan informes de derivación, solapamiento transitorio de la asistencia y coordinación entre profesionales responsables.

-Actuación 9.1.5.4. Implementación del Programa “Servicio de Primer Apoyo” (apoyo a pacientes y familiares a través de información sobre recursos y asociaciones en el momento del diagnóstico de TMG) en todos los Hospitales

## LE 9.2. AVANZAR EN LA LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

El estigma generalmente se refiere a cualquier característica, rasgo o trastorno que etiquete a una persona como diferente respecto a una “normal”, provocando una intolerancia o incluso un castigo hacia ella por parte de la comunidad (*Goffman, 1963*)

La estigmatización hacia las personas con enfermedad mental frecuentemente se traduce en la sociedad en un distanciamiento, con reticencia a trabajar junto a personas con enfermedad mental, casarse o tenerles como amigos, lo que les supone segregación y aislamiento social (*Mental Health Europe, 2009*). La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (*Ministerio de Sanidad, 2006*) indicaba que “es fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación asociados a las personas que sufren estos trastornos y a sus familiares”, fijando como Línea estratégica 1, la “Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental”

Uno de los objetivos del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 fue seguir avanzando en la lucha contra el estigma y la discriminación asociado a personas con trastorno mental. Fruto de ello y conscientes del alcance de los problemas y barreras que el fenómeno del estigma genera, el 11 de enero de 2011 fue presentada la plan de a (*Comunidad de Madrid, 2011*), y se constituyó, la Mesa Interinstitucional contra el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid, formada por representantes de Unión Madrileña de Asociaciones pro Salud Mental, de pacientes y familiares (UMASAM), Fundación Manantial, Consejería de Políticas Sociales y Familia (Red de atención social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera) y Consejería de Sanidad (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental), que tiene como misión coordinar las actuaciones para erradicar el estigma y el promover la investigación y el intercambio de experiencias. Desde el año 2011 se vienen realizando memorias donde se reflejan todas las actividades, iniciativas, jornadas de sensibilización, etc., que se van realizando anualmente de cara a erradicar el estigma asociado a las personas con trastornos mentales y sus familias.

Otra de las finalidades de este nuevo plan es continuar avanzando en la erradicación del estigma, a través de los siguientes objetivos.

### L9.2. OBJETIVOS

1. Promover la consecución de los objetivos enmarcados en la Declaración de Madrid de lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental
2. Prevenir la estigmatización de la persona con enfermedad mental por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios.

**LE. 9. - OBJETIVO 9.2.1 Promover la consecución de los objetivos enmarcados en la Declaración de Madrid de lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con problemas mentales**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.2.1.1. Diseño e intensificación de jornadas lúdicas y campañas de divulgación, concienciación y sensibilización dirigidas a los ciudadanos, estudiantes, profesionales del ámbito educativo, empleadores, empresas, servicios públicos y legisladores.

9.2.1.2. Actuaciones dirigidas a los medios de comunicación para mejorar la actitud y tratamiento de las noticias relacionadas con el trastorno mental

9.2.1.3. Promoción de la investigación y las buenas prácticas en la lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastorno mental y en la humanización de los cuidados.

9.2.1.4. Apoyo y colaboración por parte de los servicios de salud mental en las acciones derivadas de la Mesa Interinstitucional de lucha contra el estigma y la discriminación de la Comunidad de Madrid.

9.2.1. 5. Consolidación y ampliación de Plataformas territoriales de lucha contra el estigma de carácter interinstitucional y de múltiples dependencias administrativa.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Jornadas lúdicas y campañas contra el estigma y la discriminación</b>	Diseño de campañas y actuaciones de visibilización: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM
	Nº de campañas/año	
<b>2. Actividades anti-estigma hacia medios de comunicación</b>	Nº de actuaciones/año	Memoria anual de la ORCSM
<b>3. Investigación y buenas prácticas en lucha contra el estigma</b>	Elaboración guías de buenas prácticas: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM

<b>4. Apoyo de los Servicios de Salud Mental a acciones derivadas de la Mesa Interinstitucional de lucha contra el estigma</b>	Nº de acciones de apoyo realizadas /año	Memoria Mesa Interinstitucional
<b>5. Plataformas territoriales de lucha contra el estigma</b>	Nº Plataformas territoriales de lucha contra el estigma creadas/año	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores



**LE. 9.2. - OBJETIVO 9.2.2. Prevenir la estigmatización de la persona con enfermedad mental por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.2.2.1. Acciones formativas para prevenir la estigmatización y promover el trato respetuoso y la atención igualitaria hacia las personas con trastorno mental dirigida a profesionales de los servicios de salud y servicios sociosanitarios.

9.2.2. 2. Realización de campaña dirigida a profesionales sanitarios sobre la igualdad de trato a los pacientes con trastorno mental con difusión en todos los hospitales y centros sanitarios.

9.2.2.3. Promoción del uso de guías, y de la aplicación de buenas prácticas y prácticas seguras en los diferentes procesos asistenciales en salud mental que promuevan el bienestar y la seguridad del paciente

9.2.2.4. Revisión y actualización de protocolos diagnósticos y terapéuticos, médicos y quirúrgicos (trasplantes, quimioterapia, cirugías mayores, etc.) en los que el trastorno mental figure como criterio de exclusión o contraindicación.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Formación en prevención del estigma en profesionales sanitarios y no sanitarios</b>	Nº acciones formativas/año	Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad
<b>2. Campaña antiestigma dirigida a profesionales sanitarios</b>	Campaña sensibilización realizada: Si /No	Memoria anual de la ORCSM
<b>3. Difusión de buenas prácticas y prácticas seguras en salud mental</b>	Realizada Campaña/Jornada/Estrategia de divulgación de guías de prácticas seguras: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM
<b>4. Revisión del criterio de exclusión por trastorno mental en protocolos asistenciales</b>	Nº protocolos actualizados	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

Actuaciones 10.2.3 y 10.3.2 Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios entre otros, de

- Derechos humanos en las personas con trastorno mental para prevenir la estigmatización y promover el respeto y la atención igualitaria (\*)
- Prevención del daño y reducción del riesgo asociado con la atención sanitaria (seguridad del paciente): análisis de incidentes, sistemas de notificación, reducción de prácticas innecesarias, prácticas seguras. (\*)

(\*) Con la participación de usuarios como expertos

-Actuación 9.2.7.3. Promoción del uso de guías, y de la aplicación de buenas prácticas y prácticas seguras en los diferentes procesos asistenciales en salud mental que promuevan el bienestar y la seguridad del paciente

### **LE 9.3. ESPECIAL ATENCIÓN Y HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL ESPECIALMENTE VULNERABLES Y CON ALTO RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL**

La Estrategia de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid 2016 – 2021, dice que “en un 19,9% de los hogares madrileños hay alguna persona que tiene o ha padecido algún trastorno de salud mental o episodio de depresión en los últimos 5 años. En el 32,2% de los hogares excluidos en Madrid hay depresión o problemas de salud mental” (*Comunidad de Madrid, 2016-2021*)

Los problemas de salud mental pueden verse, en ambos casos, como causa y consecuencia de exclusión social (*Mental Health Europe, 2009*).

Existen una serie de factores de riesgo que influyen en el desarrollo de los problemas de salud mental. Estos pueden ser desventajas socio-económicas (pobreza), desempleo, condiciones de vida precarias o *sinhogarismo*, pertenecer a un grupo minoritario que experimente algún tipo de racismo o discriminación y ser madre adolescente o padre/madre soltero/a.

Una vez que el problema de salud mental se manifiesta puede haber un impacto negativo en el trabajo, en los ingresos, en adquirir una vivienda digna, en tener acceso a servicios sociales y en formar parte de una red social. Al verse apartadas de muchas necesidades básicas de la vida, las personas con enfermedad mental se enfrentan a una situación social y económica precaria, al aislamiento y a la exclusión social.

El índice de problemas de salud mental entre personas sin hogar, es especialmente elevado. Las formas más comunes de enfermedad mental entre personas sin hogar son: esquizofrenia, depresión y otros trastornos afectivos, alcoholismo y adicción a otras sustancias. Menos de un tercio de las personas sin hogar con trastorno mental, recibe tratamiento.

Por tanto debemos prestar especial atención a colectivos vulnerables y conseguir que puedan acceder a la Red de Salud Mental y mantener un seguimiento así como su integración en la comunidad.

#### **L9.3. OBJETIVOS**

1. Mejorar el acceso y vinculación con la red de salud mental a personas con enfermedad mental o riesgo de padecerla
2. Promover el abordaje centrado en las necesidades de las personas con trastorno mental y otras discapacidades.
3. Mejorar la atención a la salud mental de las víctimas de violencia de género y prevenir la violencia de género en las personas con TMG.

**LE. 9.3. OBJETIVO 9.3.1 Mejorar el acceso y vinculación con la red de salud mental a personas con enfermedad mental o riesgo de padecerla sin seguimiento, personas en situación de calle y a colectivos especialmente vulnerables.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.3.1.1. Diseño de un Programa de Atención y Coordinación sociosanitario específico a personas de extrema vulnerabilidad (años de evolución y sin tratamiento) con el fin de lograr vinculación a la Red de Salud Mental para abordaje comunitario y seguimiento.

9.3.1.2. Promoción de canales de coordinación entre dispositivos sociosanitarios que permitan el seguimiento tras el alta hospitalaria de población vulnerable.

