

IV

OBJETIVOS Y ACCIONES

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Línea Estratégica 1: Promoción y Prevención.

Línea Estratégica 2: Prevención y tratamiento de la conducta suicida.

Línea Estratégica 3: Atención a las personas con trastornos mentales.

- 3.1. Perspectiva transversal.
- 3.2. Trastorno Mental Grave.
- 3.3. Trastorno Mental Común.
- 3.4. Trastornos de la Conducta Alimentaria.
- 3.5. Trastornos de la Personalidad.
- 3.6. La salud física de las personas con Trastorno Mental Grave.

Línea Estratégica 4: Atención a la salud mental infanto-juvenil.

Línea Estratégica 5: Atención a la salud mental de personas de edad avanzada.

Línea Estratégica 6: Atención a las personas con patología dual y adicciones.

Línea Estratégica 7: Rehabilitación psicosocial.

Línea Estratégica 8: Prevención y reducción del estigma.

Línea Estratégica 9: Salud Mental y género.

Línea Estratégica 10: Coordinación.

- 10.1. Coordinación entre Salud Mental y el Ámbito Sociosanitario.
- 10.2. Coordinación entre Salud Mental y Justicia.
- 10.3. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.
- 10.4. Coordinación entre dispositivos en la Red de Salud Mental.
- 10.5. Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias.
- 10.6. Coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas.

Línea Estratégica 11: Sistemas de Información.

Línea Estratégica 12: Formación e Investigación.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Promoción y prevención en salud mental

Los trastornos mentales y de conducta se dan en personas de todas las regiones, países y sociedades. Según la OMS (2004) se calcula que, en el mundo, alrededor de 450 millones de personas sufren cada año enfermedades mentales. Esto significa que al menos una de cada cuatro personas desarrollará un trastorno mental a lo largo de su vida. Asimismo se estima que las enfermedades mentales continuarán aumentando y que para el año 2020 las enfermedades mentales supondrán el 15% de la discapacidad mundial, siendo la depresión por sí sola la segunda causa.

Además de las consecuencias para la salud, los costes sociales y económicos derivados de los trastornos mentales son de gran magnitud. A los costes de los servicios sanitarios se añaden los costes por desempleo y reducción de productividad, los del impacto en las familias y cuidadores, y el coste atribuido al impacto negativo de la muerte prematura. Adicionalmente, hay muchos otros costes incalculables que no se tienen en cuenta, como por ejemplo los que se derivan de las oportunidades perdidas para los individuos que sufren enfermedades mentales y sus familiares (MSSSI, 2014).

Los resultados de la experiencia asistencial centrada exclusivamente en la provisión de servicios de atención demuestran que para alcanzar mejores niveles de salud mental positiva no basta con tratar las enfermedades mentales, sino que son necesarias políticas, estrategias e intervenciones dirigidas, de forma específica, a mejorarla. Para ello, es necesario cambiar el énfasis desde la perspectiva tradicional, centrada en los trastornos mentales, hacia una nueva perspectiva que tome en consideración la promoción de la salud mental (Jané-Llopis, 2004).

2. Promoción de la salud mental

“Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental” (Jané-Llopis et al., 2005). La promoción de la salud mental considera la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico (OMS, 1997).

Las intervenciones de promoción de la salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental.

3. Prevención de los Trastornos Mentales

La prevención de los trastornos mentales tiene el objeto de “reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en

la persona afectada, sus familias y la sociedad” (Haggerty y Mrazek, 1994). La prevención de los trastornos mentales se basa en los principios de salud pública. Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental.

La clasificación de prevención en salud pública -prevención primaria, secundaria y terciaria- ha sido adaptada por el Instituto de Medicina (IOM) para la prevención de trastornos mentales. Esta nueva clasificación está compuesta por un continuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada, el tratamiento y la manutención (OMS, 2004). Estos dos últimos corresponden respectivamente a la prevención secundaria y terciaria.

La prevención universal se define como las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo. La prevención selectiva se dirige a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media y se evidencia por factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales. La prevención indicada se dirige a personas identificadas como alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, o marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento (Haggerty y Mrazek, 1994).

La distinción entre la prevención y promoción de la salud radica en sus resultados proyectados. Cuando la promoción de la salud mental tiene el objeto de mejorar la salud mental positiva en la comunidad, también podrá tener el resultado secundario de disminuir la incidencia de los trastornos mentales. Los elementos de prevención y promoción a menudo están presentes dentro de los mismos programas y estrategias, involucrando actividades similares y produciendo resultados diferentes pero complementarios. Debido a que tanto la promoción de la salud mental como la prevención de los trastornos mentales se ocupan principalmente del mejoramiento de la salud mental y la influencia de sus antecedentes, se deben entender como enfoques conceptualmente distintos pero interrelacionados.

4. Niveles de intervención: prevención primaria en grupos de riesgo

Para promocionar la salud mental se puede actuar sobre la persona o sobre la población. A nivel individual, reforzando la «resiliencia» con intervenciones que incrementan la autoestima y dotan de destrezas para afrontar el estrés. A nivel poblacional, con intervenciones para incrementar el capital social, promover conductas sanas de crianza, mejorar la seguridad, reducir el estrés en las escuelas y en los lugares de trabajo.

5. Promoviendo un inicio saludable en la vida

En los primeros años de la vida se fijan tanto las experiencias positivas como las traumáticas y los hábitos y costumbres que acompañarán al individuo durante toda su vida. Por tanto, hay que resaltar la importancia de un buen comienzo en la vida y privilegiar las intervenciones y los apoyos en los periodos perinatal y en la primera infancia, en los que se establecen las bases de la salud que se mantendrán a lo largo de la vida. La situación de riesgo se “caracteriza por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar”. En tales casos el objetivo de la intervención será “intentar eliminar dentro de la institución familiar los factores de riesgo”, viniendo obligada la entidad pública competente a poner en marcha las actuaciones pertinentes para reducir la situación de riesgo y a realizar el seguimiento de la evolución del menor y su familia (artículo 17 de la Ley 1/1996 Ley Jurídica del Menor).

Existe amplia evidencia que demuestra que los programas de intervención temprana representan una poderosa estrategia de prevención (OMS, 2004). La mayoría de los programas exitosos que abordan los factores de riesgo y de protección en las primeras etapas de la vida, están dirigidos a poblaciones infantiles en riesgo, especialmente los niños que provienen de familias de bajos ingresos y niveles educativos. Estos programas incluyen intervenciones realizadas en los hogares durante el embarazo y la infancia, los esfuerzos para reducir el cigarrillo durante el embarazo, capacitación de preparación a los padres en la crianza de los hijos y programas preescolares. Por su parte, una situación de riesgo social podría interpretarse como aquella que no se corresponde con las situaciones de vida de la mayoría de la población, que está sujeta a factores de discriminación e inequidad (por sexo, género, raza, grupo étnico, edad, pobreza, enfermedad mental, accesibilidad a servicios de educación y sanitarios, etc) y que es susceptible de cambio mediante la intervención política y social (MSSSI, 2012).

6. Afrontando la enfermedad mental de los padres

La enfermedad mental de los padres durante la infancia y niñez temprana pueden conducir a depresión y ansiedad en períodos posteriores de la vida, así como en las siguientes generaciones, aunque la seguridad del afecto y el apoyo social de la familia pueden reducir dichos riesgos. Por su parte, las conductas de riesgo de la futura madre durante el embarazo, así como ciertos sucesos estresantes que ocurren temprano en la vida pueden causar vulnerabilidades psíquicas.

Las intervenciones en los padres con trastorno mental pueden estar dirigidas a la interacción temprana entre hijos y padres; otras usan un enfoque integral de familia durante la niñez y adolescencia temprana, o se concentran en los propios niños en riesgo. Los estudios de control de los resultados de dichos programas aún son escasos, aunque algunos muestran resultados prometedores (OMS, 2004).

7. Envejeciendo mentalmente saludables

Diferentes tipos de intervenciones universales, selectivas e indicadas han sido exitosas para mejorar la salud mental de las poblaciones de ancianos (Jané-Llopis et al., 2005). Las intervenciones con ejercicios y la mejora del apoyo social mediante el desarrollo de relaciones de amistad, constituyen ejemplos de estrategias universales. Las intervenciones preventivas prometedoras para poblaciones de ancianos selectivas e indicadas incluyen el uso de métodos de educación a pacientes entre los ancianos crónicamente enfermos y sus proveedores de cuidado personal, detección temprana, intervenciones en la atención primaria y programas usando técnicas de revisión de vida.

8. Factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. En su mayoría, los factores individuales de protección son idénticos a las características de salud mental positiva, tales como la autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control. Por esta razón, las intervenciones preventivas dirigidas a fortalecer los factores de protección se superponen en gran medida con la promoción de la salud mental. Tanto los factores de riesgo como los de protección pueden ser de carácter individual, relacionados con la familia, sociales, económicos y ambientales. Generalmente,

es el efecto acumulado de la presencia de múltiples factores de riesgo, la falta de factores de protección y la interacción de situaciones de riesgo y protección, lo que predispone a los individuos a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad, pasar luego a un problema mental y finalmente a un trastorno mental con todas las características. Las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental pretenden contrarrestar los factores de riesgo y reforzar los factores de protección a lo largo de la vida de la persona con el fin de interrumpir esos procesos que contribuyen a la disfunción mental humana. Mientras mayor influencia tengan los factores individuales sobre el desarrollo de los trastornos mentales y la salud mental, mayor será el efecto preventivo.

A continuación se muestran los principales factores de riesgo y protectores identificados respecto a la salud mental (OMS, 2004).

Tabla 1. Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental

Factores de Riesgo	Factores de Protección
<p>Acceso a drogas y alcohol</p> <p>Desplazamiento</p> <p>Aislamiento y enajenamiento</p> <p>Falta de educación, transporte, vivienda</p> <p>Desorganización de la vecindad</p> <p>Rechazo de compañeros</p> <p>Circunstancias sociales deficientes</p> <p>Nutrición deficiente</p> <p>Pobreza</p> <p>Injusticia racial y discriminación</p> <p>Desventaja social</p> <p>Migración a áreas urbanas</p> <p>Violencia y delincuencia</p> <p>Guerra</p> <p>Estrés laboral</p> <p>Desempleo</p>	<p>Fortalecimiento</p> <p>Integración de minorías étnicas</p> <p>Interacciones interpersonales positivas</p> <p>Participación social</p> <p>Responsabilidad social y tolerancia</p> <p>Servicios sociales</p> <p>Apoyo social y redes comunitarias</p>

Tabla 2. Determinantes individuales y relacionados con la familia

Factores de Riesgo	Factores de Protección
Fracaso académico y desmoralización estudiantil	Capacidad para afrontar el estrés
Déficits de atención	Capacidad para enfrentar la adversidad
Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o con demencia	Adaptabilidad
Abuso y abandono de menores	Autonomía
Insomnio crónico	Estimulación cognitiva temprana
Dolor crónico	Ejercicio
Comunicación anormal	Sentimientos de seguridad
Embarazos tempranos	Sentimientos de dominio y control
Abuso a ancianos	Buena crianza
Inmadurez y descontrol emocional	Alfabetización
Uso excesivo de sustancias	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Exposición a la agresión, violencia y trauma	Interacción positiva entre padres e hijos
Conflicto familiar o desorganización familiar	Habilidades de resolución de problemas
Soledad	Conducta prosocial
Bajo peso al nacer	Autoestima
Clase social baja	Destrezas vitales
Enfermedad médica	Destrezas sociales y de manejo de conflictos
Desequilibrio neuroquímico	Crecimiento socioemocional
Enfermedad mental de los padres	Manejo del estrés
Abuso de sustancias por parte de los padres	Apoyo social de la familia y amigos
Complicaciones perinatales	Parentalidad positiva
Pérdida personal — duelo	Resiliencia
Habilidades y hábitos de trabajo deficientes	
Discapacidades de lectura	
Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos	
Incompetencia social	
Eventos de mucha tensión	
Consumo de sustancias durante el embarazo	

9. Predictores de eficacia en programas de prevención y promoción

Además de estudiar los efectos de una intervención, resulta importante conocer cuáles son los factores responsables de que un programa preventivo funcione o no. Según un meta-análisis en el que se evaluó un conjunto de 149 intervenciones, se ha concluido que los programas son el doble de eficaces cuando se implementan por profesionales de la salud (Jané-Llopis, 2004).

Estos programas pueden ser igualmente eficaces para distintas edades, aunque los hallazgos parecen indicar una preferencia por intervenir en los principios de la edad escolar. Los meta-análisis indican que la prevención es igualmente eficaz para grupos con distintos niveles de riesgo (prevención universal, selectiva e indicada) (Jané-Llopis, 2004).

10. Situación de la prevención y la promoción en España

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2014), a través de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención (EPSyP) en el Sistema Nacional de Salud (SNS) propone el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y a prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad. Es una iniciativa que se desarrolla en el marco de la implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad.

Las estrategias para ganar salud y prevenir la enfermedad, se basan en la efectividad y otras cinco características importantes para conseguir los mejores resultados: su aplicación a lo largo de todo el curso de vida, el abordaje por entornos, el enfoque poblacional, el abordaje desde un enfoque positivo, y un enfoque integral.

La visión de esta Estrategia es promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía, y en la que trabajar por la salud se asuma como una tarea de todos.

11. Situación de la prevención y la promoción en Canarias

Hasta la actualidad la orientación de la Salud Mental en el SCS ha sido de carácter más asistencial que de promoción y prevención. Aún así, se han desarrollado diversos programas y campañas poblacionales.

El **Servicio de Atención Primaria** de la Dirección General de Programas Asistenciales ha desarrollado programas relacionados con la promoción y prevención (primaria, secundaria y terciaria), que están incorporados a la historia clínica Drago para los distintos profesionales sanitarios.

- **Programa de atención a las personas mayores:** En él se realiza: despistaje para la depresión, evaluación de factores de riesgo social, detección de señales o signos que hagan sospechar malos tratos, detección precoz de violencia de género, promoción de higiene del sueño, prevención de riesgos de automedicación y abuso de tóxicos, identificación del cuidador principal.
- **Programa de atención a la salud afectivo sexual y reproductiva:** Incluye:
 - Atención en embarazo, parto, puerperio, bebé, apoyo a lactancia.
 - Atención al climaterio y exploración de síntomas somáticos, de ansiedad, depresivos, trastornos del sueño, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias, adaptación a los cambios físicos, acontecimientos vitales estresantes, exploración de autoestima y afectividad, posibilidades de disfrute de tiempo libre y red social de apoyo.