9.3.1.3. Potenciación de recursos para mejorar la atención de pacientes con trastorno mental en situación de calle y/o exclusión social en toda la Comunidad de Madrid

9.3.1.4. Desarrollo de vías para facilitar el acceso a los servicios de salud mental a personas con trastorno mental que por su diversidad de género, situación de desplazados, migrantes, trata,... están en situación de vulnerabilidad y mayor riesgo de exclusión social.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Programa para personas con problemas mentales en situación de extrema vulnerabilidad</b>	Diseño de Programa: Si/No	Documento específico
<b>2. Coordinación entre dispositivos sociosanitarios tras el alta hospitalaria de personas con problemas mentales en situación de vulnerabilidad y/o exclusión social</b>	Nº reuniones/ año	Actas de las reuniones
<b>3. Potenciación de la atención a personas con problemas mentales sin hogar y/o exclusión social</b>	Nº iniciativas para la mejora de recursos / año	Memoria anual de la ORCSM
<b>4. Accesibilidad a servicios de salud mental para personas en situación de</b>	Nº iniciativas para facilitar accesibilidad /	Memoria anual de la ORCSM

<b>vulnerabilidad y/o exclusión social</b>	año	
--	-----	--

### Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Programa de Atención y Coordinación sociosanitario específico para personas en situación de extrema vulnerabilidad
- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

1.1.5.1. Detección del riesgo de exclusión social en personas con TMG en los CSM con indicadores de vulnerabilidad sociosanitarios y priorización para su inclusión en PCC intensivos

1.1.5.2. Consolidación y refuerzo del ECASAM como eje vertebrador de la atención de salud mental a las personas sin hogar con TMG.

1.1.5.3. Estudio de las necesidades de recursos específicos para esta población en otros municipios de la Comunidad de Madrid y mejora de los recursos según las necesidades identificadas.

1.1.5.4. Refuerzo de los mecanismos de colaboración y apoyo con el Ayuntamiento de Madrid, con otros ayuntamientos y con la Consejería de Políticas Sociales y Familia, responsables de la red de recursos de atención a personas sin hogar

1.1.5.5. Facilitar el procedimiento de integración de los pacientes del ECASAM en los PCC-TMG de los CSM

**LE. 9.3 - OBJETIVO 9.3.2 Promover el abordaje centrado en las necesidades de las personas con enfermedad mental y otras discapacidades.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.3.2.1. Creación una Comisión Sociosanitaria para la gestión de los casos de trastorno mental con discapacidad intelectual de mayor complejidad.

9.3.2.2. Elaboración de programas que integren la complejidad de la patología TMG con otra/s diversidad/es funcional /es.

9.3.2.3. Desarrollo de actuaciones para la mejora de la atención a los pacientes con discapacidad intelectual en Urgencias o ingreso hospitalario en UHB (formación específica, protocolos de coordinación...)

9.3.2.4. Designación de un psiquiatra de referencia en los CSM de discapacidad intelectual y trastorno mental

9.3.2.5. Valoración de la necesidad de refuerzo de los equipos SESM-DI (Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual) para la gestión de casos y de traslados intercentros.

9.3.2.6. Establecimiento de acuerdos o comisiones interinstitucionales para mejorar la atención centrada en las necesidades a través de la coordinación funcional y operativa.

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Comisión sociosanitaria para gestión de casos de trastorno mental con discapacidad intelectual de mayor complejidad.</b>	Comisión constituida: Sí/No	Acta de reunión
<b>2. Programas de integración de TMG con otra/s diversidad/es funcional /es.</b>	Elaboración de programas: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM

<b>3. Actuaciones para la mejora atención de personas con discapacidad intelectual en Urgencias o en UHB</b>	Nº actuaciones/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>4. Psiquiatra de referencia en los CSM para discapacidad intelectual y trastorno mental</b>	Psiquiatra designado: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Valoración de la necesidad de refuerzo de los equipos SESM-DI</b>	Estudio de valoración de necesidades y funciones: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM
<b>6. Acuerdos o comisiones interinstitucionales para mejorar la atención centrada en las necesidades a las personas con discapacidad</b>	nº acuerdos/comisiones/año	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

6.4.2. Consulta y valoración de la creación de una tarjeta de atención preferente en urgencias y otros dispositivos asistenciales para personas con discapacidad.

**LE. 9.3 - OBJETIVO 9.3.3 Mejorar la atención a la salud mental de las víctimas de violencia de género y prevenir la violencia de género en las personas con TMG.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

9.3.3.1. Actividades de coordinación entre referentes en CSM, comisiones hospitalarias de violencia y programa ATIENDE, para articular la atención a la violencia de género en la red de salud mental

9.3.3.2. Consolidación del programa ATIENDE mujeres e implementación del programa ATIENDE menores para la atención supra-área a las víctimas de violencia de género en el Hospital Gregorio Marañón.

9.3.3.3. Realización de actividades formativas sobre detección e intervención en violencia de género (mujeres y menores) desde la red de salud mental

9.3.3.4. Extensión de buenas prácticas en la red de salud mental en visibilización, prevención y asistencia a los problemas mentales relacionados con la violencia de género (programas de prevención en personas con TMG, programas de visibilización...)

9.3.3.5. Difusión de la "Guía de atención a mujeres maltratadas con TMG" y de la "Guía de actuación en atención hospitalaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres en la red de Salud Mental".

**Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Fuente
<b>1. Coordinación entre referentes en CSM, comisiones hospitalarias y ATIENDE</b>	Nº de actuaciones/año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Consolidación de ATIENDE mujeres e implementación de ATIENDE menores</b>	Nº de personas incluidas en programa	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental



<b>3. Formación en detección e intervención en violencia de género</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>4. Extensión de buenas prácticas en visibilización, prevención y asistencia a los problemas mentales relacionados con la violencia de género</b>	Nº de actuaciones /año	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Difusión de guías de "Atención a mujeres maltratadas con TMG" y "Guía de actuación en atención hospitalaria para abordar la violencia de pareja hacia las mujeres en la red de Salud Mental".</b>	Difusión de guías: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

- Actuación 10.1.1 Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos de detección e intervención en violencia de género (mujeres y menores) desde la red de salud mental

## **LÍNEA ESTRATÉGICA 10: FORMACIÓN Y CUIDADO DE LOS PROFESIONALES**

El nuevo Plan de Salud Mental 2018-2020 pretende proporcionar a través de la formación una atención de calidad a las personas con problemas mentales y poner acento en los profesionales y equipos de trabajo como elemento esencial de la organización, que debe cuidarse para avanzar hacia el objetivo de proporcionar la mejor atención posible.

Dentro de las actividades formativas, se pretende avanzar hacia tres objetivos. En primer lugar, en la adquisición y actualización de conocimientos y habilidades en torno a las áreas priorizadas por el plan (como la detección precoz de trastornos psicóticos o el diagnóstico de trastornos del espectro autista). En segundo lugar, en el conocimiento de los derechos de los usuarios y el impulso a la participación en la toma de decisiones de las personas con trastorno mental; en este sentido, se abordará el deber de informar de modo claro y asumible, respetando los tiempos y adecuando el vocabulario, la incorporación de los valores y las creencias de los usuarios en la toma de decisiones y las habilidades de comunicación y apoyo emocional en situaciones difíciles para facilitar el logro de los objetivos terapéuticos con el paciente. En tercer lugar, y de forma sinérgica con la línea de desarrollo organizativo, se plantean actividades formativas en calidad de los servicios, encaminadas a avanzar en la cultura de la evaluación y la mejora continua, para reducir la variabilidad clínica (extensión de la evidencia), para identificar riesgos y prevenir daños al paciente como consecuencia de la asistencia sanitaria (seguridad del paciente) y para incorporar la perspectiva y experiencia del usuario en la mejora de la organización (participación y calidad percibida).

En cuanto a las modalidades de las actividades docentes, se priorizará el aprendizaje participativo en pequeños grupos con talleres o sesiones clínicas, la supervisión externa de casos, la actualización de conocimientos mediante Jornadas monográficas y cursos específicos en formato presencial, semipresencial y on line. En algunas de las actividades de formación se incorporará a personas usuarias como docentes que puedan aportar su perspectiva experiencial.

Con el objetivo de estructurar internamente la línea de formación continuada, desde la Oficina de Regional de Coordinación de Salud Mental se potenciará la constitución de una Comisión de Formación Continuada en cada Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental de manera que sean el cauce adecuado de participación tanto para la detección de necesidades formativas expresadas por los profesionales como para la gestión, evaluación y mejora continua de las mismas.

Por otra parte, este plan pretende abrir una línea con iniciativas en torno al cuidado de los profesionales y de los equipos de trabajo, conscientes del amplio recorrido por realizar. Los

profesionales de salud mental, en su día a día, toman contacto con problemáticas que implican gran sufrimiento personal, a las que deben atender y encauzar desde su propio estado de salud. Son funcionalmente depositarios de un intenso componente emocional inherente a las características de los usuarios, deben proporcionar contención tanto a usuarios como a familias en situaciones de especial dificultad y dar una respuesta asistencial adecuada para transformar la demanda en respuesta estructurada y estructurante. En este sentido, se han planteado medidas saludables para el cuidado de los profesionales y de los equipos de trabajo, para detectar de forma precoz la aparición de trastornos o situaciones problemáticas y finalmente, para tratar adecuadamente al profesional enfermo y restituir los equipos de trabajo, con la intervención de la Unidad UVOPSE, en coordinación con la ORCSM.

## **L10.OBJETIVOS**

1. Mejorar la calidad de la atención en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, mediante la formación continuada de los profesionales
2. Mejorar la comunicación con los usuarios y fomentar el respeto de sus derechos
3. Impulsar la formación en calidad de los servicios para la mejora de la atención en salud mental
4. Promover el cuidado en los profesionales e impulsar medidas saludables en los equipos de trabajo.
5. Mejorar la detección precoz de problemas individuales y de equipos
6. Fomentar la atención adecuada a los profesionales de salud mental en el caso de presentar trastorno mental y a los problemas de equipos de trabajo

### **L10.OBJETIVO 1. Mejorar la calidad de la atención en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, mediante la formación continuada de los profesionales**

- 10.1.1 Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de:

- 1 Detección y orientación de problemas de salud mental, especialmente de primeros episodios psicóticos, por profesionales de Atención Primaria (Medicina y Enfermería), SUMMA 112, Educación, Juventud y Deporte y Políticas Sociales y Familia.
2. Tratamiento asertivo comunitario y acompañamiento terapéutico a profesionales de nueva incorporación en los programas de continuidad de cuidados
3. Salud mental perinatal en Atención Primaria y en la red de salud mental
4. Atención en salud mental a menores en situación en riesgo psicosocial
5. Detección y el manejo del riesgo suicida en Atención Primaria, SUMMA 112, red de salud mental, red social y otros organismos y entidades de interés.
6. Signos de alarma de Trastorno del Espectro Autista en Pediatría de Atención Primaria y diagnóstico específico y diagnóstico complejo en la red de salud mental
7. Trastornos de la Conducta Alimentaria en Atención Primaria, Pediatría, Endocrinología, Aparato digestivo y red de salud mental (incluidos profesionales de UHTR)
8. Trastornos Personalidad Grave en Atención Primaria y en la red de salud mental.
9. Intervenciones psicoterapéuticas modelizadas basadas en la evidencia
10. Detección e intervención en violencia de género (mujeres y menores) desde la red de salud mental

### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuación	Indicador	Fuente
Talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con los 10 contenidos priorizados	nº de acciones formativas nº de horas formativas nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### Actuaciones compartidas

Actividades formativas a los largo de las diferentes líneas estratégicas:

1.1.3.3. Desarrollo de acciones formativas para profesionales de atención primaria, servicios sociales y educativos para mejorar la detección y orientación de primeros episodios psicóticos.

2.4.1.1. Formación en psiquiatría y salud mental perinatal de los profesionales de la red de salud mental

2.5.1.1 Formación en atención a menores en situación en riesgo psicosocial para los profesionales de la red de salud mental en colaboración con el resto de las instituciones que intervienen.

3.4.1. Formación en psiquiatría y salud mental a los profesionales de enfermería de atención primaria.

5.5.1. Formación de profesionales de Atención Primaria en la detección del riesgo suicida (Ej. con implantación de pruebas de screening de factores de riesgo como el SADS PERSONS).

5.5.2. Promover la formación en detección y manejo del riesgo suicida para profesionales de recursos residenciales, Servicios Sociales generales, SAMUR Social, SUMMA 112, profesores (en coordinación con Consejería de Educación e Investigación), bomberos, fuerzas de seguridad y otros facilitadores sociales.

5.5.3. Formación de los Profesionales sanitarios y no sanitarios en la Prevención de la Conducta Suicida: Factores de riesgo, estrategias de intervención, aspectos legales, aspectos éticos.

6.1.1. Formación específica en diagnóstico de TEA para clínicos de la Red de Salud Mental, especialmente, en los programas Infanto-Juveniles.

6.1.2. Acciones formativas dirigidas a pediatras de atención primaria sobre signos de alarma de TEA

6.5.4. Desarrollo de cursos de formación continuada en coordinación con las Consejerías de Educación e Investigación y de Políticas Sociales y Familia

7.1.3 Formación específica en TCA para equipos de Atención Primaria.

7. 3. 6. Desarrollo de programas de formación sobre TCA específicos para colectivos de pediatras, endocrinólogos y nutricionistas, ginecólogos y especialistas en aparato digestivo.

7. 5. 6. Desarrollo de programas de formación sobre TCA específicos para el personal que trabaja en las unidades de rehabilitación y en los recursos dependientes de Atención Social

8.6.1 Incorporación de formación específica en TPG en el Plan de formación continuada, destinada a profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental

9.3.10.3 Realización de actividades formativas sobre detección e intervención en violencia de género (mujeres y menores) desde la red de salud mental

## L10.OBJETIVO 2. Mejorar la comunicación con los usuarios y fomentar el respeto de sus derechos

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de:

10.2.1. Comunicación y trato que incluyan técnicas de desescalado de la agitación y contención verbal a profesionales sanitarios y no sanitarios (\*)

10.2.2 Intervenciones terapéuticas basadas en modelos de capacitación o empoderamiento cognitivo-emocional de pacientes y familiares

10.2.3. Derechos humanos en las personas con trastorno mental para prevenir la estigmatización y promover el respeto y la atención igualitaria (\*)

(\*) Con la participación de usuarios como expertos

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuación	Indicador	Fuente
<b>1. Formación sobre comunicación, trato. Técnicas de desescalado de la agitación y contención verbal</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>2. Formación para la promover la capacitación y empoderamiento de familiares y pacientes</b>	nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	
<b>3. Formación en derechos humanos en salud mental</b>		

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

### **Actuaciones compartidas**

Actuación 7.7.1 Promoción del desarrollo de intervenciones terapéuticas basadas en modelos de capacitación o empoderamiento Cognitivo-Emocional para pacientes y familiares.

Actuación 9.1.4.18 .Realización de actividades formativas a profesionales sanitarios y no sanitarios sobre comunicación y trato con el paciente que incluyan técnicas de desescalado de la agitación y contención verbal para reducir aislamientos y sujeciones físicas.



### **L10.OBJETIVO 3. Impulsar la formación en calidad de los servicios para la mejora de la atención en salud mental**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán talleres, supervisiones, jornadas y cursos presenciales, semipresenciales y on line con contenidos prioritarios a definir anualmente, entre otros, de:

10.3.1. Reducción de la variabilidad clínica a través de la implementación de la evidencia disponible y la identificación, evaluación y extensión de buenas prácticas.

10.3.2 Prevención del daño y reducción del riesgo asociado con la atención sanitaria (seguridad del paciente): análisis de incidentes, sistemas de notificación, reducción de prácticas innecesarias, prácticas seguras. (\*)

10.3.3. Evaluación y mejora continua, calidad percibida y participación de los usuarios (\*)

10.3.4. Liderazgo, gestión eficiente, equidad y sostenibilidad.

(\*)Con la participación de usuarios como experto

#### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

<b>Actuación</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente</b>
<b>1. Formación en implementación de la evidencia extensión de buenas prácticas</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid
<b>2. Formación en seguridad del paciente en salud mental</b>	nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los docentes	
<b>3. Formación en calidad percibida</b>		

<b>4. Formación en liderazgo, gestión eficiente equidad y sostenibilidad</b>		
--	--	--

#### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores

#### Actuaciones compartidas

-Actuación 1.2.8.3. Optimización de la utilización adecuada de la hospitalización breve para mejorar la calidad de la atención a las personas con TMG y el uso apropiado de los recursos.

Actuación

-Actuación 8.4.2 2. Promoción de actividades para la mejora continua de la calidad de la atención a las personas con TPG a través de la Comisión de Evaluación y Seguimiento

Actuación 9.2.7.3. Promoción del uso de guías, y de la aplicación de buenas prácticas y prácticas seguras en los diferentes procesos asistenciales en salud mental que promuevan el bienestar y la seguridad del paciente

#### **L10.OBJETIVO 4. Promover el cuidado en los profesionales e impulsar medidas saludables en los equipos de trabajo.**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

10.4.1. Constitución de grupos Balint

10.4.2. Formación sobre implicaciones emocionales en el profesional sanitario del suicidio, estrategias de afrontamiento y grupos de trabajo en caso de suicidio de paciente.

10.4.3. Elaboración y desarrollo de Plan de acogida a profesionales en las unidades de salud mental.

10.4.4. Potenciar el conocimiento del perfil e intereses profesionales de los componentes de los equipos de trabajo para favorecer su desarrollo profesional

10.4.5. Flexibilidad para la participación en comisiones o grupos de trabajo o de mejora

10.4.6 Reconocimiento de iniciativas de mejora de los profesionales

10.4.7. Impulso del trabajo en equipo, clarificando funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales

10.4.8. Participación en programas de intercambio de experiencias o definición de programas de rotación por otros servicios o unidades

#### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

<b>Actuación</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente</b>
<b>1. Constitución de grupos Balint</b>	Nº de grupos Balint constituidos y nº de sesiones realizadas	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>2. Formación sobre implicaciones emocionales en el profesional sanitario del suicidio, estrategias de afrontamiento y grupos de trabajo en caso de suicidio de paciente.</b>	nº de acciones formativas nº de horas formativas  nº de profesionales formados y evaluación de la actividad por parte de los	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la

	asistentes y de los docentes	Comunidad de Madrid
<b>3. Elaboración y desarrollo de Plan de acogida a profesionales en las unidades de salud mental.</b>	Plan de acogida a profesionales elaborado: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>4. Potenciar el conocimiento del perfil e intereses profesionales de los componentes de los equipos de trabajo para favorecer su desarrollo profesional</b>	Actividades para conocer los perfiles e identificar intereses de los profesionales: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Flexibilidad para la participación en comisiones o grupos de trabajo o de mejora</b>	Nº de profesionales que participan en comisiones o grupos de trabajo de la organización	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>6 Reconocimiento de iniciativas de mejora de los profesionales</b>	Actividades de reconocimiento de iniciativas de profesionales realizadas: Sí/No	Memoria anual de la ORCSM
<b>7.. Impulso del trabajo en equipo, clarificando funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales</b>	Informe sobre funciones y actividad desarrollada por profesional: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>8. Participación en programas de intercambio de experiencias o definición de programas de rotación por otros servicios o unidades</b>	Nº de profesionales en programa de intercambio  Programa de rotación para intercambio de experiencias definido: Sí/No	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

## L10.OBJETIVO 5. Mejorar la detección precoz de problemas individuales y de equipos

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

10.5. 1. Difusión del programa PAIPSE en los centros de salud mental y a los responsables de CSM y hospital para mejorar la accesibilidad a la UVOPSE de los profesionales y equipos de salud mental

10.5.2. Reuniones informativas de la UVOPSE con los tutores de residentes para sensibilizar respecto de los riesgos existentes en este grupo y mejorar la información a residentes.

10.5.3. Información a las Comisiones de Docencia de los hospitales de la existencia del programa PAIPSE.

10.5.4. Formación a médicos y enfermeras de los Servicios de Salud Laboral de los hospitales en detección precoz de psicopatología en el grupo de residentes que llegan al hospital.