- **Programa de salud infantil-juvenil:** Incluye diversas actuaciones preventivas sobre hábitos saludables en las distintas etapas; cribado del TDAH; detección precoz del autismo, alteraciones del lenguaje, trastornos de conducta alimentaria, trastornos mentales graves y adicciones a nuevas tecnologías; prevención de hábitos tóxicos; detección de factores de riesgo; y señales de alerta para detección precoz de trastornos psicopatológicos.
- **Programa de violencia de género:** Incluye la atención de la violencia en embarazo, puerperio, así como valoración psicosocial.
- **Programa de actividades preventivas y promoción de la salud:** promueve hábitos de vida saludable (alimentación y ejercicio) y prevención de consumo de tóxicos.
- **Aulas de Salud:** Cuentan con un conjunto de materiales y recursos didácticos para acciones grupales, dirigidos a los profesionales que contribuyen a promover la salud de la población canaria, ofreciendo servicios de promoción de la salud, prevención y control de la enfermedad.

Por su parte, la **Dirección General de Salud Pública** realiza y promueve actividades de promoción de la salud mental vinculadas a problemas de salud pública.

- **Programa ITESplus:** Se realiza en el contexto de un Convenio Marco de la Consejería de Sanidad con la Consejería de Educación y Universidades. Tiene por objeto disminuir los efectos negativos del tabaco y del alcohol sobre la salud, incidiendo en la prevención del consumo en los escolares de Enseñanza Secundaria Obligatoria de Canarias.
- **Estrategia de intervención comunitaria “Los Círculos de la VIDA SALUDABLE”:** tiene por objeto sensibilizar a la población canaria sobre los factores de protección de la salud siguientes: sin tabaco, alimentación saludable, actividad física diaria, alcohol cuanto menos mejor, y control del estrés, descanso. Cuenta con al menos tres áreas de salud relacionadas con la salud mental, y de manera más específica “el control del estrés”. Todas las actuaciones que se realizan desde la estrategia de VIDA SALUDABLE están orientadas a promover la salud física y mental.
- **Programas de Parentalidad Positiva:** incluye formación con el objetivo promover la salud y el bienestar en menores de 0 a 3 años. Adicionalmente se encuentra la web poblacional de Familias en Positivo, que se muestra como una plataforma online impulsada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Federación Española de Municipios y Provincias, que tiene como fin promover el ejercicio positivo de la parentalidad y reforzar el apoyo a la parentalidad positiva en las políticas y servicios públicos de los Gobiernos Locales y en el tejido asociativo.
- **Campañas poblacionales:** estas tienen el objetivo de sensibilizar a la población sobre temas de relevancia en salud pública. Así, por ejemplo en 2017 se desarrolló la Campaña del Día Mundial de la Salud “Hablemos de la depresión”, con el objetivo de promover la detección precoz de la depresión y prevenir el suicidio. Las diferentes campañas están disponibles en la página web del Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública.

Por su parte, la **Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa de la Consejería de Educación** dispone en el currículo de Educación Primaria de la asignatura Educación Emocional y para la Creatividad. Esta asignatura, que se imparte en todos los colegios de esta comunidad autónoma, es una materia obligatoria y evaluable, que tiene entre sus objetivos que los alumnos de 1º, 2º, 3º y 4º de Primaria aprendan a reconocer y expresar sus emociones, así como a regularlas, controlarlas y utilizarlas de manera productiva. La asignatura comprende tres bloques temáticos: la conciencia o alfabetización emocional, la regulación emocional y la creatividad. Entre

otros, la asignatura contempla el desarrollo de la empatía, el reconocimiento y manejo de la frustración y de los miedos, el desarrollo de la resiliencia y el control de la impulsividad.

Bibliografía

Haggerty RJ, Mrazek PJ. Can we prevent mental illness? Bull N Y Acad Med. 1994; 71(2): 300-6.

Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. Promot Educ. 2005; 2(9): 61-67.

Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2004; 89: 66-77.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe del estado actual de la prevención en salud mental. Centro de Rehabilitación Laboral "San Blas". Madrid: MSSSI; 2012.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Madrid: MSSSI; 2014. Informes Estudios e Investigación.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud. Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. 1997.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Ginebra: OMS; 2004.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Promover la salud mental y el bienestar emocional en las distintas etapas del ciclo vital y prevenir la incidencia del trastorno mental en la población general y en los grupos de riesgo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Crear un grupo de trabajo, interdisciplinar e intersectorial, dedicado al análisis de la promoción y prevención de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Canarias, que permita realizar una evaluación periódica de la situación en promoción y prevención en salud mental, y la toma de decisiones consensuadas en esta materia.

Actividades

- 1.1. Realización de informes detallados sobre los programas y las actividades que se realizan en materia de prevención y promoción de la salud mental en Canarias, con periodicidad anual.
- 1.2. Creación de un grupo de trabajo intersectorial en el que estén representados el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública (DGSP) y otras Administraciones Públicas que se estimen convenientes.

Objetivo específico 2. Promover la formación de los profesionales sanitarios y no sanitarios en relación a la prevención y la promoción de la salud mental.

Actividades

- 2.1. Desarrollo y/o promoción de acciones formativas dirigidas a profesionales de la salud, Educación, Servicios Sociales, Menores, Empleo, Administración de Justicia y cualquier otro colectivo relevante, sobre la promoción de la Salud Mental y sus determinantes.
- 2.2. Acciones de formación para los profesionales sanitarios (Atención Primaria y Atención Especializada) en detección precoz de trastornos mentales a lo largo del ciclo evolutivo.
- 2.3. Realizar actividades formativas dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación para el tratamiento de noticias relacionadas con la salud mental.

Objetivo específico 3. Promocionar el bienestar emocional de la mujer en el embarazo, la parentalidad positiva y la calidad del vínculo afectivo con la figuras parentales, durante las distintas etapas del desarrollo evolutivo.

Actividades

- 3.1. Formación en prevención y promoción de salud mental a los profesionales sanitarios que intervienen en el control y seguimiento del embarazo.
- 3.2. Formación del personal sanitario relacionado con la infancia, en instrumentos específicos para la detección de situaciones de riesgo en la vinculación temprana del bebé con sus figuras parentales.
- 3.3. Inclusión en Historia Clínica Electrónica de, al menos, un instrumento de medida que evalúe la calidad del vínculo afectivo del menor con sus figuras parentales

3.4. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, el Servicio de Promoción de la Salud de la DGSP, y otras administraciones públicas, para promover acciones formativas en materia de parentalidad positiva.

3.5. Promoción de acciones formativas presenciales y/o online de parentalidad positiva del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), dirigidas a figuras parentales de menores cuya edad oscile entre 0-3 años.

3.6. Promoción de acciones formativas presenciales y/o online de parentalidad positiva del MSSSI dirigidas a profesionales sanitarios, docentes y otros colectivos sociosanitarios.

3.7. Realización de campañas online (a través del canal de la DGSP Canariassaludable.org y sus redes sociales) sobre parentalidad positiva, dirigidas a la población.

3.8. Realización en Atención Primaria de Grupos de Apoyo a la Crianza dirigido la figuras parentales.

Objetivo específico 4. Desarrollar un Programa comunitario de promoción de los factores de protección de la salud mental en Canarias.

Actividades

4.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de promoción de los factores de protección de la salud mental en la población en Canarias.
Responsables: DGPPAA y DGSP, con posibilidad de inclusión de otros organismos y participantes que, aún no perteneciendo a estas, se consideren necesarios.

4.2. Realización de una página web sobre pautas a seguir para la prevención y promoción de la salud mental.

4.3. Desarrollo de intervenciones orientadas a la promoción de la salud mental a través de los medios de comunicación, redes sociales y campañas poblacionales.

4.4. Incorporación efectiva del programa de promoción de los factores de protección de la salud mental en la Red Canaria de "Islas y Municipios promotores de la salud".

Objetivo específico 5. Analizar y promover la realización de acciones formativas, programas de promoción y prevención de la salud mental en la comunidad educativa.

Actividades

5.1. Elaboración de un listado de asignaturas, actividades docentes, programas y estrategias de promoción de la salud mental.

5.2. Impartición generalizada en Canarias de la asignatura Educación Emocional.

5.3. Realización de actividades formativas sobre salud mental dirigidas a la comunidad educativa.

Objetivo específico 6. Promover la reducción de la medicalización, psiquiatrización y psicologización de los problemas de la vida cotidiana.

Actividades

6.1. Realización de actividades formativas, talleres y grupos de apoyo, dirigidas a personas en situaciones de estrés y sufrimiento vital.

Objetivo específico 7. Reducir el estrés y el riesgo de *burnout* en los profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental.

Actividades

- 7.1. Facilitar los espacios de apoyo emocional para reducir el estrés (asociado a casos específicos complejos o a la actividad laboral de forma general) en los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 7.2. Realizar al menos una actividad formativa, de ámbito autonómico y con enfoque práctico, sobre el manejo del estrés y la prevención del *burnout* en profesionales que trabajan en el ámbito de la Salud Mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Análisis de situación. Resumen

En el análisis de la situación global de este Plan se refleja de forma exhaustiva la situación de la conducta suicida en Canarias. Por lo tanto, a continuación se reflejan solo los aspectos más relevantes de tal análisis, además de datos y consideraciones adicionales.

- Las tasas de suicidio en Canarias para el periodo evaluado (2007-2015) han sido algo superiores a las del conjunto de España. Ambas se sitúan en el rango considerado como 'medio' según la OMS.

Tabla 1. Tasas de suicidio consumado en Canarias, España y UE. Periodo 2007-2015

Años	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Canarias	7,75	8,82	7,60	7,36	6,68	8,92	8,73	8,46	9,05
España	7,27	7,58	7,47	6,85	6,89	7,57	8,31	8,41	7,76
UE 28	11,4	11,7	11,9	11,8	11,68	11,72	11,67	--	--

UE 28: Unión Europea – 28 países. Fuentes: ISTAC, INE y EUROSTAT. Tasa por 100.000 hab. y año

- El número absoluto de suicidios y la tasa han experimentado variaciones en el periodo comprendido entre 2007 y 2015.
- Ha existido variabilidad en las tasas de suicidio entre las islas. En Fuerteventura y La Gomera se produjeron tasas consideradas como 'bajas' en 3 de los 9 años evaluados, y en Lanzarote en 2 años.
- Por el contrario, en La Palma y El Hierro se produjeron tasas consideradas como 'altas' en 3 años, y en La Gomera, en un año.
- La ratio entre hombres y mujeres en el periodo evaluado fue de 3,6:1, similar al que se produce en los países occidentales (4:1).
- El método mayoritario en todos los años evaluados ha sido la "Lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación" (media para el periodo evaluado, 48,8%), seguido de la "Lesión autoinfligida intencionalmente al saltar desde un lugar elevado" (media para el periodo evaluado, 24,2%).
- Las franjas de edad con mayores tasas de suicidio son las de más de 40 años en adelante. La franja de edad con la tasa más alta es la de 50 - 59 años, con una tasa que se encuadra en el rango de 'alta' (19,58 por 100.000 hab. y año) según la clasificación de la OMS.
- El suicidio en los menores de 15 años, aunque infrecuente en nuestra Comunidad y en el conjunto de España, es un hecho especialmente trágico, y el objetivo debe ser la ausencia total de casos.
- En España existe variabilidad considerable en las tasas de suicidio según las Comunidades Autónomas.
- Las tasas de suicidio de Canarias y España han sido considerablemente inferiores a las del conjunto de Europa.

- En el mayor estudio epidemiológico europeo sobre salud mental disponible, en España se ha hallado una prevalencia a lo largo de la vida del 1,5% para el intento de suicidio, y del 4,4% para las ideas de suicidio (Gabilondo et al., 2007).
- La prevalencia de ideación suicida a lo largo de la vida en la población mayor de 16 años en Canarias fue de 10,8% en 2015. Esta prevalencia resulta superior a la de España (4,4%); sin embargo, esta última se obtuvo en 2002, en un periodo anterior a la crisis económica. La crisis económica comenzó en España en 2008, y estas se han asociado a mayor tasa de suicidio (Oyesanya et al., 2015; Parmar et al., 2016).
- La mayor prevalencia de ideación suicida en Canarias se produjo en la franja de 45 a 64 años (12,3%), en mujeres (13,4%), en Gran Canaria (11,7%) y en el grupo de trabajadores/as no cualificados/as (13,9%).

2. Intervenciones realizadas

Desgraciadamente no existe en España ningún Plan de prevención del suicidio a nivel estatal ni Estrategia alguna en el Sistema Nacional de Salud. En los últimos años se han realizado en Canarias, además de las acciones clínicas individualizadas necesarias, las siguientes acciones de carácter preventivo:

- Informes técnicos pormenorizados para conocer con el mayor detalle posible la situación, su evolución y orientar mejor sobre las estrategias de intervención.
- Implantación total en nuestra Comunidad del RECAP (Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias) y reciente inclusión de formularios para la recogida de información relativa a las conductas suicidas en los servicios de urgencias hospitalarios.
- Formación específica con cursos dedicados a la conducta suicida, de ámbito autonómico, de enfoque teórico - práctico, basados en la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (MSSSI, 2012), y dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental (2014 y 2015), de Atención Primaria (2016) y a profesionales de los medios de comunicación (2017), sobre el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio. Existen pruebas científicas de que la formación de profesionales tiene efectos considerables en la reducción del riesgo suicida (Mann et al., 2005; MSSSI, 2012). De hecho, es uno de los pilares básicos señalados en el reciente documento de la OMS de prevención del suicidio (OMS, 2014).
- Provisión a los profesionales de Atención Primaria del documento-recurso para la consulta "Riesgo suicida y conducta suicida: evaluación e intervención en Atención Primaria" (2016), basado en la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (MSSSI, 2012).
- Promoción de la línea de investigación dedicada a la conducta suicida.

3. Posibles factores causales

Dado que la conducta suicida es multifactorial, no es posible atribuir con seguridad que determinados factores de riesgo sean los factores subyacentes clave de las tasas de suicidio superiores en Canarias, respecto al conjunto de España. Sin embargo, pueden evaluarse algunos factores de riesgo considerados de especial relevancia según los hallazgos científicos disponibles.

3.1. Trastornos mentales. Depresión.

En los estudios de autopsia psicológica, se ha establecido la presencia de trastornos mentales en alrededor del 90% de los casos. Dentro de los trastornos mentales, la **depresión** es el trastorno mental

más comúnmente asociado con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general (MSSSI, 2012). La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con algún grado de depresión (OMS 2002; citado por MSSSI, 2012).

En la Encuesta Europea de Salud en España (INE, 2014), se evaluó la presencia de “cuadro depresivo mayor” y “otros cuadros depresivos” activos, en mayores de 15 años, a través del “Patient Health Questionnaire PHQ-8”. Mientras que en España las prevalencias fueron de 3,52% y 3,84% respectivamente, en Canarias fueron de 5,73% y 4,72% respectivamente. En cuanto al “cuadro depresivo mayor”, Canarias fue la Comunidad con la segunda mayor prevalencia de España. Teniendo en consideración ambos tipos de depresiones, Canarias fue la 4ª Comunidad con mayor prevalencia.

En la Encuesta de Salud de Canarias (2015), hasta el 25,1% de la población mayor de 16 años refirió ansiedad o depresión, a través de la escala EQ-5D-5L.

Por último, según datos de Atención Primaria (SIAP-SCS, 2016) en el año 2016 había 140.271 pacientes con diagnóstico de depresión, lo que representa el 6,67% de la población. La mayor parte de estos corresponden al diagnóstico de episodio depresivo (89,9%).

3.2. Consumo de tóxicos

El consumo de alcohol y otros tóxicos se comporta no solo como factor de riesgo sino también como factor precipitante (MSSSI, 2012). Los trastornos relacionados con el alcohol y otros tóxicos son frecuentes en las personas que se suicidan, y pueden exacerbar factores de riesgo o interactuar con la depresión, de forma que se incrementa el riesgo de conductas suicidas (Turecki y Brent, 2016).

Según los Informes del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España - Estadísticas) (MSSSI 2013, 2015, 2016), Canarias ha sido la Comunidad que ha presentado las mayores tasas de “admisión a tratamiento” durante varios años. El “caso de admisión a tratamiento” se define como toda “persona admitida a tratamiento ambulatorio por abuso o dependencia de una sustancia psicoactiva en un centro de tratamiento por primera vez en un año determinado, en una Comunidad o ciudad autónoma del estado español”. En la tabla 2 se muestra las tasas de Canarias y España. El último año del que se disponen datos es el 2014, que se muestra en el informe de 2016.

Tabla 2. Tasas de “admisión a tratamiento” por consumo de sustancias psicoactivas en España y Canarias

	2011	2012	2013	2014
España	106,50	105,4	110,22	104,94
Canarias	173,13	194,60	202,30	181,59

Tasas por 100.000 habitantes y año.

Fuentes: Informes del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España - Estadísticas).

Por lo tanto, tanto la depresión como los trastornos relacionados con el consumo de tóxicos pueden ser factores de riesgo clínicos de especial relevancia en la conducta suicida en Canarias, dado la importancia que tienen como factores de riesgo suicida y la alta prevalencia que presentan en Canarias, en comparación con España.

3.3. Factores sociofamiliares, económicos y ambientales

Entre estos factores, se han asociado a mayor riesgo suicida el estado civil de soltero o divorciado, la viudedad, vivir solo, carecer de apoyo social, la pérdida de empleo, la pobreza, y el bajo nivel educativo (MSSSI, 2012).

Por su parte, las situaciones estresantes como pérdidas personales (divorcio, separación, muertes), pérdidas financieras (pérdidas de dinero o de trabajo), y problemas legales y acontecimientos negativos (conflictos y relaciones interpersonales), pueden ser desencadenantes de una conducta suicida en personas que presentan otros factores de riesgo (MSSSI, 2012).

Otro factor de riesgo lo constituye la exposición a casos de suicidio cercanos o a noticias o informaciones sobre suicidio en los medios de comunicación (efecto "contagio" o Werther) con determinadas características, que deben evitarse (OMS, 2000).

Este tipo de factores no son modificables desde el ámbito sanitario. Sin embargo, para el factor de efecto contagio puede producirse una colaboración entre las instituciones sanitarias y los medios de comunicación para evitar este efecto, o cuando menos reducirlo.

A continuación (tabla 3) se muestra una comparativa de los factores sociofamiliares y económicos entre Canarias y España, correspondientes a los años 2013 - 2015:

Tabla 3. Factores sociofamiliares y económicos. Comparativa entre España y Canarias

	España	Canarias
Paro (2015)¹	22,06%	29,11%
Número de personas con las que contaría en caso de necesidad; más de cinco (2014)²	38,35%	24,73%
Número de personas con las que contaría en caso de necesidad; ninguna (2014)²	1,01%	1,65%
Nivel de interés de otras personas por lo que le pasa; mucho (2014)²	84,67%	94,35%
Renta anual neta media por hogar (2013)³	26.154€	21.539€
Renta anual neta media por persona (2013)³	10.391€	8.302€
Gasto medio por persona (2014)³	10.759,37€	8.905,87€
Nivel de estudios; analfabetismo (2016)⁴	1,7%	1,9%
Nivel de estudios; estudios primarios incompletos (2016)⁴	6,3%	7,4%
Nivel de estudios; educación superior (2016)⁴	28,1%	24,2%
Tasa por 1.000 habitantes de nulidades, separaciones y divorcios (2015)⁵	2,2	2,4

Fuentes: 1. INE. España en cifras 2015. ISTAC. Canarias en cifras 2015. 2. Encuesta europea de salud en España. 3. Anuario estadístico España 2016. 4. INE. Encuesta de población activa 2016. Actividad, ocupación y paro. Resultados anuales. 5. INE. Nulidades, separaciones y divorcios. Tablas resumen.

A continuación (tabla 4) se presenta la serie temporal y comparativa entre Canarias y España de la tasa de nulidades, separaciones y divorcios.

Tabla 4. Tasa por 1.000 habitantes de nulidades, separaciones y divorcios. Serie temporal 2006-2015.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
España	3,26	3,04	2,58	2,27	2,35	2,34	2,37	2,15	2,28	2,18
Canarias	4,32	4,05	3,28	2,83	2,72	2,86	2,87	3,02	2,63	2,43

Fuente: INE. Nulidades, separaciones y divorcios.

Como se puede observar en las tablas 3 y 4, Canarias ha mostrado cifras peores respecto a España en cuanto a paro, aspectos económicos, nivel de estudios y nulidades, separaciones y divorcios. El nivel de apoyo social también fue peor en Canarias (si bien la impresión subjetiva del interés de otras personas por los problemas personales, fue mejor respecto al de España). Todos ellos se han señalado como factores de riesgo de la conducta suicida.

Bibliografía

Gabilondo A, Alonso J, Pinto-Meza A, Vilagut G, Fernández A, Serrano-Blanco A, et al. Prevalencia y factores de riesgo de las ideas, planes e intentos de suicidio en la población general española. Resultados del estudio ESEMeD. Med Clin (Barc). 2007; 129(13): 494-500.

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005;294(16):2064-74.

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2015. España en cifras 2015. Recuperado a partir de: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2015/files/assets/common/downloads/publication.pdf

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Encuesta de Salud Europea en España 2014: Recuperado a partir de: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014_datos.htm

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Nulidades, separaciones y divorcios. Tablas resumen. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=1622&capsel=1625>

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2016. Encuesta de población activa 2016. Actividad, ocupación y paro. Resultados anuales. Recuperado a partir de: <http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=811&capsel=817>

INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2016. Anuario Estadístico de España 2016. Recuperado a partir de: http://www.ine.es/prodyser/pubweb/anuarios_mnu.htm

ISTAC. Instituto Canario de Estadística [Internet]. 2015. Canarias en cifras 2015. Recuperado a partir de: <http://www.gobiernodecanarias.org/istac/jaxi-istac/menu.do?uripub=urn:uuid:301ccd99-ad78-42e0-81e8-9c61c16acbbb>

ISTAC. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. 2015. Encuesta de Salud de Canarias. Recuperado a partir de: http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/sociedad/salud/estadodesalud/C00035A.html

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: MSPSI; 2012.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2013. Recuperado a partir de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/3_Estadisticas_2013.pdf

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2015. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2015. Recuperado a partir de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS_2015.pdf

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2016. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Estadísticas 2016. Recuperado a partir de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_ESTADISTICAS_OEDT.pdf

OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2000. Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mental_health/media/media_spanish.pdf

OMS. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2014. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

Oyesanya M, López-Morinigo J, Dutta R. Systematic review of suicide in economic recession. World J. Psychiatry 2015; 5(2): 243-54.

Parmar D, Stavropoulou C, Ioannidis JP. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. BMJ. 2016;354:i4588.

SIAP-SCS. Sistema de Información de Atención Primaria. Servicio Canario de la Salud. 2016.

Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Lancet. 2016; 387(10024): 1227-39.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Reducir la tasa de suicidio, intentos de suicidio y autolesiones en Canarias, mediante mejoras en las actuaciones sobre la población y en la atención a los pacientes con riesgo suicida, en términos de prevención, detección precoz, intervención, seguimiento y coordinación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Disponer de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias, que contenga un análisis de la situación periódico sobre las conductas suicidas en Canarias y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

Actividades

- 1.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de prevención de la conducta suicida en Canarias.
- 1.2. Realización de informes detallados epidemiológicos sobre la conducta suicida en Canarias, con periodicidad anual.
- 1.3. Elaboración del Programa de prevención de la conducta suicida en Canarias.

Objetivo específico 2. Realizar acciones de carácter preventivo en la población sobre la conducta suicida.

Actividades

- 2.1. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública para las acciones dirigidas a la población para la reducción de la conducta suicida.
- 2.2. Realización de campañas de prevención de la conducta suicida, dirigidas a la población.
- 2.3. Realización de campañas sobre fortalecimiento de factores protectores, dirigidas a la población.
- 2.4. Realización de página web sobre conducta suicida, con información útil para la prevención del suicidio y recursos disponibles.
- 2.5. Reducción o restricción del acceso a los medios letales.
- 2.6. Coordinación y colaboración entre el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA y la DG de Salud Pública por una parte, y otros órganos autonómicos y otras administraciones públicas, por otra, para las acciones dirigidas a la población para la reducción de la conducta suicida.
- 2.7. Desarrollar actividades de formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en adolescentes y jóvenes.
- 2.8. Desarrollar actividades específicas para la atención a los familiares y allegados de personas que se han suicidado.

Objetivo específico 3. Formar y sensibilizar a colectivos profesionales claves no sanitarios.

Actividades

- 3.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación, centrados en las recomendaciones internacionales para el tratamiento de las noticias relacionadas con el suicidio en los medios de comunicación.
- 3.2. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares, docentes, educadores sociales, mediadores sociosanitarios (trabajadores sociales, educadores, animadores socio-culturales, etc.), técnicos del 112, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, cuerpo de bomberos y otras figuras significativas en el entorno de personas en riesgo.

Objetivo específico 4. Mejorar la formación de los profesionales sanitarios sobre la conducta suicida.

Actividades

- 4.1. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias.
- 4.2. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de Atención Primaria.
- 4.3. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales del 112 y Servicios de Urgencias hospitalarios.
- 4.4. Realización de actividades formativas dirigidas a farmacéuticos.

Objetivo específico 5. Mejorar la actuación clínica en situaciones específicas de riesgo y complejidad.

Actividades

- 5.1. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

Nota: El ámbito del protocolo no será global en cuanto a la evaluación e intervención, ya que la amplitud de las variables y factores implicados hace recomendable la evaluación y toma de decisiones de forma individualizada, cuyos marcos principales de referencia son el juicio clínico y las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica. Sin embargo, sí se incluirán aspectos específicos implicados en el proceso de atención y actuación en el paciente con riesgo suicida. Sin perjuicio de la inclusión de más aspectos que se consideren necesarios, se incluirán al menos los siguientes: cribado y clasificación inicial en el Servicio de Urgencias, medidas de seguridad (como el registro y retirada de objetos potencialmente dañinos) y las indicaciones de contención mecánica.

- 5.2. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente con riesgo suicida ingresado en Unidades de internamiento psiquiátrico.
- 5.3. Elaboración de un protocolo único de actuación en el paciente menor de edad con riesgo suicida.
- 5.4. Creación de una "línea de crisis" para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio.
- 5.5. Planificación y estudio de viabilidad de una Unidad de Internamiento Ultrabreve por provincia para pacientes con riesgo suicida considerable e incierto. Debe incluir un estudio funcional, desarrollo de plan funcional y criterios de derivación e ingreso.

Objetivo específico 6. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional relativa a los pacientes con riesgo suicida o conductas suicidas.

Actividades

- 6.1. Elaboración de un protocolo único de coordinación intrainstitucional para el paciente con riesgo suicida o conducta suicida.
- 6.2. Elaboración de un protocolo único de coordinación interinstitucional sobre la actuación en el paciente con riesgo suicida o conducta suicida, en el que participen los profesionales sanitarios (Atención Primaria, Salud Mental, Drogodependencias, 112, servicios de urgencias hospitalarios) y profesionales clave no sanitarios (fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, ámbito de justicia y ámbito de menores).

LÍNEA ESTRATÉGICA 3: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

3.1. PERSPECTIVA TRANSVERSAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

La atención a la salud mental debe basarse en el Modelo Comunitario. Lo comunitario es la antítesis de los espacios cerrados socialmente (modelo institucional) y fomenta el trabajo en contextos basados en los vínculos sociales. Propone un modelo para abordar integralmente las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Se basa en la continuidad de cuidados y en la coordinación.

La sectorización territorial provee el marco estructural y organizativo del Modelo Comunitario y constituye la base para el establecimiento de una coordinación eficaz. Supone la existencia de tres elementos: un área de cobertura delimitada geográficamente, una sola dirección-gerencia que coordine la red de recursos sociosanitarios y la existencia de una red de servicios suficiente para dar respuesta a todas las necesidades en materia de salud mental de toda la población residente en el área.

Esta red de servicios, basada en acuerdos de funcionamiento integrado entre los servicios de salud mental, la atención primaria y los servicios sociales y empleo, es otra de las bases para una coordinación efectiva, donde se tenga en cuenta a todos los agentes implicados en la atención a la salud mental. Requiere un contacto fluido entre los integrantes de la red, compartir valores, objetivos y estrategias, una asignación clara de responsabilidades y de competencias y un lenguaje común.

Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del Modelo Comunitario de atención a la salud mental. El equipo integra, al menos, a psiquiatras, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería y trabajo social, que, junto con otros profesionales de salud mental y el necesario apoyo administrativo y logístico, constituyen el equipo básico.

Asimismo, deben existir equipos especializados dedicados a la salud mental de colectivos concretos, como los equipos de atención a la salud mental infanto-juvenil, de atención a las personas con trastorno de personalidad, a las personas mayores, de las personas con problemas asociados al consumo de sustancias y otras adicciones, o también con funciones comunitarias específicas, tales como la rehabilitación o el tratamiento asertivo comunitario.

Una red comunitaria debe proporcionar un conjunto de prestaciones que integre aspectos de tratamiento biológico y psicosocial, de rehabilitación, de cuidados y apoyo en colaboración con otras instituciones sanitarias y no sanitarias.

Para garantizar un sistema sociosanitario de calidad es preciso que exista un desarrollo óptimo en la cartera de servicios de los equipos de atención primaria, de los equipos de salud mental, así como de los recursos de atención social y de empleo. Además, se requiere la definición de procesos de trabajo conjunto entre los profesionales de todos los niveles asistenciales.

Las prestaciones de esta cartera deberían responder a estas necesidades:

- Detección e intervención precoces.
- Provisión del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado.
- Actuación sobre los aspectos psicológicos y sociales que influyen sobre el curso evolutivo.

- Funcionamiento asertivo y proactivo en busca de la necesidad, no mera atención a la demanda.
- Atención disponible en los lugares y horarios más convenientes.
- Intervenciones psicoeducativas con las familias.
- Disponibilidad de las plazas necesarias.
- Provisión de recursos de rehabilitación.
- Provisión de cuidados, acompañamiento y apoyo en el entorno comunitario, para la recuperación del proyecto de vida.