### Actuaciones e indicadores

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuación	Indicador	Fuente
<b>1. Difusión del programa PAIPSE</b>	Porcentaje de Hospitales, Áreas de Gestión Clínica o Servicios de Salud Mental en los que se ha difundido	Memoria anual de la UVOPSE
<b>2. Sensibilización a tutores de residentes</b>	Nº de reuniones informativas	
<b>3. Difusión en las Comisiones de Docencia</b>	Nº de Comisiones de Docencia informadas	
<b>4. Formación en Servicios de Salud Laboral sobre detección precoz de psicopatología</b>	Nº de actividades formativas Nº de profesionales formados	

### Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
- Registro de indicadores

## **L10.OBJETIVO 6. Fomentar la atención adecuada a los profesionales de salud mental en el caso de presentar trastorno mental y a los problemas de equipos de trabajo**

- Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

10.6.1. Refuerzo de los recursos personales y estructurales de la UVOPSE según necesidades identificadas

10.6.2. Descripción y análisis de los casos atendidos en UVOPSE con conflictos en motivo de consulta.

10.6.3. Elaboración de documento de orientación en pacientes que son profesionales de Salud Mental.

10.6.4. Medidas para facilitar una mejor atención a los profesionales de salud mental cuando son pacientes (designación de profesional referente, accesibilidad a s por libre elección, acceso prioritario a tratamiento psicológico, colaboración y adaptabilidad en caso de hospitalización en UHB...)

10.6.5. Elaboración de protocolo sobre medidas de actuación en los profesionales con TMG.

10.6.6. Intervención de la UVOPSE, en caso de actuaciones suicidas de los profesionales de salud mental.

10.6.7. Actividades formativas a los responsables de los equipos de Salud Mental (promovidas desde la DG de RRHH para todos los empleados públicos de Sanidad) sobre Código de Buenas Prácticas, abordaje y la solución de conflictos en las instituciones sanitarias y prevención y actuación frente a todos los tipos de acosos en el trabajo y en la administración de la Comunidad de Madrid

10.6.8. Asesoramiento para la mejora del funcionamiento y dinámica de los equipos

### **Actuaciones e indicadores**

- Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuación	Indicador	Fuente
<b>1. Refuerzo de recursos de la UVOPSE</b>	Profesionales incorporados respecto a los identificados como necesarios	Memoria anual de la UVOPSE
<b>2. Análisis de los casos sobre conflictos atendidos por la UVOPSE</b>	Análisis de casos atendidos realizado: Sí/No	Memoria anual de la UVOPSE
<b>3. Orientación en caso de profesionales de salud mental que son a su vez pacientes</b>	Documento de orientación elaborado: Sí/No	Documento específico
<b>4. Medidas para facilitar la atención a pacientes que son a su vez profesionales de salud mental del Servicio Madrileño de Salud</b>	Nº de actividades realizadas	Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
<b>5. Protocolo de atención a profesionales de salud mental que tienen TMG</b>	Protocolo elaborado: Sí/No	Documento específico
<b>6. Intervención en el equipo de trabajo en caso de suicidio de un profesional</b>	Nº de actividades realizadas	Memoria anual de la UVOPSE
<b>7. Formación a responsables de Servicios y Unidades de salud mental sobre resolución de conflictos y acoso en el trabajo</b>	Nº de actividades formativas realizadas Nº de responsables de centro formados	Memoria anual de la UVOPSE
<b>8. Asesoramiento para la mejora del funcionamiento y dinámica de los equipos</b>	Nº de equipos supervisados, nº de sesiones realizadas, nº de horas realizadas, nº de profesionales participantes y evaluación de la actividad por parte de los asistentes y de los supervisores	Plan de Formación Continuada de la Consejería de Sanidad Memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

## Documentos y productos finales

- Documentos:
  - Orientación en la atención a profesionales de salud mental que son a su vez pacientes
  - Protocolo de atención a profesionales de salud mental que tienen un TMG
    - Informes de seguimiento de actividad anual:
  - Registro de indicadores



## 6. IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Los objetivos y actuaciones establecidos en las diferentes líneas estratégicas se desarrollarán desde el año 2018. En su despliegue efectivo, el Servicio Madrileño de Salud contará con los siguientes elementos para su implantación y monitorización:

### I. Elementos de la organización para la implantación:

Los elementos de la organización para la implantación son los siguientes (Figura 23):

- Observatorio de Salud Mental
- Consejo Asesor y Operativo de Salud Mental
- Responsables del despliegue
- Herramientas de compromiso e incentivación
- Herramientas de comunicación y difusión

### II. Elementos de evaluación, seguimiento y aprendizaje (Figura 24):

Cómo elementos para realizar la monitorización y aprendizaje se utilizarán los siguientes:

- Indicadores
- Fichas de seguimiento y mapa de seguimiento o cuadro de mando
- Informes de evaluación

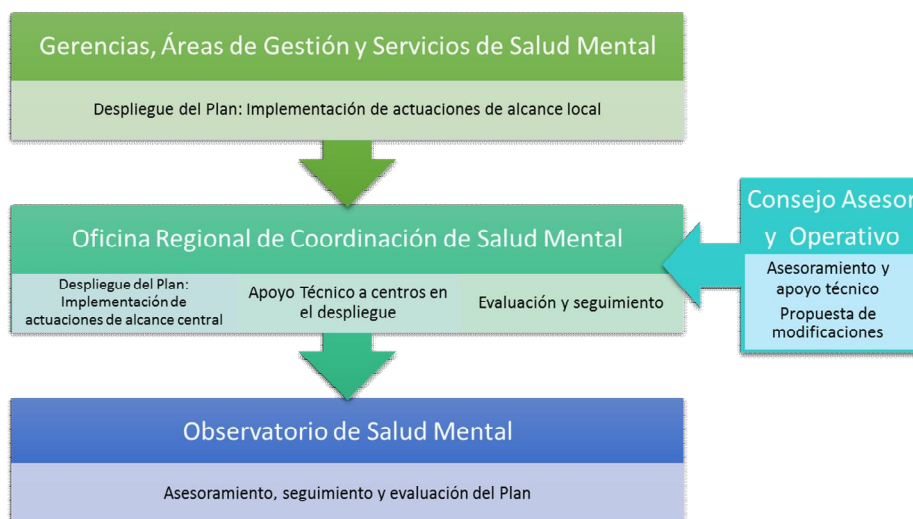


Figura 23. Estructuras para la implantación, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Mental 2018-2020

## 6.1. Implantación

Para facilitar, realizar y apoyar la implantación, se utilizarán las siguientes estructuras y herramientas:

1. **Observatorio de Salud Mental (OSM)** que deberá constituirse y tendrá entre sus funciones actuar como órgano de asesoramiento, consulta y evaluación y proponer las bases fundamentales para el diseño y evaluación de próximos planes de Salud Mental. Tal y como se formula en la actuación relacionada con la constitución del Observatorio de la Línea 0 de desarrollo de la organización, en él participarán de manera efectiva representantes de usuarios y familiares, además de profesionales y otros miembros de la organización. En este sentido, se desarrollará el seguimiento de la implantación del Plan de Salud mental 2018-2020 en las diferentes reuniones que se produzcan en el período de vigencia, convocadas desde la ORCSM.

2. **Consejo Asesor y Operativo de Salud Mental**, como estructura funcional de asesoramiento técnico permanente de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, y con capacidad operativa para impulsar y coordinar la implantación efectiva de las actuaciones, así como la evaluación y seguimiento del Plan.

El COSM estará constituido por profesionales y responsables de unidades y servicios y/o los coordinadores de los grupos de trabajo para la elaboración del plan, a propuesta de la ORCSM/DG de Asistencia Sanitaria, que será encargada de su coordinación.

Sus principales funciones son:

- Actuar como órgano asesor y consultivo respecto a la implantación y seguimiento del PSM 2018-2020.
- Revisar, apoyar e impulsar las actuaciones establecidas en el Plan Estratégico.
- Proponer modificaciones en el desarrollo del Plan, pudiendo redireccionar y subsanar posibles carencias en base a los resultados intermedios de seguimiento.
- Aquellas otras funciones que determine el titular de la Dirección General de Asistencia Sanitaria/ORCSM

3. **Responsables del despliegue**, con la función de liderar y coordinarse con los participantes en el despliegue efectivo de las actividades del plan. En algunos casos será la propia ORCSM la unidad directiva responsable del despliegue de objetivos, especialmente de carácter central y estratégico. En otras ocasiones, serán los responsables de las Gerencias, áreas de Gestión Clínica o Servicios de Salud Mental los encargados de impulsar el desarrollo de las actuaciones. En tales casos, la ORCSM podrá facilitar apoyo y asesoramiento técnico y se encargará de recopilar la información y datos sobre su implantación, necesarios para la evaluación del plan, y de la redacción de los informes de seguimiento que se presentarán en las reuniones tanto con el Observatorio como con el Consejo Asesor, a lo largo del despliegue del Plan.

**4. Herramientas de compromiso e incentivación.** En los objetivos institucionales, a nivel de los centros y gerencias y el documento de objetivos internos a nivel de la ORCSM como coordinadora de su implantación se incluirán los que desarrollen esta estrategia de la siguiente forma:

- En los objetivos institucionales, de forma anual, se incluirán por parte de la ORCSM, las actuaciones necesarias para implantar de forma efectiva esta estrategia. En este sentido su cumplimiento será un elemento a considerar en las posibles incentivaciones derivadas del compromiso de gestión.
- En cuanto a la ORCSM, de forma anual, se establecerán objetivos internos que incluirán tanto las actuaciones de su responsabilidad establecidas en este documento, como un análisis y revisión anual de su cumplimiento, estableciendo con el Observatorio de Salud Mental las modificaciones que se consideren oportunas para favorecer la implantación efectiva y el cumplimiento de sus diferentes líneas estratégicas.

**5. Comunicación y difusión:** Un elementos básico para la implantación efectiva del Plan de Salud Mental es la comunicación y difusión del mismo, tanto a través de los equipos directivos y diferentes responsables y líderes relacionados con la salud mental, como a toda la organización:

- Comunicación directa a los responsables de Psiquiatría y Salud Mental de los Hospitales y de los CSM, a los Gerentes de Hospitales, así como a los responsables de Atención Primaria, (Gerencia, Dirección Asistencial y centro de salud) y SUMMA 112, de la puesta en marcha y evaluación anual de los objetivos relacionados con la misma.
- A los responsables de las entidades y organismos de la Comunidad de Madrid y de otras administraciones públicas con las que se han establecido objetivos de coordinación interinstitucional a través de la línea estratégica 0 de desarrollo de la organización.
- Difusión a través de Intranet, e Internet, de manera preferente, en espacios destinados a Salud en los que se incluirá la información relevante sobre la puesta en marcha y seguimiento del Plan.
- Difusión en Jornadas científico-técnicas relacionadas con la Salud Mental y con la planificación y evaluación de servicios sanitarios.

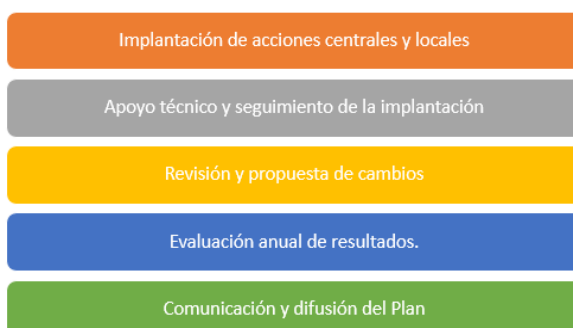


Figura 24. Actividades de implantación y evaluación del PSM2018-2020

## 6.2. Evaluación, seguimiento y aprendizaje

El seguimiento de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud 2018-2020 se realizará mediante la evaluación anual del cumplimiento de las actuaciones a través de los indicadores y, en su caso, de los objetivos institucionales de los contratos programa con los centros asistenciales o marco complementario vinculante. En este sentido, con periodicidad anual y al final del periodo de vigencia, se realizará una evaluación de su grado de implantación, y en las que sea posible, de su efectividad. La evaluación se realizará de acuerdo con la normativa vigente y la regulación establecida por la D.G de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano sobre los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios que presta la Comunidad de Madrid.

El sistema de seguimiento se compone de los siguientes elementos (figura 25):

1. **Indicadores:** la evolución de los diferentes objetivos será monitorizada a través de los indicadores propuestos en el Plan y desarrollados por las responsables del despliegue. Además de estos, podrán proponerse otros indicadores por parte de los responsables del despliegue o bien de los órganos de seguimiento (Observatorio y Consejo Asesor). En el plan quedan definidos los indicadores de ejecución para cada actuación así como la fuente para su medición. En algunos casos se podrá obtener de datos centralizados y en otras ocasiones, se obtendrán *ad hoc*, y se recogerá en la memoria anual de la ORCSM cuando sea esta la unidad directiva responsable de la actuación, o bien la memoria anual de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental, cuando se trate de actuaciones de desarrollo local o de proximidad. El alcance de las actuaciones, central o de centro/gerencia, área o servicio vendrá referido en las fichas de seguimiento de cada objetivo que se describen a continuación.

2. **Fichas de seguimiento:** Cada una de las actuaciones planificadas tendrá una ficha propia de seguimiento que cumplimentará los responsables de su desarrollo. En ella se recogerá la línea estratégica, el objetivo específico, la actuación, el indicador con su fórmula de cálculo y unidad de medida y un apartado de observaciones. También se recogerán las actividades intermedias, que establecerá cada unidad responsable para el desarrollo de la actuación, que estará acompañada por un cronograma semestral de trabajo. La recopilación de los resultados recogidos en las fichas se plasmará en un mapa de seguimiento o cuadro de mando.

3. **Informes de seguimiento:** los avances del Plan Estratégico de Salud Mental se incluirán en los siguientes tipos de informe:

- **Informe anual de seguimiento:** que incluirá el nivel de desarrollo de los objetivos estratégicos y las diferentes actuaciones para su consecución. Cada unidad responsable

remitirá a la ORCSM las fichas de seguimiento de las actuaciones que le son propias. La ORCSM elaborará a su vez un informe, donde recogerá el grado de avance en la implantación de mejoras para el conjunto del Servicio Madrileño de Salud y se presentará al Consejo Asesor y al Observatorio de Salud Mental.

- **Informe Final de Evaluación del Plan de Salud Mental 2018-2020:** Servirá de base para el análisis de situación del siguiente Plan de Salud Mental.
- **Informes específicos de seguimiento:** según establezcan los órganos de dirección del Servicio Madrileño de Salud, incluido el Observatorio, se realizarán este tipo de informes y en ellos se recogerá la evolución de objetivos concretos del plan y las mejoras parciales que se vayan alcanzando.



Figura 25. Estructuras y herramientas de seguimiento y evaluación del Plan de Salud Mental 2018-2020

## 7. PARTICIPANTES

### COORDINACIÓN TÉCNICA: OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL

Mercedes Navío Acosta

Beatriz Baón Pérez

José María López Jiménez

Con el apoyo de los miembros de la ORCSM Julián Rodríguez Quirós, Rosario San Román Carbajo, Pilar Caminero Luna, Sagrario Fernández Parodi y M<sup>a</sup> Paz Martín Sánchez y el asesoramiento de Juan Carlos Duro Martínez, responsable de Formación Continua en Salud Mental de la Consejería de Sanidad.

### GRUPOS DE TRABAJO

#### *Grupo de Atención y Rehabilitación de las personas con Trastorno Mental Grave*

<i>Nombre</i>	<i>Profesión</i>	<i>Lugar de trabajo</i>
<i>MIGUEL ANGEL JIMENEZ ARRIERO Coordinador</i>	Psiquiatra	H.U. 12 de Octubre
<i>M<sup>a</sup> FE BRAVO ORTIZ Coordinadora</i>	Psiquiatra	H.U. La Paz
<i>ALBERTO FERNANDEZ LIRIA Coordinador</i>	Psiquiatra	H.U. Príncipe de Asturias
<i>LORENZO CHAMORRO GARCÍA</i>	Psiquiatra	Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain
<i>AGUSTINA CRESPO VALENCIA</i>	Trabajadora Social	CSM Puente de Vallecas
<i>M<sup>a</sup> JOSE DARDER MAYER</i>	Trabajadora Social	ECASAM
<i>MARISA LUNA NAVARRO</i>	Enfermera	CSM Fuenlabrada
<i>FRANCISCO DEL OLMO NIEVA</i>	Psiquiatra	Clínica San Miguel
<i>BLANCA RENESES PRIETO</i>	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
<i>ABELARDO RODRIGUEZ GONZÁLEZ</i>	Psicólogo Clínico	Consejería Políticas Sociales y Familia
<i>PEDRO RODRIGUEZ SANCHEZ</i>	Psicólogo Clínico	CSM Ciudad Lineal
<i>MARISA VENTURA RODA</i>	Enfermera	CSM Villaverde

**Grupo de Atención a la Salud Mental en Niños y Adolescentes**

<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<i>INMACULADA PALANCA MARESCA</i> <i>Coordinadora</i>	Psiquiatra	H.U. Puerta de Hierro
<i>LAURA DE ANTA TEJADO</i>	Psiquiatra	H.U. Infanta Leonor
<i>VICTORIA ALONSO MARTÍN</i>	Psicóloga clínica	H.U. Infanta Leonor
<i>MIGUELA AREVALO GARCIA-GASCO</i>	Trabajadora Social	CSM Ciudad Lineal
<i>MONTSERRAT GRAEL BERNA</i>	Psiquiatra	H.U. Niño Jesús
<i>DOLORES MORENO PARDILLO</i>	Psiquiatra	H.U. Gregorio Marañón
<i>ANA PASCUAL ARANDA</i>	Psiquiatra	Unidad de Media Estancia de Adolescentes. Casta Guadarrama.
<i>FERNANDO RIPOLL JARAUTA</i>	Psicólogo clínico	H.U. Príncipe de Asturias
<i>EVA RIVAS CAMBRONERO</i>	Psiquiatra	CSM Moratalaz
<i>NURIA TUR SALAMANCA</i>	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
<i>MARIA VICTORIA CABELLO</i>	Enfermera	H.U. Niño Jesús

**Grupo de Atención a la Salud Mental en el ámbito de Atención Primaria**

<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<i>LUIS AGÜERA ORTIZ</i> <i>Coordinador</i>	Psiquiatra	CSM Carabanchel
<i>MARÍA JOSÉ ÁVILA SÁNCHEZ</i>	Médica de Familia	CS Arroyo de la Vega
<i>EDUARDO BALBO AMBROSOLIO</i>	Psiquiatra	Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain
<i>M<sup>a</sup> JESÚS CALVO MAYORDOMO</i>	Enfermera	Dirección Asistencial Sureste
<i>OLGA CAMPELO MORENO</i>	Pediatra	CS El Espinillo
<i>MONTSERRAT DÍAZ ERASO</i>	Médica de Familia	CS Fronteras
<i>EVA RODRÍGUEZ PEDRAZA</i>	Psicóloga Clínica	H.U. Príncipe de Asturias
<i>FERNANDO MONFORT FERNÁNDEZ</i>	Médico de Familia	CS Canal de Panamá
<i>SILVIA LÓPEZ CHAMÓN</i>	Médica de Familia	CS Huerta de los Frailes
<i>M<sup>a</sup> ÁNGELES MORALES MARTÍNEZ</i>	Trabajadora Social	H.U. Puerta de Hierro
<i>OSCAR PAJARES GONZÁLEZ-GALLEGO</i>	Enfermero	CSM Fuencarral
<i>MARÍA JOSÉ PRIETO VEGA</i>	Psicóloga Clínica	CSM Alcobendas