La red de atención comunitaria se desarrolló inicialmente para atender a los pacientes con trastornos mentales graves, es decir, trastornos discapacitantes de larga evolución que requieren atención multidisciplinar. Este debe seguir siendo el objetivo fundamental de la Red de Salud Mental. Sin embargo, con el paso del tiempo, la demanda de atención a los trastornos mentales comunes ha ido creciendo y desbordando la capacidad de respuesta de los equipos. En los países con sistema nacional de salud, la mayor parte de estos problemas se atienden y se resuelven en el nivel de atención primaria. Este debe ser también el objetivo en nuestra comunidad autónoma.

En el momento actual el enfoque en salud mental debe y puede cambiar dejando atrás el modelo más asistencialista y/o paternalista, tanto desde la perspectiva de atención sanitaria, como la social y laboral, y que se centre en la recuperación de la persona. Además, las personas con trastorno mental deben tener participación en su propio proceso de recuperación terapéutico.

2. Matriz DAFO

2.1. Análisis interno: debilidades

- Déficit de programas en promoción y prevención en Salud Mental.
- Déficit en programas de atención comunitaria: intervención en crisis, atención domiciliaria y de grupos de riesgo.
- Baja morbilidad atendida respecto a la morbilidad real.
- Deficiente organización y coordinación de la Red de Salud Mental, con propuestas de solución individualizadas.
- Áreas geográficas de trabajo dispersas y aún con necesidades de recursos.
- Marcada heterogeneidad en los objetivos, funcionamiento y resultados entre los diferentes centros de la Red de Salud Mental y elevada variabilidad en la práctica clínica, por la carencia de cultura de calidad y evaluación.
- Insuficiente desarrollo y utilización de guías de práctica clínica, así como ausencia de protocolos de atención por procesos.
- Problemas de integración interna en equipos, carencia de identidad, trabajo en equipo mejorable.
- Unidades multiprofesionales aún incompletas.
- Sistemas de información con margen de mejora y ampliación.
- Inadecuada y/o insuficiente coordinación de los servicios sanitarios con los recursos sociales y laborales.
- Carencia de información sobre la situación de las listas de espera para los diferentes

recursos de atención social y laboral, necesidad de una lista de espera unificada y accesible que permita que las personas puedan conocer el estado de su solicitud con transparencia.

- Sistema de acceso a los recursos, no unificado, con criterios de derivación y acceso a los recursos sociales basado en la discapacidad y/o dependencia y no en las necesidades y capacidades de la persona y su situación individual.
- Enfoque asistencialista en la atención en la red de recursos sociales, así como enfoque conservador y proteccionista en la red de recursos orientados al empleo.
- Desconocimiento de la red de recursos sociolaborales por parte de los equipos sanitarios y desconocimiento del funcionamiento de la red sanitaria de salud mental por parte de los equipos sociolaborales.
- Déficit de investigación clínica y epidemiológica.
- Escasa financiación de la Salud Mental respecto a los países de nuestro entorno, con dotación mejorable en recursos de infraestructuras, materiales y recursos humanos en la red sanitaria de salud mental y en la red de atención social y laboral.

2.2. Análisis interno: fortalezas

- Buena disposición por parte de los recursos humanos.
- Importante posibilidad de mejora y cambio (percibida por los equipos).
- Red de Atención Primaria bien desarrollada.
- Trabajo con Historia Clínica Informatizada.
- Atención sectorizada geográficamente.
- Equipos multidisciplinares.
- Conciencia de pertenencia de profesionales a la organización.
- Implicación por parte del movimiento asociativo en la mejora de la red de recursos de atención a la salud mental.
- Profesionalización de los recursos humanos de la red de atención sociolaboral.

2.3. Análisis del entorno: amenazas

- Estigma del trastorno mental.
- Aumento de la demanda del Trastorno Mental Común en detrimento del Trastorno Mental Grave.
- Envejecimiento de la población.
- Entorno social competitivo y consumista como factor de riesgo.
- Cambios sociales en el núcleo familiar.
- Cultura de la medicalización: "malestar tratable" y excesivo gasto farmacéutico en relación con la escasa inversión psicoterapéutica y para el desarrollo de la red de recursos de atención sociolaboral.
- Escasez de profesionales especializados en el mercado.
- Desajuste entre lo planificado y lo financiado.
- Priorización insuficiente de la salud mental en la agenda política.

- Escasos recursos para la integración laboral.
- Escaso nivel de desarrollo socioeconómico y sanitario de Canarias.
- Insuficiente colaboración del sistema sanitario para cooperar a través de redes y protocolos de trabajo conjunto.
- Puesta en marcha de planes y estrategias a nivel regional, insular y municipal que podrían generar duplicidad de líneas de trabajo.
- Inadecuado seguimiento de la iniciativa privada.

2.4. Análisis del entorno: oportunidades

- Inicio de la recuperación económica.
- Iniciativa por parte del Servicio Canario de la Salud para la elaboración del Plan de Salud Mental de Canarias.
- Sensibilidad social y política creciente hacia la Salud Mental.
- Coordinación de diversos departamentos del Gobierno de Canarias.
- Red amplia de recursos sociales y laborales.
- Papel del movimiento asociativo en primera persona como asesores y garantes de sus derechos y de otros grupos de interés en salud mental.
- Papel de los medios de comunicación en ciertos temas de salud mental.
- Posibilidad de contar con nuevos recursos de inserción sociolaboral.
- Enfoque y desarrollo de acciones dentro del Sistema Público de Servicios Sociales (SPSS).
- Nuevos enfoques de atención a la salud mental en los que se favorece la participación de las personas afectadas y prima el refuerzo de la red social de la persona con trastorno mental grave.
- Posibilidad de tomar otros modelos, experiencias y buenas prácticas en la atención a la salud mental.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Atender de forma integral a las personas con trastorno mental, mediante una atención caracterizada por su equidad, accesibilidad, calidad, continuidad, efectividad y eficiencia, que contemple asimismo la diversidad y los requerimientos específicos de cada persona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Establecer un modelo de atención de calidad en el cual las personas con trastorno mental sean el eje central, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, en un contexto de toma de decisiones compartida.

Actividades

- 1.1. Promover la adscripción en la práctica clínica, a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) sobre trastornos mentales, mediante actividades de promoción y formación.
- 1.2. Favorecer la implicación de la persona con trastorno mental en el tratamiento, realizando actividades de sensibilización y formación a los profesionales sanitarios acerca de la toma de decisiones compartida.

Objetivo específico 2. Mejora de la detección y abordaje de los trastornos mentales en Atención Primaria.

Actividades

- 2.1. Desarrollar un programa de colaboración entre equipos de Atención Primaria y Salud Mental. Esta colaboración se establecerá preferentemente a través de modelos de atención compartida y a través del desarrollo de estrategias de enlace. Es necesario:
 - La figura del coordinador de cada USMC como figura de enlace para facilitar la comunicación entre ambos equipos.
 - Colaboración entre Salud Mental y Atención Primaria para el establecimiento y acuerdo de documentos de referencia, que contengan los principios básicos del abordaje de los trastornos mentales en Atención Primaria.
 - Diseñar estrategias efectivas de comunicación y cooperación entre los profesionales de Atención Primaria y Salud Mental mediante medios tradicionales (informes escritos, vía telefónica, reuniones) y los basados en las nuevas tecnologías (interconsulta virtual, videoconferencia y páginas web), favoreciendo el establecimiento de la Interconsulta asistencial docente y las sesiones clínicas para la derivación de casos.

Objetivo específico 3. Mejora de la prescripción de psicofármacos, de tal forma que esté acorde a las recomendaciones nacionales e internacionales, y control del gasto por psicofármacos.

Actividades

- 3.1. Desarrollar estrategias y actividades para aumentar la calidad, efectividad, seguridad y disminuir la variabilidad de los tratamientos farmacológicos, de forma que se sigan los criterios del uso racional del medicamento.
- 3.2. Realizar cursos de formación sobre uso racional de psicofármacos en Atención Primaria.

3.3. Realización de actividades de formación para un uso racional de los fármacos a los profesionales de la psiquiatría.

3.4. Realización de campañas de sensibilización para un uso racional de los fármacos dirigidas a las personas con trastorno mental y/o población general.

Objetivo específico 4. Mejorar la atención en las USMC.

Actividades

4.1. Valoración de las derivaciones de Atención Primaria mediante un procedimiento estandarizado, con asignación de profesional o profesionales responsables.

4.2. Implementar un sistema de recordatorio de consultas, común para Canarias, para disminuir el absentismo a las consultas de las USMC.

4.3. Implementar un conjunto de medidas dirigidas a la reducción de la inasistencia y los abandonos en pacientes con TMG, y a las intervenciones necesarias en caso de producirse.

4.4. Dotar de recursos materiales e informáticos necesarios para el correcto funcionamiento de la USMC.

4.5. Dotar a las USMC de un número de profesionales adecuado a la población de referencia.

4.6. Mejorar la atención a los familiares de pacientes con trastornos mentales graves para mejorar su capacidad de contribuir a su atención, facilitando asimismo, la colaboración de sus cuidadores informales cuando los hubiere. Promover la participación de los familiares en el proceso de recuperación de la persona.

Objetivo específico 5. Realizar una atención a las urgencias psiquiátricas en Canarias que cumpla con estándares de seguridad y calidad, tanto por funcionamiento como por recursos estructurales y materiales.

Actividades

5.1. Realización de análisis de la situación específico sobre las urgencias psiquiátricas en Canarias, que refleje la situación actual y las posibles deficiencias respecto a los estándares recomendados en el Plan de Urgencias Sanitarias de Canarias y en documentos del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, sobre esta área.

5.2. Puesta en marcha de acciones necesarias para la mejora de los recursos estructurales, dotación material y de personal, de los Servicios de Urgencias de Canarias, en lo concerniente a la salud mental, que se hayan detectado como insuficientes o mejorables.

5.3. Creación (en las infraestructuras hospitalarias existentes o en los Servicios de Urgencias de nueva creación) de circuitos diferenciados para pacientes con trastorno mental, atendiendo a sus características como pacientes especialmente vulnerables. Estos circuitos deberán disponer al menos de:

- Área de entrevista que garantice el derecho a la intimidad y privacidad del paciente, en condiciones no perturbadoras ni que puedan ser percibidas como amenazantes.
 - Área de Observación específica, emplazada e integrada dentro del propio Servicio de Urgencias, pero que reúna las características necesarias para garantizar la protección psicofísica de estos pacientes.
 - Box específico de contención mecánica: aislado del resto de pacientes, con medios y estructura que permitan la observación.
-

5.4. Dotar a los Servicios de Urgencias hospitalarios de medidas de seguridad, tanto para los profesionales sanitarios como para los propios pacientes.

5.5. Atención a las personas con trastornos mentales por parte de personal de enfermería específico con experiencia y/o formación en el campo de la salud mental; preferentemente especialistas en salud mental.

5.6. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación en situaciones de agitación psicomotriz.

Observaciones:

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.
 - La contención física y las medidas tipo protocolo que en torno a esta se determinen, se incluyen en el concepto más amplio de la actuación ante el paciente con agitación psicomotriz.
-

5.7. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación en situaciones de involuntariedad.

Observaciones:

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.
 - Se incluirán en este documento las medidas ante los abandonos del servicio y la actuación ante estas, en virtud de los aspectos clínicos y legales que conciernan.
-

5.8. Realización de un protocolo único en Canarias sobre la actuación ante el paciente con riesgo suicida en los Servicios de Urgencias hospitalarios.

Observaciones:

- La realización de un protocolo único no es per se excluyente de las posibles especificidades de los diferentes hospitales, las cuales se podrían contemplar en este documento.

Objetivo específico 6. Mejorar la gestión de los dispositivos y los procesos relacionados directamente con la atención a los pacientes con trastorno mental.

Actividades

6.1. Definir procedimientos y mapas de procesos para los principales trastornos tratados en la Red de Salud Mental.

6.2. Realizar actividades formativas dirigidas a profesionales de la Red de Salud Mental sobre la Gestión por Procesos.

6.3. Elaborar y/o actualizar planes funcionales en cada uno de los dispositivos de la Red de Salud Mental.

Objetivo específico 7. Promover e integrar las figuras del “paciente experto” y “familiar experto” en la Red de Salud Mental de Canarias.

Actividades

7.1. Conformación de grupo de trabajo para el establecimiento de un modelo de referencia sobre el “paciente experto” y “familiar experto” en la Red de Salud Mental de Canarias.

Nota: El grupo de trabajo contará, de forma indispensable, con la representación de pacientes y familiares a través de Asociaciones.

7.2. Puesta en marcha de actividades de divulgación sobre “paciente experto” y “familiar experto”, con carácter autonómico.

7.3. Puesta en marcha de actividades de formación de pacientes y profesionales sobre “paciente experto” y “familiar experto”, con carácter autonómico.

3.2. TRASTORNO MENTAL GRAVE

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Contexto

La atención a las personas con enfermedad grave es y debe ser una prioridad de todos los sistemas sanitarios públicos, incluyendo los Servicios de Salud Mental. En las últimas décadas hemos asistido a una evolución de los sistemas sanitarios en España y en el conjunto de países del entorno, fruto de una profunda reflexión en la búsqueda de estrategias para mantener y mejorar la efectividad de dichos sistemas. Debemos además asegurar la eficiencia del sistema, de modo que se garantice la sostenibilidad de la Sanidad Pública en España. Todo ello debe hacerse respetando principios básicos de nuestro sistema sanitario como el derecho a la salud, el principio de universalidad, la equidad de las prestaciones sanitarias y, más recientemente, también de las prestaciones sociales, desde la promulgación de la conocida como Ley de Dependencia.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSPSI, 2011) ha sido un marco de referencia para la planificación de la Salud Mental en las Comunidades Autónomas, incluida Canarias. El Plan de Salud de Canarias 2016-2017, recoge en sus líneas estratégicas el apartado específico II.3 para Salud Mental, siendo una de sus prioridades, la II.3.1, la Atención a las personas con TMG.

Según los datos de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (MSC, 2007), entre el 2,5% y el 3% de la población adulta a nivel mundial tiene un Trastorno Mental Grave. Esto supone más de un millón de personas en España. Para Canarias, el 2,5% de 1.742.605 habitantes según datos de 2016 (ISTAC, 2016), equivale a 43.565 personas.

2. Definición de Trastorno Mental Grave

Cualquier definición debe contemplar actualmente tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad, es decir, una evolución mayor a dos años) y nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

En este documento, tomaremos la definición del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 1987), que define el Trastorno Mental Grave (TMG) como “un grupo de personas heterogéneas, 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 sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”.

Para resultar operativa, esta definición debe concretarse en una serie de categorías diagnósticas, criterios temporales, naturaleza de los síntomas, alteración del comportamiento y afectación de la funcionalidad. La concreción que se muestra a continuación es la recomendada previamente (MSPS, 2009). Así, incluiremos en este conjunto todos los trastornos psicóticos, salvo los orgánicos. Todas las categorías diagnósticas incluidas en TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio; no sólo por la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también por un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad. En cuanto a la duración, se ha utilizado como criterio para establecer el TMG una evolución del trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación) aunque remitan los síntomas. El criterio de duración del trastorno

intenta centrarse en el grupo de personas que presentan trastornos de duración prolongada y descartar los casos que, aunque puedan presentar síntomas o diagnósticos de gravedad, aún tienen un tiempo corto de evolución y por tanto un pronóstico todavía no muy claro. Se incluirá a las personas que cumplen los criterios diagnósticos de por lo menos una de las siguientes categorías diagnósticas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992):

- Trastornos esquizofrénicos (F20.x).
- Trastorno esquizotípico (F21).
- Trastornos delirantes persistentes (F22).
- Trastornos delirantes inducidos (F24).
- Trastornos esquizoafectivos (F25).
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28 y F29).
- Trastorno bipolar (F31.x).
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3).
- Trastornos depresivos graves recurrentes (F33.2 y F33.3.).
- Trastorno de personalidad (F.60.0. paranoide, F60.1. esquizoide, F60.3. límite) grave.
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42) grave.

Respecto a la relación de diagnósticos propuesta previamente (MSPS, 2009), es similar, si bien contiene dos diferencias. Se ha incluido aquí la categoría de los Trastornos de personalidad graves para los subtipos paranoide, esquizoide y límite. Por su parte, se ha circunscrito la categoría Trastorno Obsesivo Compulsivo únicamente al grave.

3. Morbilidad asistida y actividad asistencial

El hecho de que el TMG constituya un conjunto heterogéneo que engloba a diversos subgrupos diagnósticos dentro de las categorías principales de codificación de la CIE-10, y que implica diversas características clínicas, dificulta la obtención de los datos y su interpretación.

Según datos del RECAP referidos a Canarias durante el año 2016, en las consultas realizadas por Psiquiatría el grupo diagnóstico que se atendió más frecuentemente fue el F3, con 28.640 consultas; y en segundo lugar el F2, con 26.540 consultas. En las consultas de Psicología el grupo diagnóstico con más consultas fue el F4, con 34.209 consultas, seguido del F3, con 13.769 consultas; el grupo F2 ocupa el quinto lugar, con 3.131 consultas. En las consultas de Enfermería el grupo diagnóstico mayoritario fue el F2 con 53.146 consultas, seguido del F3, con 10.550 consultas. A la vista de estos datos, puede concluirse que los profesionales que dedican más tiempo a las personas con TMG son los enfermeros. Los psiquiatras comparten mayormente su tiempo en TMG y trastornos depresivos. Por último, los psicólogos son los profesionales que menos atienden a las personas con TMG.

El grupo diagnóstico con mayor número de pacientes que asistieron a consultas en Salud Mental durante 2016 fue el F4 (16.760 pacientes), seguido del F3 (11.820 pacientes) y el F2 (8.393 pacientes). En el 2015, el número de pacientes con diagnóstico registrado de esquizofrenia atendidos en Atención Primaria en Canarias fue de 11.585, con lo cual podríamos concluir que hay un grupo importante de pacientes con TMG que no están recibiendo atención especializada, al menos en el circuito público. Además, existen pacientes no atendidos y aún no diagnosticados, atendidos y

no diagnosticados, diagnosticados pero sin un registro adecuado (si bien en número reducido, al existir índices de calidad del registro en el RECAP), o diagnosticados pero sin atención sanitaria del Servicio Canario de la Salud y atendidos desde sus correspondientes mutualidades. Por lo tanto, estamos ante una población difícil de delimitar, no solo por la heterogeneidad diagnóstica y criterios clínicos que difícilmente pueden registrarse, sino por las múltiples situaciones en las que pueden encontrarse.

El número medio de consultas en Psiquiatría a lo largo del año 2016 en Canarias por diagnóstico fue de 3,42 para F2 y 2,90 para F3. Por su parte, el número medio de consultas de Psicología en los pacientes de F2 fue de 4,24 consultas, y en el grupo de F3, de 3,61 consultas. Por último, enfermería atiende a los pacientes de F2 con una media de 10,75 consultas, y a los pacientes de F3 con una media de 5,47 consultas. Teniendo en consideración que los estándares de calidad establecidos en nuestra Comunidad Autónoma para la atención a las personas con diagnóstico F2 son de al menos 4 consultas al año para Psiquiatría y 12 para Enfermería, puede apreciarse que en conjunto, no se alcanzan estos estándares.

4. Enfoque

La red de atención comunitaria proporciona un abanico de prestaciones, que deben integrar todas las áreas de intervención que cada persona con TMG puede requerir de manera específica: tratamientos biológicos, psicológicos, rehabilitación psicosocial, cuidados y apoyo. Asimismo, tendrá que haber colaboración con otros recursos sanitarios y no sanitarios. La atención se prestará a una población concreta, sectorizada.

Del tipo de atención que reciban las personas con TMG dependerá en buena parte su evolución y pronóstico a medio y largo plazo, tanto en términos clínicos como de calidad de vida y protección de sus derechos. Las personas con TMG requieren abordajes complejos y de evolución prolongada en el tiempo, que incluyan: atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación; intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia; atención intersectorial: social, laboral, educativa y judicial.

Las diferentes prestaciones se proporcionan desde distintos dispositivos que han de funcionar en red, coordinados por el equipo responsable del área sanitaria, y por ello debe optimizarse la coordinación entre los dispositivos que actúen sobre un mismo paciente.

Teniendo en cuenta el nivel de desarrollo que tenemos en Canarias de todos los aspectos anteriormente citados, proponemos una serie de necesidades de crecimiento, líneas de trabajo y mejoras organizativas en la atención de las personas con TMG y de sus familias.

Bibliografía

CIE 10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS; 1992.

National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.

MSPS. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno

Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL 1

Garantizar un modelo de atención comunitaria para las personas con Trastorno Mental Grave (TMG), que contemple la detección precoz, continuidad asistencial, rehabilitación psicosocial, y que se caracterice por su calidad, equidad y accesibilidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1.1. Disponer de un programa de prevención y atención a las personas con TMG, que contenga un análisis de la situación periódico y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

Actividades

1.1.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo para el desarrollo del Programa de prevención y atención a las personas con TMG.

Nota: El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará al menos con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

Objetivo específico 1.2. Garantizar que la atención a la persona con TMG sea continuada, integral y multidisciplinar, evitando la variabilidad en los circuitos y prácticas clínicas.

Actividades

1.2.1. Elaborar e implantar un modelo organizativo de mapas de gestión por procesos, denominado "Proceso Asistencial del Trastorno Mental Grave" (PATMG).

El PATMG tendrá las siguientes características:

- Describirá el circuito de atención a través de los dispositivos de Salud Mental, una vez hecho el diagnóstico de sospecha de TMG.
- Incluirá la atención multidisciplinar (psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, auxiliar de enfermería, terapia ocupacional), la promoción de citas de distintos profesionales en un mismo día (para evitar inasistencias), al mismo tiempo que se evitará que haya solapamiento en las intervenciones de distintos profesionales. Se harán recomendaciones respecto a la periodicidad de dichas intervenciones.
- Incluirá la elaboración de un Plan Individualizado de Tratamiento (PIT), revisable periódicamente, adaptado a las necesidades de la persona con TMG en cada momento, y compartido por todos los dispositivos de la Red implicados en el proceso de tratamiento y recuperación.
- Incluirá la priorización en las consultas de los pacientes con TMG, en la forma y métodos específicos que se estimen convenientes.
- Cada paciente tendrá un profesional de referencia o responsable.

1.2.2. Creación de hospitales de día para adultos.

1.2.3. Establecer un censo en Canarias, actualizado periódicamente, de la población con TMG, obtenido a partir de datos del RECAP.

Objetivo específico 1.3. Reducir el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico del TMG.

Actividades

1.3.1. Elaboración de un subprograma para la detección e intervención precoz en el TMG en psicosis incipiente y primeros episodios.

Notas: Este incluirá al menos los primeros episodios, psicosis incipientes y población de riesgo. Estará basado en los hallazgos científicos disponibles y tendrá una orientación basada en la continuidad intensiva durante el periodo crítico de los primeros 5 años, transversalidad y búsqueda de la remisión y la recuperación. El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria, Dirección General de Salud Pública y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

1.3.2. Desarrollar las acciones contempladas en el subprograma, con un alcance autonómico.

Objetivo específico 1.4. Disponer de un análisis periódico sobre las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG en Canarias, y mejorar su accesibilidad a los recursos sociosanitarios.

Actividades

1.4.1. Actualización y cumplimentación de la ficha de necesidades de las personas con TMG.

1.4.2. Realización de un análisis detallado por áreas de salud, de las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con TMG en Canarias.

1.4.3. Analizar la accesibilidad de las personas con TMG a plazas de rehabilitación psicosocial y plazas sociosanitarias, para el desarrollo de acciones de mejora oportunas.

Objetivo específico 1.5. Mejorar la adherencia terapéutica, la continuidad asistencial y de cuidados.

Actividades

1.5.1. Elaboración de un subprograma para la mejora de la adherencia terapéutica, continuidad asistencial y de cuidados.

Notas: Estará basado en los hallazgos científicos disponibles. El grupo de trabajo para su elaboración será multidisciplinar y contará con profesionales de la Red de Salud Mental, Atención Primaria y la Dirección General de Programas Asistenciales, y estará coordinado por esta última.

1.5.2. Desarrollar las acciones contempladas en el subprograma, con un alcance autonómico.

Objetivo específico 1.6. Adaptar la atención que se presta a las personas con TMG que pertenecen a determinados colectivos de riesgo y contemplar las necesidades diferenciales según la perspectiva de género y las diferentes etapas de la vida.

Actividades

1.6.1. Se desarrollarán y aplicarán programas de intervención específicos para:

- TMG en población inmigrante.
- TMG en personas en situación o riesgo de exclusión social.
- TMG en primeros episodios psicóticos.

- TMG refractario.
- TMG y discapacidad intelectual.

Nota: Las planificaciones correspondientes al TMG en población geriátrica, población infantojuvenil y en la mujer están descritas en sus líneas estratégicas correspondientes.

Objetivo específico 1.7. Reforzar y fomentar las actividades de formación continuada y de investigación sobre TMG.

Actividades

- 1.7.1. Incluir, en el Programa de Formación en Salud Mental, una sección específica dedicada a la formación en TMG.
- 1.7.2. Garantizar que en los seminarios y sesiones propios de cada dispositivo de Salud Mental se incluya el TMG.
- 1.7.3. Garantizar la organización de actividades de formación en TMG con una periodicidad fija, cuyo sustento principal sean los hallazgos científicos sobre efectividad de los modelos de atención o de sus elementos constituyentes.
- 1.7.4. Crear un grupo de investigación centrado en el TMG.

OBJETIVO GENERAL 2

Establecer un modelo de atención en el cual las personas con TMG y sus familiares sean el eje central, en un contexto de respeto a la autonomía y de toma de decisiones compartida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 2.1. Mejorar la satisfacción de las personas con TMG y sus familias, mediante el uso de buenas prácticas, el respeto de su autonomía, derechos, dignidad, y la promoción del empoderamiento.

Actividades

- 2.1.1. Elaborar un documento de acogida para los diferentes dispositivos, que deberá incluir una breve información (preferentemente en material divulgativo tipo folleto) sobre los aspectos funcionales del recurso de Salud Mental al que llegue la persona con TMG, y/o su familia.
- 2.1.2. Dar visibilidad y dar a conocer la Carta de Derechos y Deberes de los usuarios, así como facilitar y orientar en el procedimiento de quejas y reclamaciones.
- 2.1.3. Adscripción a las buenas prácticas desarrolladas en el contexto español y que han demostrado su eficacia y efectividad, aludidas en la Estrategia Nacional, respetando los aspectos éticos y legales de la práctica asistencial en los procedimientos aplicados de forma involuntaria a las personas con TMG.
- 2.1.4. Integrar la figura del “paciente experto” en el modelo asistencial.
- 2.1.5. Actividades formativas dirigidas a los profesionales sanitarios para minimizar el uso de medidas restrictivas en los internamientos.

Nota: Entre otros aspectos, se incluirán las técnicas de desescalada verbal, técnicas de comunicación, aspectos éticos de la práctica clínica y contención farmacológica.

2.1.6. Actividades formativas sobre medidas alternativas a la contención, dirigidos a profesionales sanitarios de otros dispositivos y Servicios médicos externos a Salud Mental.

2.1.7. Actividades formativas que promuevan una filosofía de trabajo basada en el respeto a la autonomía, el empoderamiento y el modelo de toma de decisiones compartidas.

2.1.8. Disponer de cuestionarios de satisfacción dirigidos a pacientes y familiares, para los diferentes dispositivos de la Red, que puedan ser aplicados de forma homogénea en toda la Comunidad.

Objetivo específico 2.2. Implementación en Canarias de Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y/o Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.

2.2.1. Creación de grupo de trabajo para el estudio de la implementación en Canarias de Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y/o Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.

2.2.2. Estudio de las necesidades de elaboración normativa (creación o adaptación) para su implementación.

2.2.3. Establecer un protocolo único de actuación sobre la planificación anticipada de decisiones.

2.2.4. Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales de la Red de Salud Mental sobre las Manifestaciones anticipadas de voluntad en Salud Mental y la Planificación anticipada de decisiones en Salud Mental.

2.2.5. Realizar acciones de divulgación a los usuarios, de carácter autonómico.

Objetivo específico 2.3. Potenciar la atención a familias de personas con TMG.

Actividades

2.3.1. Actividades de intervención familiar y/o psicoeducativas para mejorar la capacidad de afrontar las crisis y prevenir las recaídas.

2.3.2. Actividades de formación dirigidas a profesionales, sobre la intervención familiar y/o psicoeducación.

3.3. TRASTORNO MENTAL COMÚN

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Los trastornos mentales constituyen cinco de las diez principales causas de morbilidad y discapacidad en el mundo. Entre estos, los llamados Trastornos Mentales Comunes (TMC), principalmente ansiedad y depresión, son extremadamente prevalentes en adultos. Según un reciente meta-análisis, aproximadamente una de cada cinco personas experimentó un trastorno mental común en un período de 12 meses, según 155 encuestas de población general realizadas en 59 países. La prevalencia vital agregada del trastorno mental común se estimó en un 29,2%, a partir de los datos de 85 encuestas realizadas en 39 países (Steel et al., 2014).

Es sabido que muchos trastornos psiquiátricos graves no alcanzan el nivel especializado de atención y, sin embargo, un buen número de trastornos de intensidad menor ocupan gran parte del trabajo de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la Salud Mental en todo el mundo (Retolaza, 2012). Es importante señalar cómo, al mismo tiempo que se produce una queja desde los dispositivos de Salud Mental sobre la importante demanda de atención por parte del Trastorno Mental Común, se producen menos altas de las esperables en esta población. Dada la gran cantidad de personas y los muy diferentes niveles de trastorno (incluida la ausencia del mismo) que demandan atención en un servicio público de salud, debemos de tratar de organizar la asistencia de una manera que responda a criterios de proporción y buena práctica clínica. En este aspecto, la participación de Atención Primaria es fundamental, ya que es la puerta de entrada al sistema sanitario, garantiza la continuidad de cuidados e integra la asistencia. Estas características hacen que en muchos pacientes con TMC esté más indicado el tratamiento desde Atención Primaria que en la Red de Salud Mental, siendo el papel de los profesionales de Salud Mental las tareas de supervisión y apoyo a estos profesionales.