**Grupo de Prevención del Suicidio**

<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
LUCIA VILLORIA BORREGO Coordinadora	Psiquiatra	CSM Moncloa
RICARDO ANGORA CAÑECO	Psiquiatra	H.U. 12 de Octubre
JOSE LUIS AYUSO MATEO	Psiquiatra	H.U. de La Princesa
YOLANDA GUERRERO ROLDAN	Enfermera	H.U. 12 de Octubre
CONCEPCIÓN VICENTE MOCHALES	Trabajadora Social	H.U. Ramón y Cajal
ANA MORENO PÉREZ	Psiquiatra	H.U. Príncipe de Asturias
RAÚL ORGAZ MORALES	Enfermero	Complejo Asistencial Benito Menni
M <sup>ra</sup> DE LAS MERCEDES PEÑA GRANGER	Enfermera	H.U. Gregorio Marañón
ALICIA ROJO IBÁÑEZ	Trabajadora Social	H.U. Ramón y Cajal
SARA SOLERA MENA	Psicóloga clínica	H.U. 12 de Octubre

**Grupo de Atención a personas con Trastornos del Espectro Autista**

<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
MARA PARELLADA REDONDO Coordinadora	Psiquiatra	H.U. Gregorio Marañón
FRANCISCA ALCALA FUENTES	Trabajadora Social	H.U. Gregorio Marañón
MARGARITA ALCAMÍ PERTEJO	Psiquiatra	H.U. La Paz
HILARIO BLASCO FONTECILLA	Psiquiatra	H.U. Puerta de Hierro
LETICIA BOADA MUÑOZ	Psicóloga clínica	H.U. Gregorio Marañón
M <sup>ra</sup> LUISA DORADO MARTÍNEZ	Psiquiatra	CSM Retiro
JOSE CARLOS ESPIN JAIME	Psiquiatra	H.U. 12 de Octubre
SILVIA GUTIERREZ PRIEGO	Psiquiatra	H.U. Niño Jesús
ABIGAIL HUERTAS PATÓN	Psiquiatra	H.U. Príncipe de Asturias
ARANCHA ORTIZ VILLALOBOS	Psiquiatra	H.U. La Paz
JOSE ROMO VILLA	Enfermero	H.U. Gregorio Marañón



**Grupo de Atención a personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria**

<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<i>IGNACIO BASURTE VILLAMOR COORDINADOR</i>	Psiquiatra	H.U. Gregorio Marañón
<i>ROSA CALVO SAGARDOY</i>	Psicóloga Clínica	H.U. La Paz
<i>MARINA DIAZ MARSÁ</i>	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
<i>PILAR VILARIÑO BESTEIROS</i>	Psicóloga Clínica	H.U. Santa Cristina
<i>MAR FAYA BARRIOS</i>	Psiquiatra	H.U. Niño Jesús
<i>ARACELI GÓMEZ GÓMEZ</i>	Trabajadora social	H.U. Niño Jesús
<i>JESÚS JOSÉ PADIN CALO</i>	Psiquiatra	H.U. Ramón y Cajal
<i>MARIELLA ESTHER PAREJA RODRÍGUEZ</i>	Enfermera	H.U. Gregorio Marañón
<i>BELÉN UNCETA CONDE</i>	Psiquiatra	H.U. Santa Cristina

**Grupo de Atención a personas con Trastornos de la Personalidad**

<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
<i>FERNANDO CAÑAS DE PAZ COORDINADOR</i>	Psiquiatra	H.U. Dr. Rodríguez Lafora
<i>BLANCA AMADOR BORRERO</i>	Psicóloga clínica	H.U. La Paz
<i>AURORA DOLL GALLARDO</i>	Psiquiatra	CSM Vallecas Villa
<i>LUIS JAVIER IRASTORZA EGUSQUIZA</i>	Psiquiatra	CSM Arganda
<i>DANIEL GIL MARTORELL</i>	Trabajador Social	CSM Colmenar Viejo
<i>JAVIER NIETO MANGUDO</i>	Enfermero	Clínica San Miguel
<i>ANA ISABEL MENA PÉREZ</i>	Psiquiatra	H.U. Dr. Rodríguez Lafora
<i>ESTRELLA SALVADOR VADILLO</i>	Enfermera	H.U. Ramón y Cajal
<i>NURIA SOLE FERNÁNDEZ</i>	Psicóloga Clínica	CSM Getafe
<i>PAZ VILLALBA YLLÁN</i>	Psiquiatra	H.U. Príncipe de Asturias

**Grupo de Participación, Humanización y lucha contra el estigma**

<b>Nombre</b>	<b>Profesión</b>	<b>Lugar de trabajo</b>
ROSARIO LUIS-YAGÜE LÓPEZ COORDINADORA	Trabajadora Social	Viceconsejería de Humanización
BEGOÑA ARBULO RUFRANCOS	Psicóloga	H.U. Gregorio Marañón
SANDRA FERNÁNDEZ FOLGUEIRA	Trabajadora Social	Consejería Políticas Sociales y Familia
MÓNICA MORÁN RODRIGO	Enfermera	CSM Vallecas Villa
PABLO PLAZA ZAMORA	Enfermero	Centro San Juan de Dios
PEDRO SANZ CORRECHER	Psiquiatra	H.U. 12 de Octubre
ANA SANZ DE LA FUENTE	Trabajadora Social	H.U. Dr. Rodríguez Lafora
OLGA SAN MARTÍN RUIZ	Enfermera	H.U. La Paz.

**GRUPOS DE COLABORACIÓN**

**Asociaciones y agrupaciones de usuarios y familiares**

ADANER (Asociación para la defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa)

Federación Autismo Madrid

Asociación Bipolar

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

Mundo Bipolar

AMAI-TLP (Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad)

Fundación Manantial

ASAM Madrid (Asociación Salud y Ayuda Mutua)

UMASAM (Unión Madrileña de Asociaciones Salud Mental)

PLENA inclusión (Discapacidad Intelectual)  
Agrupación flipas GAM

**Sociedades científicas**

Sociedad Española de Patología Dual

Sociedad Española de Psiquiatría Clínica.

Asociación Española de Trabajo social y salud

Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad de Madrid

Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental

Sociedad de Psiquiatría de Madrid

Asociación Madrileña de Salud Mental

***Colegios y asociaciones profesionales***

*Colegio Oficial de Enfermería de Madrid*

*Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid*

*Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*

*Asociación Profesional de Terapia Ocupacional de la Comunidad de Madrid*

*Colegio Oficial Trabajo Social de Madrid.*

***Otros agentes de interés***

Jefes de Servicio de Psiquiatría y Jefes de Servicios de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.

*Subdirección General de Asistencia en Adicciones.*

*Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo a través del Dr. Pablo del Pino Cuadrado y de la Dra. Natalia Sartorius Calamai.*

*Comisión Técnica de acciones en salud contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid a través de la Dra. Cristina Polo.*

*ECASAM (Equipo de Calle de Salud Mental).*

*Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental. D.G. de Atención a Personas con Discapacidad. Consejería de Políticas Sociales y Familia.*

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians – American Society of Internal Medicine. A Consensus Statement on Health Care Transitions for Young Adults with Special Health Care Needs. *Pediatrics*. 2002; 110; 1304
2. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington, American Psychiatric Press, 2006.
3. Andriessen K. Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals: lessons learned for the future of postvention. *Crisis*, 2014;35(5):338-48
4. Arévalo M. La intervención en Salud Mental en el Sistema de Protección de Menores en la CM. Una propuesta de trabajo desde el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. El derecho a la protección de los niños y niñas en la Comunidad de Madrid. *Trabajo Social Hoy*. 2009.
5. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes. Cuadernos técnicos 14. 2009. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/10/ctecnicos14.pdf>
6. Ayuso-Mateos JL et al. Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid. 2010. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid- Universidad de Alcalá- Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Destudio+conducta+suicida+CM.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883657999&ssbinary=true>
7. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Péres V, Sáiz PA, Saiz Ruiz J; Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2012;5(1):8---23.
8. Babalola O, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 30;(1)
9. Bachrach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 Supl 407: 6-10.
10. Baler R, Volkow N. Addiction as a systems failure: focus on adolescence and smoking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50 (4): 329-39
11. Bindman J, Beck A, Glover G, et al. Evaluating mental health policy in England. Care programme Approach and Supervised Register. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 327-30.
12. Bravo Ortiz MF. Trastornos psicóticos: Tratamientos psicosociales. En: Roca Bennisar M. Coordinador. Trastornos psicóticos. Barcelona: Ars Medica; 2007: 821-53.
13. Bravo Ortiz, MF. Rehabilitación psiquiátrica y orientación a la familia. *Manual de Psiquiatría*. Ed. Palomo T y Jiménez Arriero MA. Ene Life Ediciones. 2009: 869-887.
14. Cátedra de Psiquiatría Infantil. Fundación Alicia Koplowitz-UCM. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. 2014. Disponible en:

- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dlibroblanco.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352858108951&ssbinary=true>
15. Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2005; 14 (1):10-14.
  16. Chiesa M, Fonagy P. Residential vs community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. *Am J Psychiatry* 2004;161:1463-1470.
  17. Comisión Consultiva de Cuidados del Servicio Madrileño de Salud. Manual de Procedimientos de enfermería de salud mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid.2012. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017188.pdf>
  18. Comunidad de Madrid. Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia 2007. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheadervalue1=filename%3DPACTO+ANOREXIA.pdf&blobwhere=1158620171328&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf>
  19. Comunidad de Madrid. Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental. 2011. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142635733039&pagename=PortalSalud%2FPage%2FTA\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142635733039&pagename=PortalSalud%2FPage%2FTA_pintarContenidoFinal)
  20. Comunidad de Madrid. Estrategia de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid 2016- 2021. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013999.pdf>
  21. Consejería de Economía e Innovación Tecnológica de la Comunidad de Madrid; Universidad Complutense de Madrid. Atlas de la comunidad de Madrid en el umbral del siglo XXI. Imagen socioeconómica de una región receptora de inmigrantes. 2002. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DAtlas+de+la+CM.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352859524802&ssbinary=true>
  22. Consejería de Economía, Empleo y Hacienda de la Comunidad de Madrid. Atlas Estadístico de la Comunidad de Madrid. 2015: 27. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/territorio/descarga/atlasestadistico15.pdf>
  23. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlan+de+Salud+Mental+0308.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158629122962&ssbinary=true>
  24. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. 2010. Disponible en:

- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1268600114568&ssbinary=true>
25. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Seguridad del Pacientes del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020. 2015. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_InfPractica\\_FA&cid=1354517872086&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354517872086&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura)
  26. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. 2016. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354603888389&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354603888389&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid)
  27. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Plan de Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid 2017-2021. 2017. Disponible en: [http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/plan\\_de\\_infancia\\_y\\_adolescencia\\_publicamadrid.pdf](http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/plan_de_infancia_y_adolescencia_publicamadrid.pdf)
  28. Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Marzo de 2017. Disponible en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2017/07/informe-del-relator-de-la-onu.pdf>
  29. Crespo-Facorro B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo-Ortiz MF, Cabrera-Cifuentes A, Carretero-Román J, Franco-Martín MA, García-Portilla P, Haro JM, Olivares JM, Penadés R, Del Pino-Montes J, Sanjuán J, Arango C. Effectiveness, efficiency and efficacy in the multidimensional treatment of schizophrenia: Rethinking Project. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2017 Jan - Mar;10(1):4-20.
  30. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma. A review of the literatura . Perspect Psychiatr Care, 2005;41:14-21
  31. Lordon D N, Bertolin M, E LS, Keith C, Braddock B, Kaufman DA. Parents Perceive Improvements in Socio-emotional Functioning in Adolescents with ASD Following Social Skills Treatment. Journal of autism and developmental disorders. 2017; 47 (1): 203–214
  32. Després Del Suicidi---Associació De Supervivents [internet] Disponible en: <http://www.despresdelsuicidi.org/>
  33. Devescovi R, Monasta L, Mancini A, Bin M, Vellante V, Carrozzi M, et al. Early diagnosis and Early Start Denver Model intervention in autism spectrum disorders delivered in an Italian Public Health System service. Neuropsychiatric disease and treatment. 2016;12: 1379-84.
  34. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906. DOI: 10.1002/14651858.CD007906.pub3.
  35. European Comission. Libro verde. Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. 2005 Disponible en: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/green\\_paper/mental\\_gp\\_es.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf)
  36. European Comission. Pacto europeo para la salud mental y el bienestar. Conferencia de alto nivel de la Unión Europea 2008. Disponible en : [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/mhpact\\_es.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf)

37. European Commission. Draft Horizon 2020 Work Programme 2016-2017 in the area of Health, demographic and well-being. 2017. Disponible en:  
[http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2016\\_2017/main/h2020-wp1617-health\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2016_2017/main/h2020-wp1617-health_en.pdf)
38. EUROGENAS European Regions Enforcing Actions Against Suicide EUROGENAS [internet] Directrices Generales para la Prevención del suicidio (Directrices éticas, Prevención en los entornos escolar y laboral, Recomendaciones Medios de Comunicación). Disponible en:  
[www.euregenas.es/index.php/euregenas/2013-11-29-08-16-03](http://www.euregenas.es/index.php/euregenas/2013-11-29-08-16-03)
39. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008; 86(9):703–9. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.046995>.
40. García Ibáñez J. Grupo de trabajo sobre los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Generalitat de Catalunya. Recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Quaderns de Salut Mental. 2004
41. Geller JL. The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services. Psychiatr Serv 2000; 51: 41-67.
42. Gili M, Roca M, Stuckler D, Basu S, McKee M. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health. 2013; 23: 103–8.
43. Goffman, I. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. 1963. London. Penguin Books.
44. Gómez Beneyto M, et al. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
45. González Torres MA, Mirapeix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. Psiquiatría.com 2006;10(1). Disponible en:  
<https://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?artid=6031&idrev=1&idvol=73&page=>
46. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d’Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
47. Gunderson JG. Trastorno límite de la personalidad: guía clínica. Barcelona, Ars medica. 2002.
48. Haro JM, Palácina C, Vilagutb G, Martínezb M, Bernala M, Luquea I, Codonyb M, Dolza M, Alonsob J, Grupo ESEMeD-España\*. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin (Barc). 2006;126(12):445-51
49. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Memoria del Servicio. 2015. Disponible en:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142662634860&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA\\_ServiciosPrincipal#](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142662634860&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FPage%2FHGMA_ServiciosPrincipal#)
50. Hospital Niño Jesús. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Memoria del Servicio. 2015
51. Howard L M, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. Lancet. 2014; 384(9956): 1723-1724.

52. Howlin P. Outcomes in autism spectrum disorders. In: Volkmar FR KA, Paul R, Cohen DJ, editor. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. 3rd. ed. Hoboken, NJWiley; 2005.
53. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10.
54. Insel T. Translating scientific opportunity into public health impact. Arch Gen Psychiatry 2009; 66: 128-133
55. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Estadística de padrón continuo de la Comunidad de Madrid. 2015:19 Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/descarga/pc15cu.pdf>
56. Instituto Nacional de Estadística. Spanish Statistical Office [base de datos en internet]. Madrid Disponible en: <http://www.ine.es/> [acceso 12 de diciembre de 2016].
57. Joint Action in Mental Health and Wellbeing. 2013. Accesible en: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action>
58. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA et al. Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. Am J Psychiatry. 2016; 173(4):362-72.
59. Kessler RC, Ustun B. The WHO world mental health surveys. Global perspectives of mental health surveys. Cambridge University Press, New York, First Edition, 2008
60. Knapp M. Health Economics. En Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E and Thapar A. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Fifth Edition. Blackwell Publishing Ltd. Oxford, UK. 2008: 123-133
61. Knapp M, McDaid D, Parsoage M. Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention. The Economic Case. Department of Health, London Ed. 2011.
62. Kogan MD, Strickland BB, Blumberg SJ, Singh GK, Perrin JM, van Dyck PC. A national profile of the health care experiences and family impact of autism spectrum disorder among children in the United States, 2005-2006. Pediatrics. 2008;122 (6):e1149-58.
63. Krauss MW, Gulley S, Sciegaj M, Wells N. Access to specialty medical care for children with mental retardation, autism, and other special health care needs. Mental retardation. 2003;41 (5):329-39.
64. Lamb HR. Desinstitutionalization at the crossroads. Hosp Community Psychiatry 1988; 39: 941-5.
65. Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J Le Foll B. Exploring the association between life time prevalence of mental illness and the transition from substance use to SUD: results from the NESARC. The American J of Addictions. 2013;22 (2):93-8.
66. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Disponible en: [http://www.madrid.org/wleg\\_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=D1AD9176087149734DC1DB8F6F5E56B2.p0323335?opcion=VerHtml&nmnorma=403&cdestado=P#no-back-button](http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=D1AD9176087149734DC1DB8F6F5E56B2.p0323335?opcion=VerHtml&nmnorma=403&cdestado=P#no-back-button)
67. López-Castroman J, Baca-García E, Oquendo M. A.Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas?. Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona), 2009; 2: 42-48



68. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis*. 2013; 34(1):32-41.
69. Madrid.org.[ Internet] Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) de la Comunidad de Madrid. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1152602564936&language=es&pagename=HospitalJoseGermain%2FPage%2FHGER\\_pintarContenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1152602564936&language=es&pagename=HospitalJoseGermain%2FPage%2FHGER_pintarContenidoFinal)
70. Madrid.org.[Internet]. Unidad de Trastornos de la Personalidad de la Comunidad de Madrid. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354298732115&language=es&pageid=1155722722619&pagename=HospitalRodriguezLafora%2FCM\\_Actualidad\\_FA%2FHAF\\_pintarActualidad](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354298732115&language=es&pageid=1155722722619&pagename=HospitalRodriguezLafora%2FCM_Actualidad_FA%2FHAF_pintarActualidad)
71. Madrid.org [internet] Prevención de la Depresión y el Suicidio. Comunidad de Madrid. Disponible en: [http://intranet.madrid.org/csedicion/Satellite?cid=1354398844851&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1354398844851](http://intranet.madrid.org/csedicion/Satellite?cid=1354398844851&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354398844851)
72. McGorry P, Dodd S, Purcell R, Yung, Thompson A, Goldstone S, Killackey E. Australian Clinical Guidelines For Early Psychosis © Orygen. The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, 2016.
73. McGorry PD. Early Intervention in Psychosis Obvious, Effective, Overdue. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 203 (5); 2015.
74. Melendo Granados JJ, Cabrera Ortega C. Guía Clínica para el trastorno límite de la personalidad (para profesionales). Madrid, IM&C. 2009
75. Meltzer-Brody S, Brandon A, Pearson B, Burns L, Raines C, Bullard E, Rubinow D. Evaluating the clinical effectiveness of a Specialized Perinatal Psychiatry Inpatient Unit. *Arch Women Ment Health*. 2014; 17(2):107-113
76. Mental Health Europe. From Exclusión to Inclusion- The way forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe 2008. Edición parcial de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). 2009. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Delaexclusionalainclusion.pdf>
77. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. 2006. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
78. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de salud 2006. 2007. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf)
79. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. 2011a. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>.
80. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida. 2011b. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_481\\_Conducta\\_Suicida\\_Avaliat\\_vol1\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf)

81. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2011. 2012.  
<https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
82. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, Estudio e Investigación. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. 2013. Disponible en:  
[http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/pdf/II PLAN ESTRATEGICO IN FANCIA.pdf](http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO IN FANCIA.pdf)
83. Mollejo Aparicio E. Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia. Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios Nº 48. Madrid. 2012
84. Moreno MC. Muñoz MV, Pérez PJ, Sánchez I. Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002) 2004. Disponible en:  
<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>
85. Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006. Disponible en:  
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
86. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Borderline personality disorder: recognition and management. Clinical guideline. 2009. Disponible en:  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
87. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: Guidance. NHS England Publications; 2016. Gateway Reference 04294. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/mentalhealth/wp-content/uploads/sites/29/2016/04/eip-guidance.pdf>
88. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Portal de la salud [base de datos de internet]. Madrid [acceso 19 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA\\_servicioPrincipal&vest=1354183538063](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_servicioPrincipal&vest=1354183538063)
89. OECD. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies. 2014.
90. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM) de la Comunidad de Madrid. Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes. Una propuesta de trabajo en los Equipos de Salud Mental infanto-Juvenil. 2014. [Documento Interno]
91. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Informe de evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental 2010 - 2014. 2016. Disponible en:  
[www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadernam e1=Content-disposition&blobheadernam e2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEVALUACION+DEL+PLAN+ESTRATEGICO+DE+SALUD+MENTAL+2010-2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352906783373&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadernam e1=Content-disposition&blobheadernam e2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEVALUACION+DEL+PLAN+ESTRATEGICO+DE+SALUD+MENTAL+2010-2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352906783373&ssbinary=true)

92. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM). Comunidad de Madrid. Documento Base para la Elaboración del Plan de Salud Mental. 2017. [Documento Interno]
93. Olza Fernández I, Palanca Maresca I, González-Villalobos Rincón I, Malalana Martínez AM, Contreras Sales A. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. Cuadernos de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace. 2014: 109.
94. Organización de Naciones Unidas. Declaración de Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolución 46/119; 1991: 207. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/588/73/IMG/NR058873.pdf?OpenElement>
95. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra, 2000a. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/primaryhealthcare\\_workers\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf)
96. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. 2000b. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf)
97. Organización Mundial de la Salud. Multisite intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Geneva WHO. 2002.
98. Organización Mundial de la Salud-Región Europea. Conferencia Ministerial para la Salud Mental de Helsinki. 2005. Disponible en: [www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/opsc\\_est17.pdf.pdf](http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf)
99. Organización Mundial de la Salud-Región Europea. The European Mental Health Action Plan. 2013. Disponible en: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/194107/63wd11e\\_MentalHealth-3.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf?ua=1)
100. Organización Mundial de la salud. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.; 2012. Disponible en: [http://www.who.int/topics/human\\_rights/Instrument\\_derechos\\_OMS\\_spa.pdf](http://www.who.int/topics/human_rights/Instrument_derechos_OMS_spa.pdf)
101. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral para la Salud Mental 2013-2010. 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
102. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide. A global imperative. 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1)
103. Organización Mundial de la Salud. Atlas de la Salud Mental 2014. 2015. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1)
104. Parellada M, Boada L, Moreno C, Llorente C, Romo J, Muela C, et al. Specialty Care Programme for autism spectrum disorders in an urban population: A case-management model for health care delivery in an ASD population. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists. 2013;28(2):102-9.
105. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. PLoS One. 2014;9(8).

106. Parlamento Europeo. Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Informe Sobre La Salud Mental 2008/2009. 2009. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+V0//ES>
107. Pozo Rivera, E. y García Palomares JC. Evolución reciente y pautas de distribución espacial de las migraciones internas de extranjeros: el caso de la Comunidad de Madrid (1997-2008). Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. [En línea]. 2011, 15(384). Disponible en: [www.ub.es/geocrit/sn/sn-384.htm](http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-384.htm)
108. Prego R, Béjar A. La psiquiatría perinatal y la psiquiatría del bebé. En: Psiquiatría Perinatal y del Niño de 0-3 años. Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN Digital Ed. Madrid; 2015: 15-22.
109. Reichow B, Steiner AM, Volkmar F. Cochrane review: social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). Evidence-based child health : a Cochrane review journal. 2013;8(2):266-315.
110. Reid GJ, Irvine MJ, McCrindle BW, Sananes R, Ritvo PG, Siu SC, et al. Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. Pediatrics. 2004; 113: 197-205
111. Reneses B, Garrido S, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M, Moreno J, López-Ibor JJ. Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid. Int J Soc Psychiatry. 2015 May;61(3):275-86.
112. Rodríguez A, Bravo Ortiz M. El quehacer en rehabilitación psicosocial: Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave: Marco general y conceptualización. En: Gisbert C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: AEN Estudios Nº 28; 2003. 28: 15-53.
113. Rodríguez C, Des Rivierères-Pigeon. A literatura review on integrated perinatal care. Int. J. Integrated care.2007; 7: 1-15. Disponible en: <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.202/>
114. Rosen DS. Transition from Pediatric to Adult-Oriented Health Care for the Adolescent with Chronic Illness or Disability. Adolescent medicine. 1994;5(2):241-8.
115. Rubio G et al. Integración de los grupos de autoayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo. Revista Adicciones. 2013; 25 (1): 37-44.
116. Rutter M, Stevenson J. Using Epidemiology to Plan Services: A Conceptual Approach. En Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E and Thapar A. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Fifth Edition. Blackwell Publishing Ltd. Oxford, UK. 2008: 71-80.
117. Sah P, Lee SK, Mori R, Reichman B, Hakanson S, Feliciano LS, et al. The International Network for Evaluating of very low birth weight, very preterm neonates (iNeo): a protocol for collaborative comparisons of international health services for quality improvement in neonatal care. BMC Pediatrics.2014; 14:110. Disponible en: <http://biomedcentral.com/1471/14/110>
118. Sanchez-Valle E, Posada M, Villaverde-Hueso A, Tourino E, Ferrari-Arroyo MJ, Boada L, et al. Estimating the burden of disease for autism spectrum disorders in Spain in 2003. Journal of autism and developmental disorders. 2008;38(2):288-96.
119. Sawyer SM, Blair S, Bowes G. Chronic illness in adolescents: transfer or transition to adult services? J Paediatr Child Health. 1997, 33 (2): 88-90
120. Scal P, Ireland M. Addressing transition to adult health care for adolescents with special health care needs. Pediatrics. 2005; 115(6):1607-12.

121. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, et al. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1602-8.
122. Sendra-Gutiérrez J M, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón M F. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. *Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona)*. 2016
123. Serrano- Blanco A, Palao D, Haro JM. Estudio de la prevalencia de la depresión mayor y otros trastornos mentales en atención primaria en Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006
124. Servicio Madrileño de Salud. Guía de Recursos de Atención a la Salud Mental 2016 Disponible en:  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIA\\_RECURSOS.Act+septiembre+2017+.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352937527601&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIA_RECURSOS.Act+septiembre+2017+.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352937527601&ssbinary=true)
125. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45 (2):201-10.
126. Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4)
127. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(8):921-9.
128. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T. Transitions of care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): a study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:135
129. Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22:386–390
130. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry*. 2010; 197(4):305-312
131. Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJV. The burden of disease in personality disorders: Diagnosis-specific quality of life. *J Personal Dis* 2008; 22(3):259-268.
132. Stroul B. Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1989; 12(3): 10-26.
133. Sullivan K, Stone WL, Dawson G. Potential neural mechanisms underlying the effectiveness of early intervention for children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*. 2014; 35(11):2921-32.
134. Swendsen J, Le Moal M. Individual vulnerability to addiction. *Ann.N.Y. Acad.Sci*. 2011; 1216: 73-85.
135. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, Basurte I, Vega P, Baca-García E. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse*. 2012

Mar; 47(4):383-9.

136. Talbott JA. Editor. The chronic mental patient: Five years later N.Y. Grunne and Stratton; 1984.
137. Viner R. Transition from pediatric to adult care. Arch Dis Child 1999; 81: 271-275
138. Vivanti G, Dissanayake C, Victorian AT. Outcome for Children Receiving the Early Start Denver Model Before and After 48 Months. Journal of autism and developmental disorders. 2016;46(7):2441-9.
139. Vivanti G, Paynter J, Duncan E, Fothergill H, Dissanayake C, Rogers SJ, et al. Effectiveness and feasibility of the early start denver model implemented in a group-based community childcare setting. Journal of autism and developmental disorders. 2014;44(12):3140-53.
140. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2014;53(2):237-57.
141. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. Psychological medicine. 2013;43(12):2477-500. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>.
142. Weatherston D. The infant mental health specialist. Zero to Three; 2000 Oct/Nov: 3-9.
143. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. [Eur Neuropsychopharmacol](#). 2005 ;15(4):357-76.
144. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: A Framework, Ginebra. 2012. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)

## 9. GLOSARIO DE ABREVIATURAS

**AEN:** Asociación Española de Neuropsiquiatría **AGC:** Área de Gestión Clínica **AP:** Atención Primaria **ARSUIC:** Programa de atención al riesgo suicida de Madrid **CAID:** Centro de Atención Integral al Drogodependiente **CAD:** Centro de Atención al drogodependiente **CM:** Comunidad de Madrid **CMBD:** Conjunto Mínimo Básico de Datos **CRL:** Centro de rehabilitación laboral **CS:** Centro de Salud de Atención Primaria **CSM:** Centro de Salud Mental **EASC:** Equipos de Apoyo Social Comunitario **ECASAM:** Equipo de calle de Salud Mental **GPC:** Guía de Práctica Clínica **HCE:** Historia Clínica Electrónica **HGUGM:** Hospital General Universitario Gregorio Marañón **HHSC:** Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón **HNJ:** Hospital Niño Jesús **HU:** Hospital Universitario **MSPSI:** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad **MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad **OMS:** Organización Mundial de la Salud **ORCSM:** Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental **PCC:** Programa de continuidad de cuidados **PCC-IA:** Programa de continuidad de cuidados en la infancia y adolescencia (es equiparable al PCC-IJ: PCC Infanto- juvenil) **PAIPSE:** Plan de atención integral al profesional sanitario enfermo **SIAE:** Sistema de Información de Atención Especializada **SCAE:** Sistema de citación de Atención Especializada **SM:** Salud Mental **TCA:** Trastorno de la conducta alimentaria **TEA:** Trastorno del espectro autista. **TIC:** Tecnologías de la Información y Comunicación. **TMG:** Trastorno mental grave **TPG:** Trastorno de la personalidad grave **UCPP:** Unidades hospitalarias de Cuidados Prolongados **UHB:** Unidad de Hospitalización breve **UHTR:** Unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación **UVOPSE:** Unidad de valoración y orientación del profesional sanitario enfermo **VPE:** Valoración por el Especialista