En la actualidad, no disponemos en nuestro medio de un modelo de trabajo con criterios claros de actuación en los distintos niveles de atención sanitaria basados en la efectividad, eficiencia y equidad, y que tenga la flexibilidad necesaria para adaptarse a los requerimientos del paciente. Para esto es imprescindible la colaboración entre profesionales y niveles asistenciales (Retolaza, 2012).

El abordaje de los TMC es complejo e implica coordinación e interacción entre profesionales. Por lo tanto, es necesario establecer estrategias de mejora en la colaboración entre profesionales y niveles de atención que se adecuen a las características y necesidades de cada uno de ellos, tanto en lo que se refiere a la organización sanitaria como a los aspectos culturales y sociales.

Bibliografía

Retolaza A. La atención al trastorno mental común. Modelos de trabajo y Sistemas de Atención. En: Desviat M, Moreno A (Eds.) Acciones de salud mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 556-567.

Retolaza A. La toma a cargo del paciente en atención primaria y salud mental: ¿coordinación o integración? En: Desviat M, Moreno A (Eds.) Acciones de salud mental en la comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 378-387.

Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014; 43(2): 476-93.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el abordaje del Trastorno Mental Común en Atención Primaria y Salud Mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Mejora en el uso de tratamientos con eficacia terapéutica y acordes a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica.

Actividades

- 1.1. Desarrollar un programa de actuación para el tratamiento del TMC en las USM, que priorice los abordajes terapéuticos breves, con el objetivo de evitar la iatrogenia y psiquiatrización de los pacientes y que tome como referencia los aspectos contenidos en esta línea estratégica.
- 1.2. Difusión e implementación de una Guía para el diagnóstico y tratamiento de los TMC en Atención Primaria.
- 1.3. Mejorar el uso racional de psicofármacos, adecuando la prescripción a las indicaciones clínicas establecidas.
- 1.4. Dotar a los profesionales de Atención Primaria de habilidades específicas para el manejo del malestar subjetivo del paciente, así como de formación sobre intervención psicoterapéutica en TMC, sea terapia única o combinada con fármacos.

Objetivo específico 2. Mejorar la formación de los profesionales de AP y SM sobre el Trastorno Mental Común.

Actividades

- 2.1. Realizar cursos de formación sobre Trastorno Mental Común para profesionales de Atención Primaria.
- 2.2. Realizar cursos de formación sobre Trastorno Mental Común para profesionales de Salud Mental.
- 2.3. Realizar formación en TMC cuyos contenidos prioritarios sean el diagnóstico y utilidad de instrumentos de evaluación, el uso adecuado de los tratamientos psicofarmacológicos, las técnicas de psicoterapia adaptadas para AP, y los abordajes terapéuticos breves en SM.
- 2.4. Mejorar la formación de los profesionales de AP sobre el TMC mediante las sesiones clínicas.

Objetivo específico 3. Mejorar la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental.

Actividades

- 3.1. Establecer un calendario permanente de reuniones y/o consultorías entre Atención Primaria y Salud Mental, que permita la comunicación continuada entre los profesionales de ambas redes.
- 3.2. Mejorar la coordinación entre los profesionales de AP con las USM, mediante el aprovechamiento de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).

3.3. Dar respuesta adecuada a todas las derivaciones de AP.

Nota: Sería recomendable establecer un cuestionario estructurado breve y homogéneo para todos los centros de la Comunidad sobre el grado de satisfacción respecto a este tema.

3.4. Realización de documento consensuado entre Salud Mental y Atención Primaria que contenga los criterios de derivación desde Atención Primaria a las USM y los requisitos de respuesta desde estas a AP.

3.4. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

Los cambios que ha venido sufriendo nuestro estilo de vida a lo largo de las últimas décadas, han tenido y tienen una importante repercusión sobre nuestro estado de bienestar y en la aparición e incremento de síntomas psiquiátricos, incluyendo entre ellos las alteraciones alimentarias, el sobrepeso y la obesidad.

En las últimas décadas se han impulsado múltiples iniciativas para favorecer la detección precoz de síntomas y el desarrollo de tratamientos integrales, señalando la necesidad de mejorar y optimizar los recursos existentes.

En el campo de la Salud Mental, este esfuerzo se ha visto reflejado en el Plan de Salud de Canarias 2016-2017 que enfatiza la importancia de la atención a las personas que presentan Trastornos Mentales Graves y la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, ambas áreas muy relacionadas con la Línea Estratégica que desarrollamos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son uno de los problemas de Salud Mental que acaparan gran atención. Su complejidad, peculiaridad, gravedad y las dificultades para su diagnóstico y manejo, junto a la etiología multifactorial, requieren una atención especializada y multidisciplinar, marcando la necesidad de recursos específicos para su tratamiento, además de la necesidad de coordinación intensa entre diferentes dispositivos y profesionales (Dueñas et al, 2015).

El aumento de la prevalencia, su elevada comorbilidad con otras patologías orgánicas y psiquiátricas, así como la tendencia a la cronicidad y la discapacidad que generan en los casos más graves, revelan su elevado impacto en las personas afectadas y familiares, además del incremento de alarma y preocupación social que generan (Morande y Casas, 1997).

De ello se derivan los elevados costes que representan los TCA para el sistema sanitario. En primer lugar por los costes directos que acarrear: alta demanda de los servicios de Atención Primaria, múltiples consultas con diferentes especialistas, elevadas estancias medias en unidades de hospitalización y la necesidad de mayor intensidad en los tratamientos requeridos a nivel ambulatorio, factores que se intensifican en la atención a los casos con síntomas de larga evolución. En cuanto a los costes indirectos, también son elevados por el gran impacto que suponen en la calidad de vida de las personas afectadas, en su funcionamiento social y académico/laboral y, en definitiva, por la ruptura que suponen en el funcionamiento individual y familiar.

Todas estas circunstancias, tienen como consecuencia un elevado coste a nivel personal en las personas afectadas y sus familias, además de un importante gasto de recursos económicos y asistenciales. Son, por tanto, un foco importante de análisis para la gestión sanitaria, siendo su prevención, detección e intervención precoz pilares fundamentales para la eficiencia en el tratamiento de esta patología (Junta de Andalucía, 2004).

2. Recomendaciones nacionales e internacionales

La atención a estos trastornos ha ocupado un espacio cada vez mayor en la planificación de los Servicios de Salud Pública en los últimos años, y en especial, desde Salud Mental. En la Estrategia de Salud Mental del Servicio Nacional de Salud (MSC, 2007), los TCA se contemplan como área

prioritaria de intervención y se establece la necesidad de desarrollar programas de formación específicos para su tratamiento.

El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, elaboró la Guía de Práctica Clínica sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria (2009), la cual ha supuesto un referente para todos los profesionales de ámbito nacional que atienden este tipo de patologías.

Según la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSPSI, 2011), los TCA tienen la consideración de Trastornos Mentales Graves, en la medida en que requieren la intervención intensa de profesionales de distintas disciplinas, su elevada comorbilidad con otras patologías graves y diferentes necesidades asistenciales a lo largo de la evolución del cuadro.

Los planes estratégicos desarrollados en diferentes Comunidades Autónomas han continuado reflejando la necesidad de seguir optimizando los recursos y la actividad asistencial para reducir su gravedad e interferencia a nivel personal, familiar y social en las personas afectadas, insistiendo en la necesidad de mejora en su atención en los Planes de Salud Mental.

En dichos planes estratégicos y consensos nacionales e internacionales, la prevención es un punto prioritario, destacando la importancia de promocionar hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de programas preventivos en el medio escolar y sanitario para disminuir su incidencia (prevención primaria); el diagnóstico precoz e intervención temprana ante la aparición de síntomas (prevención secundaria) y la reducción de la interferencia y repercusión de los síntomas en la calidad de vida de personas afectadas, especialmente en las que presentan cuadros con tendencia a la cronicidad (prevención terciaria).

Dentro de estas recomendaciones, las prioridades fundamentales incluyen la implicación y coordinación de todos los agentes sociales implicados, la especialización de los profesionales, la coordinación entre recursos y niveles de atención para lograr la continuidad de cuidados, la instauración de programas de intervención específicos, la necesidad de recursos de media estancia para el tratamiento de los casos con presencia de sintomatología crónica y la actuación según las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica (GPC) nacionales e internacionales.

3. Análisis de la situación en Canarias

En nuestra Comunidad, las cifras de prevalencia son similares a las encontradas en otras Comunidades, situándose en torno a un 4% en población adolescente. En concreto, se estima un porcentaje de un 4,1%, estimándose en un 2,5% de los hombres y 5,5% de las mujeres (Álvarez et al., 2015).

La prevalencia de riesgo de TCA se eleva a 27,42% (Álvarez, 2015), siendo éste superior al porcentaje encontrado por otros estudios similares a nivel nacional, en relación probablemente con la elevada tasa de obesidad infanto-juvenil en nuestra Comunidad.

Como respuesta al incremento de la demanda asistencial en las últimas décadas, existe un Protocolo de Actuación en TCA según niveles de intervención, publicado por el Servicio Canario de la Salud en el año 2009 y elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales a instancias de la Dirección General de Programas Asistenciales, a través de la Jefatura de Servicio de Salud Mental. En él se establecen las bases en la atención a esta patología: personal especializado en el diagnóstico, evaluación y tratamiento y programas protocolizados en los diferentes dispositivos a lo largo de la intervención.

En cualquier área de salud, las Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) son el eje de coordinación con los distintos niveles de intervención (Atención Primaria, Hospital de día Infanto-Juvenil, Unidades de Internamiento Breve, etc.), como sucede en otro tipo de patología psiquiátrica, debiendo tener designados a los profesionales responsables del tratamiento y coordinación con otros servicios para garantizar la continuidad de cuidados.

La provincia de Santa Cruz de Tenerife cuenta además con una unidad de atención específica ambulatoria, la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria (UTCA), ubicada en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC), cuya existencia se remonta al año 1997, con dos facultativos a tiempo completo, así como dos camas de hospitalización en la Unidad de Internamiento Breve, y las que la demanda requiera en el Servicio de Pediatría.

Su existencia hace posible una intervención precoz, intensiva y multidisciplinar en todos los casos, especialmente en los más graves; tanto en población adulta cuya sintomatología implica mayor riesgo o que no han respondido bien al tratamiento previo en su USMC; como en todos los casos susceptibles de derivación en población infanto-juvenil, siendo la detección y la intervención precoz la principal prioridad.

Dada la complejidad que implica la intervención en estos casos, la comunicación con otros especialistas es parte fundamental del trabajo, siendo imprescindible trabajar con un enfoque multidisciplinar y constante coordinación con otros dispositivos de Salud Mental, los servicios de Endocrinología y Nutrición, Pediatría, Medicina Interna, Ginecología, Digestivo o Cirugía (Protocolo cirugía bariátrica).

Esta coordinación y el esfuerzo de dicha colaboración a lo largo de los años, han facilitado que en muchos casos la derivación a la unidad sea directa, previo contacto con los profesionales responsables, facilitando la detección e intervención temprana.

A pesar de ser un apoyo más, es necesario continuar a nivel regional con el desarrollo de los diferentes recursos asistenciales que requiere la atención a esta patología, de forma que ambas provincias puedan contar con un recurso de este tipo, así como con una Unidad de Hospitalización Parcial u Hospital de Día que permita una intervención más integral e intensiva y unidades de Hospitalización Infanto-Juvenil, tal y como recogía en el año 2009 el mencionado protocolo.

Existen además, en ambas provincias, asociaciones de familiares y afectados que ofertan diferentes servicios, con las que resulta de especial importancia la coordinación y colaboración para facilitar la intervención más adecuada.

4. Conclusiones

Dada la situación expuesta, consideramos imprescindible continuar dedicando esfuerzos y recursos para optimizar el tratamiento de esta patología en nuestra Comunidad.

Con la creación del presente Plan de Salud Mental de Canarias y la inclusión de una Línea Estratégica destinada específicamente a los TCA, se pretende dar un paso más allá y crear un programa de atención que garantice una coordinación fluida entre recursos y un abordaje de calidad ajustado a los cambios que se han ido produciendo en cuanto al perfil de persona afectada.

En él hemos querido reflejar y desarrollar la importancia de la prevención en todos sus niveles, tal y como recomiendan todas las Guías de Práctica Clínica nacionales e internacionales, así como la monitorización y evaluación de nuestras intervenciones para continuar mejorando la atención que prestamos.

Bibliografía

Álvarez Malé, M. Obesidad, sobrepeso y Trastornos de la Conducta Alimentaria en Gran Canaria.: estudio en población adolescente [Tesis]. [Las Palmas de Gran Canaria]: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2015.

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado Trastornos de la Conducta Alimentaria. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2004.

Dueñas Y, Murray M, Rubio B, Murjani H, Jiménez A. Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica: una patología en auge. *Nutr Hosp*. 2015; 32(5): 2091-97.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. Madrid: MSC; 2009.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

Morande G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatría Integral*. 1997; 2(3): 243-260.

SCS. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. 2016.

SCS. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Protocolo de Actuación en los Trastornos de Conducta Alimentaria según niveles de intervención en la Comunidad Autónoma Canaria. Santa Cruz de Tenerife: Gráficas Sabater; 2009.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención de calidad, integral y coordinada a las personas con trastorno de la conducta alimentaria, que incluya la prevención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Disponer de un programa de prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en Canarias, que contenga un análisis de la situación y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

Actividades

- 1.1. Creación efectiva de un grupo de trabajo orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un programa de prevención y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en Canarias.
- 1.2. Realización de análisis de la situación sobre trastornos de la conducta alimentaria en Canarias que incluya al menos: información epidemiológica (basada principalmente en datos de morbilidad asistida en Atención Primaria y en Salud Mental); datos sobre la atención prestada en los diferentes dispositivos; demanda y derivación a otros recursos sanitarios externos al SCS.

Objetivo específico 2. Reducir la incidencia y prevalencia de Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) en Canarias mediante la promoción de hábitos saludables y la aceptación de la diversidad en la imagen corporal, en el contexto del subprograma de prevención.

Actividades

- 2.1. Diseñar un subprograma de prevención y detección precoz de TCA en Canarias, que se encuadre en el Programa de atención a las personas con TCA, cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.
- 2.2. Diseñar un procedimiento de intervención de carácter preventivo en los centros educativos de Canarias, que esté encuadrado, por una parte, en el subprograma de Prevención y detección precoz de TCA y, por otra, en los programas educativos de la Consejería de Educación y Universidades del Gobierno de Canarias.
- 2.3. Elaborar actividades informativas sobre TCA dirigidas a profesionales de Centros Educativos y Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos (AMPAS) de Canarias, para facilitar la detección precoz, manejo y estrategias de actuación ante la sospecha o presencia de síntomas alimentarios.
- 2.4. Realización de campañas preventivas junto con actuaciones en educación para la salud a través de los medios de comunicación.
 - *Enfoque y contenidos mínimos:* La campaña debería estar enfocada al fortalecimiento de factores protectores y la promoción de hábitos alimentarios saludables, dada la relación entre el sobrepeso/obesidad y la aparición de síntomas alimentarios. Debe incidir en la importancia de mantener un peso saludable, así como la aceptación de la diversidad en la imagen y la visión crítica de los mensajes que promueven la delgadez patológica.

Objetivo específico 3. Facilitar la detección precoz de nuevos casos y personas afectadas por TCA.

Actividades

- 3.1. Diseñar e implementar actividades de sensibilización y formación continuada dirigidas a personal sanitario.
- 3.2. Proporcionar a los Centros de Atención Primaria documentos de referencia para el reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado de personas con TCA.

Nota: Se considera un documento adecuado a los efectos mencionados la "Guía para el reconocimiento temprano y manejo de riesgos médicos en el cuidado de individuos con TCA", editada por la Academy for Eating Disorders (AED), sin perjuicio de que pueda estimarse que otro documento cumpla mejor este propósito.

Objetivo específico 4. Mejorar la atención terapéutica que reciben las personas con TCA, de tal forma que sea de calidad, sustentada en hallazgos científicos, integral, coordinada intra e interinstitucionalmente y que cuente con los recursos necesarios.

Actividades

- 4.1. Actualizar el documento existente sobre TCA de ámbito autonómico (Protocolo de actuación en los trastornos de la conducta alimentaria), de tal forma que resulte válido para el conjunto de Canarias, pero que contemple las particularidades de los diferentes dispositivos de nuestra Comunidad.
- 4.2. Realizar la divulgación de dicho documento entre los profesionales del Servicio Canario de la Salud (Red de Salud Mental, Atención Primaria y otras especialidades que se estimen).
- 4.3. Revisar y actualizar los protocolos de intervención en cada uno de los dispositivos de atención a personas con TCA, con base en las Guías de Práctica Clínica, de tal forma que sean documentos unificados en la Comunidad.
- 4.4. Coordinación entre los distintos órganos autonómicos y administraciones públicas para facilitar la realización de formación y actualización en TCA.
- 4.5. Coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para la evaluación de la derivación de forma adecuada a recursos especializados en TCA.
- 4.6. Consenso y difusión de los criterios y proceso de derivación a recursos especializados.
- 4.7. Promover el desarrollo de conocimiento empírico, fomentando la formación y la investigación sobre TCA en nuestra Comunidad entre los diferentes organismos implicados.
- 4.8. Desarrollar vías de comunicación entre dispositivos de alta frecuentación por personas afectadas por TCA, especialmente con los recursos que atienden a población infanto-juvenil.
- 4.9. Evaluar la satisfacción de usuarios y familiares sobre el grado de satisfacción con la atención recibida en los diferentes recursos, con el fin de obtener una retroalimentación que oriente sobre los aspectos o áreas que requieren mejoras.

Objetivo específico 5. Mejora de la dotación de recursos hospitalarios: creación de una Unidad de hospitalización infanto-juvenil y hospital de día.

Actividades

- 5.1. Realización de cuantas acciones sean necesarias para la creación de la Unidad de Hospitalización Infanto-juvenil en ambas provincias, en la que puedan ingresar pacientes con TCA menores de 18 años que así lo requieran.
- 5.2. Realización de cuantas acciones sean necesarias para la creación de un Hospital de Día (HD) que permita el tratamiento en régimen de hospitalización parcial de los casos que requieran una intervención más intensiva y no reúnan criterios de ingreso hospitalario.

Objetivo específico 6. Mejorar la atención a familiares de personas afectadas o que presenten conductas de riesgo relacionadas con la posible presencia de un TCA.

Actividades

- 6.1. Realizar actividades de asesoramiento para familiares, proporcionando pautas básicas de actuación y manejo de síntomas de alarma, en colaboración con las Asociaciones de Afectados y Familiares de Canarias.

Objetivo específico 7. Facilitar e incrementar los recursos para la atención a personas con TCA que presentan sintomatología de larga evolución y/o presentan síntomas graves, para reducir el impacto de los síntomas.

Actividades

- 7.1. Desarrollar protocolos de intervención específicos a nivel ambulatorio y hospitalario para la atención a TCA de larga evolución con los diferentes especialistas implicados.
- 7.2. Desarrollar criterios de derivación a recursos sociosanitarios y de rehabilitación psicosocial a los afectados con TCA de curso crónico que puedan beneficiarse, facilitando su recuperación y reinserción social.

Objetivo específico 8. Reforzar la coordinación de los diferentes profesionales implicados en casos con presencia de comorbilidad grave, patología dual y alta demanda de recursos especializados.

Actividades

- 8.1. Planificar un espacio de coordinación para el abordaje de casos graves con los diferentes profesionales implicados, para garantizar la continuidad de la intervención.
- 8.2. Valoración en sesiones clínicas del Servicio de aquellos casos que lo requieran por su complejidad.

3.5. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

Los trastornos de personalidad (TP) son entidades clínicas de gran trascendencia en la población general. Su prevalencia global en los estudios revisados se sitúa en torno al 11,3 %, con un rango entre el 6,7 % y el 22,3% según los estudios (Coid, 2003; Black et al., 1993). No obstante, la prevalencia real de los TP puede ser mucho mayor de lo que recogen las estadísticas oficiales disponibles (Lana et al., 2006).

Se ha señalado que la detección y diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en Atención Primaria es muy inferior a su prevalencia estimada (Aragonès et al., 2013). La esperanza de vida es menor en los pacientes con trastornos de la personalidad, en relación con el suicidio y las consecuencias de las conductas desadaptadas (Folk et al., 2005). Por otro lado, la evolución crónica de los TP (Skodol et al., 2005) hace necesario que en los programas de atención se incluyan intervenciones precoces en adolescentes y jóvenes, tratamiento de síntomas agudos, abordaje de desadaptación interpersonal, medidas dirigidas a la prevención del deterioro, así como tratamiento rehabilitador y reinserción sociolaboral para aquellos pacientes que hayan evolucionado de forma crónica. La adecuada atención a estos pacientes tiene que ir asociada a la instauración de programas de atención basados en prácticas clínicas con evidencia científica contrastada.

2. La situación en Canarias

La atención a los TP en Canarias tiene como eje a las USMC, realizándose los ingresos en las Unidades de Internamiento Breve (UIB) cuando se requiere una intervención más intensiva en los momentos de crisis grave. La UIB no es el dispositivo ideal para el manejo de estos trastornos, pero la ausencia de recursos intermedios como el Hospital de Día (HD) favorece la necesidad de ingreso en situaciones que no pueden ser abordadas desde las USMC. Los pacientes con TP suelen ser frequentadores del Servicio de Urgencias y la coordinación entre esta asistencia y las USMC no siempre es la deseable. Estas deficiencias interfieren en la continuidad de cuidados del paciente y deben ser tenidas en cuenta en la planificación de la actividad asistencial.

Los pacientes con TP acuden con frecuencia a las consultas de Atención Primaria (AP), más que otros pacientes con trastornos psicóticos o afectivos. Sin embargo, en las USMC, al analizar la asistencia a consultas de psiquiatría, psicología o enfermería se aprecia que es muy inferior al de otros grupos diagnósticos. El rango de consultas de psicología de estos pacientes es de entre 3 y 7 consultas al año. Además, la intervención grupal está escasamente implementada en las USMC. Por su parte, en la actualidad no se dispone de programas específicos de atención a la personas con TP ni grupos de investigación consolidados sobre estos trastornos. Los pacientes con TP tienen un alto riesgo suicida. En nuestra Comunidad, si bien se dispone de una ficha de conducta suicida integrada en el RECAP, desgraciadamente aún no se pueden ofrecer datos fiables, dado que su cumplimentación es baja, y por tanto, su análisis no resulta fiable.

Bibliografía

Aragonès E, Salvador-Carulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Pinol JL. Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gac Sanit.* 2013; 27(2): 171-74.

Black DW, Noyes R, Pfohl B, Goldstein RB, Blum N. Personality disorders in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects and first degree relatives. *Am J Psychiatry*. 1993; 150: 1226-32.

Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J Psychiatry*. 2003; 182(44): 3-10.

Folk ML, Hayes RD, Chang CK, Stewart R, Callard FJ, Moran P. Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder. *J Psychosom Res*. 2012; 73(2): 104-07

Lana F, González MA, Mirapeix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Revista Internacional On-line Psiquiatria.com* [Internet]. 2006; 10(1). Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/168/>.

Skodol AE, Pagano ME, Bender DS, Shea MT, Gunderson JG, Yen S et al. Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*. 2005; 35: 443-51.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención de calidad, integral y coordinada a las personas con trastorno de la personalidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Disponer de un programa de tratamiento de personas con trastorno de la personalidad en Canarias, que contenga un análisis de la situación y cuyo contenido tome como base lo propuesto en esta línea estratégica del Plan de Salud Mental de Canarias.

Actividades

- 1.1. Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar para la elaboración de un programa de tratamiento de las personas con trastorno de la personalidad.

Objetivo específico 2. Mejorar la atención a las personas con trastorno de la personalidad.

Actividades

- 2.1. Desarrollar una atención multidisciplinar y coordinada siempre que sea necesaria.
- 2.2. Establecer unos criterios generales de derivación y alta en los distintos dispositivos.
- 2.3. Realizar Planes Individualizados de Tratamiento (PIT).
Nota: Los PIT deben tener una visión integral, e incluir aspectos relacionados con el tratamiento y cuantos otros se estimen necesarios, como los sociales, educativos, de empleo y alojamiento.
- 2.4. Realización de abordajes psicoterapéuticos sustentados en hallazgos científicos, tanto individuales como grupales, según las necesidades de los pacientes.
- 2.5. Inclusión en los programas de empleo y alojamiento de aquellos pacientes con trastornos de personalidad que lo requieran.
- 2.6. Promover el uso racional de fármacos en las personas con trastornos de personalidad, de forma acorde a lo recomendado en las Guías de Práctica Clínica, mediante acciones formativas.
- 2.7. Creación de espacios de supervisión para los profesionales que atienden a las personas con trastornos de personalidad.

Objetivo específico 3. Mejorar los recursos para la atención a las personas con trastorno de la personalidad, mediante la creación de hospitales de día y otros recursos de rehabilitación psicosocial y laboral, tales como centros de atención diurna integrales o viviendas supervisadas.

Actividades

- 3.1. Desarrollar cuantas acciones sean necesarias para la creación de Hospitales de Día, de ámbito provincial.
- 3.2. Desarrollar cuantas acciones sean necesarias para la creación de otros recursos de rehabilitación psicosocial y laboral, de ámbito provincial.

Objetivo específico 4. Mejorar la coordinación intra e interinstitucional relativa a los pacientes con trastorno de la personalidad grave.

Actividades

- 4.1. Realizar acciones de coordinación intrainstitucional (Atención Primaria y Red de Salud Mental).
- 4.2. Realizar acciones de coordinación interinstitucional.
 - *Instituciones potencialmente implicadas:* Servicio de Coordinación Técnica de Atención a las Drogodependencias, Consejería de Educación, Servicio de Protección al Menor, Servicios Sociales y Justicia.

Objetivo específico 5. Mejorar la formación sobre trastornos de la personalidad en los sectores implicados.

Actividades

- 5.1. Realizar acciones formativas específicas sobre trastornos de personalidad, dirigidos a la Red de Salud Mental, especialmente sobre el abordaje psicoterapéutico sustentado en hallazgos científicos.
- 5.2. Realizar acciones formativas específicas y de sensibilización sobre trastornos de personalidad, dirigidos a los ámbitos de intervención implicados, tales como el educativo y el social, la sociedad en general y las familias de las personas afectadas.

3.6. LA SALUD FÍSICA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Las personas con una enfermedad mental grave presentan una prevalencia de enfermedades físicas más alta y una mayor mortalidad por causas naturales que la población general. Además, el acceso a la asistencia sanitaria para los problemas de salud física es menos frecuente y de peor calidad que la que recibe la población general (Maj, 2009). Comparado con la población general y con otros trastornos mentales, el nivel de salud física de los pacientes con esquizofrenia es peor. Los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan sobremorbilidad infecciosa, endocrinometabólica, cardíaca y respiratoria, así como un exceso de mortalidad tanto global como por causas naturales (fundamentalmente por enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas). Para lograr un manejo más adecuado de los problemas de salud física de estos pacientes es necesario incorporar los problemas de salud física a los programas de psicoeducación, a las unidades de adherencia al tratamiento y a los programas de atención a los trastornos mentales graves (Sáiz et al., 2008).

En la actualidad, la protección y promoción de la salud física de las personas con un Trastorno Mental Grave se considera una línea prioritaria de intervención a nivel mundial, tanto desde el punto de vista ético, como de salud pública, ya que afecta a la protección de derechos fundamentales de las personas, que se relacionan con sus posibilidades de bienestar y calidad de vida (Huizing et al., 2012). Por su parte, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (MSPSI, 2011) recomienda medidas de promoción de la salud desde un punto de vista integral, considerándolo una cuestión prioritaria.

En nuestra Comunidad Autónoma se elaboró la “Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave” (Rodríguez y Méndez, 2010). De forma complementaria, en el 2011 se realizó un “Documento de Consenso sobre la Salud Física en el Paciente con Trastorno Mental Grave” (SCS, 2011). Fue coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales y realizado por un grupo de trabajo multidisciplinar de Salud Mental y Atención Primaria. Su objetivo fue operativizar los procedimientos sobre la salud física en el trastorno mental grave en Canarias, tanto dentro de los equipos de SM como en la coordinación con AP. Sin embargo, su difusión no fue la deseable y es probable que su implementación haya sido heterogénea y limitada por este motivo.

Según datos del SIAP, en Canarias el grupo de los trastornos psicóticos muestra uno de los ratios de consultas en Atención Primaria más elevados de todos los trastornos mentales. Esta mayor asistencia puede estar influida por varios factores. Por una parte, los pacientes con trastornos mentales graves tienen peor salud física que la población general. Por otra parte, las consultas pueden obedecer a cualquier motivo, lo que incluye las consultas para expedición de recetas de tratamientos indicados en las Unidades de Salud Mental. En este aspecto existe heterogeneidad entre las USM. El análisis comparativo entre islas que se muestra en la tabla que figura debajo muestra un patrón de consultas que resulta similar al del conjunto de los trastornos mentales, con un mayor ratio de consultas en las islas menores y un ratio similar entre Tenerife y Gran Canaria, algo mayor en esta última.

Comparación por Áreas de consultas y ratio de consultas en pacientes con diagnósticos F2

Área	Pacientes con diagnóstico F2	Nº consultas ¹	Ratio consultas ²
Tenerife	5.166	76.762	14,86
Gran Canaria	4.862	74.933	15,41
Lanzarote	506	8.697	17,19
Fuerteventura	318	4.256	13,38
La Palma	572	10.129	17,71
La Gomera	105	2.396	22,82
El Hierro	56	1.357	24,23
Total	11.585	178.530	15,41

Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)

1 Nº de consultas realizadas durante el 2015 a pacientes con diagnóstico del grupo F2. La consulta incluye cualquier motivo de salud posible, no solo los relacionados con la salud mental.

2 Ratio de consultas realizadas durante el 2015, respecto al nº de pacientes con diagnóstico del grupo F2.

Bibliografía

Huizing E, Padilla L, Mateo I, Cambil J. Intervenciones de promoción y protección de la salud general dirigidas a personas con trastorno mental grave. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social: Junta de Andalucía; 2012.

Maj M. Necesidad de proteger y fomentar la salud física en personas con enfermedad mental grave (Editorial). Rev Psiquiatr Salud Ment. 2009; 2:1-4.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

Rodríguez F, Méndez M. Guía de cuidados físicos para las personas con trastorno mental grave. Servicio Canario de la Salud: Gobierno de Canarias; 2010.

Sáiz J, Bobes J, Vallejo J, Giner J, García-Portilla MP. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica. Actas Esp Psiquiatr. 2008; 36(5): 251-264.

SCS. Servicio Canario de la Salud. Documento de Consenso sobre Salud Física en el Paciente con Trastorno Mental Grave. SCS. Dirección General de Programas Asistenciales; 2011.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Mejorar y promover la salud física de los pacientes con trastorno mental grave de Canarias, mediante acciones de promoción de la salud y prevención, detección e intervención integral sobre los factores, comportamientos de riesgo y enfermedades somáticas coexistentes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Promover el acceso de los pacientes con TMG a los recursos de Atención Primaria para el abordaje de los problemas de salud física.

Actividades

- 1.1. Realización de directrices consensuadas de coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental, en el contexto del abordaje de los problemas de salud física en pacientes con TMG.
- 1.2. Reuniones de coordinación entre Psiquiatría y AP.

Objetivo específico 2. Promover hábitos de vida saludables.

Actividades

- 2.1. Transmitir tanto desde la unidad de Salud Mental como desde Atención Primaria pautas dirigidas a los pacientes para realizar dieta cardiosaludable y ejercicio físico adecuado.

Objetivo específico 3. Mejorar la actuación clínica de los profesionales mediante una mejor formación y la adscripción a los documentos de referencia nacionales e internacionales, sobre la salud física en los pacientes con TMG.

- 3.1. Difundir en la Comunidad aquellos documentos que se consideren de referencia básica (Guías de práctica clínica, consensos, directrices o protocolos) para el abordaje de la salud física en los pacientes con TMG.
- 3.2. Realización de un documento de consenso operativo el abordaje de la salud física en el TMG, que esté basado en las recomendaciones internacionales y nacionales, en hallazgos científicos, y que incluya criterios operativos de actuación, solicitud de pruebas, coordinación entre SM y AP.
- 3.3. Sensibilizar y formar a todos los profesionales de la salud sobre la necesidad de prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades físicas en los pacientes con TMG.
- 3.4. Realización de actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias (UAD).
- 3.5. Realización de actividades formativas dirigida a los profesionales de Atención Primaria.

Objetivo específico 4. Sensibilizar y formar a familiares y educadores de pisos tutelados, mini-residencias, Centros de Día y Talleres Ocupacionales de pacientes con TMG para promover un estilo de vida cardiosaludable.

Actividades

- 4.1. Realización de un programa de psicoeducación.
- 4.2. Realización de sesiones de psicoeducación impartidas por parte de personal sanitario en Unidades de Salud Mental, Centros de Salud, mini-residencias, asociaciones de familiares, asociaciones vecinales o dependencias municipales.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO - JUVENIL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción. Justificación.

La atención a la salud mental de niños y adolescentes se viene presentando, desde hace unos años, como una prioridad clara en los planes estratégicos, tanto a nivel nacional como en nuestra Comunidad Autónoma. La edad infanto-juvenil va desde los 0 a los 17 años. Y no es algo que pueda sorprender a la luz de datos como los que arroja la Organización Mundial de la Salud (2001), según la cual la prevalencia de trastornos psicológicos en la infancia oscila entre el 10 y el 20%, existiendo importante variabilidad en las cifras encontradas en los diversos estudios (Alday et al., 2005; Pedreira y Sardinero, 1996; Gómez-Beneyto et al., 1994), variando entre el 7 y el 30,2%. Además, solo una quinta parte son correctamente diagnosticados (AEN, 2008). De estos, entre el 4 y 6% de los niños y adolescentes padecen un trastorno mental grave (WHO, 2005). Además, la mitad de todos los casos de trastornos mentales que duran toda la vida del sujeto empiezan sobre los 14 años de edad (Kessler et al, 2005). La evidencia de antecedentes tempranos de trastornos mentales adultos en la infancia es sólida (Tsuang et al., 1995). La incidencia de trastornos en población infantil es poco conocida por la inexistencia de instrumentos estandarizados que posean significación pronóstica, por la existencia de distintos enfoques teóricos que llevan a diferentes diagnósticos o tratamientos y por el manejo de varias clasificaciones taxonómicas.

Los niños y adolescentes son personas con una entidad integral biopsicosocial en permanente evolución e interacción con su entorno familiar y social. Esto implica que su expresión psicopatológica y clínica es específica, por lo que es necesaria la prestación de una atención especializada con unas características propias que deberá contemplar:

- La necesidad de incluir a los padres en el proceso terapéutico: por lo general los niños y adolescentes no realizan una demanda propia de atención, siendo los padres los que solicitan las consultas ya sea por iniciativa propia o por indicación de terceros (facultativos, docentes, etc).
- La indispensable coordinación entre todos los profesionales de las distintas administraciones implicadas en la vida del niño y adolescente (Sanidad; Educación; Atención Primaria de Servicios Sociales realizada desde los programas de Atención a la Infancia y Juventud de los Ayuntamientos; y en algunos casos, Justicia) ya que esta coordinación contribuye a mejorar la eficiencia, efectividad y la eficacia de la atención.

Una intervención precoz con niños y adolescentes, así como con sus padres/familiares, puede reducir o eliminar las manifestaciones de algunos trastornos mentales y fomentar la integración de niños y adolescentes que requerirían de otra manera especializados servicios intensivos. El comienzo precoz del trastorno mental afecta al rendimiento académico (Kessler et al., 1995; Terán et al., 1995) y la carrera temprana profesional (Kessler et al., 1995). Las consecuencias en la adultez pueden ser enormes si no se proveen intervenciones efectivas (Rutter et al, 2006).

A nivel mundial, la depresión es la primera causa de enfermedad y discapacidad en el grupo de los adolescentes, y el suicidio ocupa el tercer lugar entre las causas de mortalidad. Si los adolescentes con problemas de salud mental reciben la atención que precisan, se pueden evitar muertes y un sufrimiento de por vida (OMS, 2014).

La atención a la salud mental a este grupo etario debe inspirarse en una visión esperanzada del futuro. Invertir en salud mental puede generar enormes beneficios en términos de reducción de la discapacidad y la prevención de muertes prematuras. Es nuestra responsabilidad hacer posible estas intervenciones (OMS, 2003).

Así como las enfermedades pediátricas fueron el gran desafío del siglo XX, los trastornos mentales de los niños y adolescentes son, sin duda, el gran desafío sanitario del siglo XXI.

La filosofía asistencial integral y continuada en salud mental de la infancia y adolescencia desde el Modelo Comunitario comporta desde la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y la integración social y laboral (AEN, 2008).

2. Morbilidad psiquiátrica infanto juvenil en Canarias

En relación al número total de pacientes con patología psiquiátrica atendido en los Servicios públicos de Salud Mental en menores de 18 años, los F90 (los trastornos de conducta y de comienzo en la infancia) son los más numerosos, seguidos de los F40 y de los F80. El número de consultas se ha ido incrementando progresivamente en los últimos años, de forma generalizada en la Comunidad Autónoma.

Los datos detallados sobre la morbilidad psiquiátrica infanto-juvenil se muestran en el Análisis de la situación global.

3. Situación actual en la Comunidad Canaria

En la Comunidad Autónoma de Canarias el camino recorrido en el desarrollo de la atención a la salud mental infanto-juvenil ha ido de forma paralela al desarrollo de la atención en salud mental de adultos, pero aún sin un desarrollo completo en los planes de los gestores sanitarios y a nivel de recursos sanitarios.

En un primer periodo (1982 - 1994) las referencias fueron el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y la Ley General de Sanidad (1986) marcando un cambio radical en la asistencia a la salud mental, pasando de un modelo centrado fundamentalmente en el hospital psiquiátrico a un Modelo Comunitario, eje de la reforma psiquiátrica y que asume los aspectos bio-psico-sociales del proceso de enfermar. La atención sanitaria en salud mental infanto-juvenil se reducía a pequeñas consultas de psiquiatría y psicología en algunos hospitales generales.

En un segundo periodo (1995 - 2016) aparecen nuevos referentes normativos tanto a nivel nacional como autonómico, y el desarrollo del Modelo Comunitario acompañado de nuevos recursos en salud mental, configurando la actual Red de Salud Mental en Canarias y la Red de Atención infanto-juvenil, con la elaboración del Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil publicado en el año 2006. El Programa estableció recomendaciones para el abordaje de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia en la Comunidad Canaria. Desde su publicación en Canarias se ha llevado a cabo un progresivo desarrollo de la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil, con cambios funcionales y estructurales, aún en desarrollo.

Con respecto a la actividad formativa hay que destacar el incremento de jornadas y cursos específicos de temática infanto juvenil en los últimos años, como clara apuesta de la Dirección General de Programas Asistenciales de mejorar la formación en esta área.

En relación a documentos de consenso para la atención de la psicopatología Infanto Juvenil, se ha contado con un buen número de documentos de uso interno en las distintas islas, sin que se haya

realizado una puesta en común y homologación de estos, elevándolos a documentos validados y con carácter comunitario. El Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil (SCS, 2006) ha sido el documento de referencia para Canarias en materia de salud mental infanto-juvenil.

El análisis de situación sobre la ejecución del Programa de Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil de los últimos 10 años evidencia un desarrollo progresivo de la red de salud mental infanto-juvenil, si bien es necesario aún que se complete. En líneas generales, son necesarias acciones que inicien o fortalezcan los siguientes aspectos:

- La organización sanitaria debe contemplar la atención infanto-juvenil como una prioridad. Invertir en infanto-juvenil se debe contemplar cómo una “inversión” rentable a medio y largo plazo, como así lo testifican informes nacionales e internacionales.
- La Red de Salud Mental infanto juvenil, debe tener un carácter específico dentro de la Organización Sanitaria, a niveles de infraestructuras, recursos humanos, programas, líneas estratégicas y coordinación.
- Invertir recursos en actuaciones específicas en niveles de detección y prevención, actualmente escasos y por lo tanto centrados fundamentalmente en actividades de detección e intervención.
- Es preciso completar la Red de Unidades de Salud Mental Infanto-Juveniles (USM-IJ), implementando el Equipo multidisciplinar (psiquiatra, psicólogo, enfermería y TS), ya que hasta ahora la participación de enfermería en la atención infanto-juvenil y de los trabajadores sociales compartidos con adultos es escasa o nula. Además, es necesaria la formación específica de éstos y la definición de sus funciones en las USM IJ. Se hace necesario también crear dos Unidades de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil (UHB-IJ), con carácter Provincial, así como otros recursos intermedios como centros de día, para tratamiento intensivo y de larga duración para este sector de la población.
- Las distintas USM cuentan con diferentes dotaciones físicas y humanas, que condicionan las acciones e intervenciones. Resulta necesaria la homogeneización de los recursos en las distintas USM, y que adquieran importancia las figuras del Trabajador Social y Enfermería. Existe una escasa homogeneización en la atención de problemas y trastornos de salud mental infantojuvenil, con especial mención de la atención psicoterapéutica, en modalidades y enfoques psicoterapéuticos, así como en los aspectos técnicos específicos (prevención, detección, diagnóstico y tratamiento) y en la coordinación intra e interinstitucional.
- Es necesario implementar las estructuras y estrategias objetivas de coordinación interinstitucional con otras redes de atención a población infantojuvenil (servicios sociales y entorno educativo), revisando los convenios que ya tenemos para actualizarlos y favorecer estructuras más dinámicas y eficientes. Debe existir una coordinación fluida entre las distintas instituciones que tienen competencia en aspectos que afecten al desarrollo psicosocial de niños y adolescentes: Sanidad, Educación, Servicios Sociales, sistema Judicial y otras instituciones con las que el niño pueda estar relacionado.
- Necesitamos adaptar los sistemas de evaluación y registro para el conocimiento sistematizado de los problemas de salud mental infantojuvenil en Canarias, homologables con el resto de comunidades autónomas y con los estándares internacionales, tanto en sus aspectos epidemiológicos como asistenciales.
- Debemos garantizar la formación continuada de los Equipos Multiprofesionales de Salud Mental Infanto juvenil que favorezca y facilite la investigación, la docencia y sobre todo mejore la calidad asistencial.

- Fomentar la apertura de líneas de investigación relacionadas con los principales cuadros psicopatológicos de nuestra población, atendiendo a variables sociodemográficas y psicosociales, no sólo como factores de riesgo sino como moduladores de vulnerabilidad.

Bibliografía

AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. [Internet]. AEN. Abril de 2008. Recuperado a partir de: http://www.aepcp.net/arc/LaSaludMental_I-J.pdf

Alday J, Alonso V, Fernández-Calatrava B, García-Baró R, González-Juárez C, Pérez-Pérez E et al. Variability in outpatient resource use in mental health services for children and adolescents. *Gac Sanit*. 2005; 19(6): 448-55.

Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E, Vila V. The prevalence of child psychiatric disorders in the city of Valencia. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 89: 352-357.

Kessler R, Foster C, Saunderson W, Stang P. Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *Am J Psychiatry*. 1995; 152(7): 1026-32.

Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 593-602.

National Institute of Mental Health. Towards a model for a comprehensive community based mental health system. Washington DC: NIMH; 1987.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud. Resumen de las conclusiones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud [Internet]. Suiza; 2003. Recuperado a partir de: http://www.who.int/macrohealth/infocentre/advocacy/invertir_en_salud_es.pdf

Pedreira JL, Sardinero E. Prevalencia de trastornos mentales de la infancia en atención primaria psiquiátrica. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1996; 24(4): 173-90.

Rivas M, Vázquez A, Pérez M. Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en E.G.B. *Psicothema*. 1995; 7(3): 513-26

Rutter R, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and Discontinuities in Antisocial Behavior from Childhood to Adult Life. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006; 47(3-4):276-95.

SEYPNA. Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente. Declaración sobre el tratamiento de los trastornos mentales graves de niños y adolescentes (autismo, psicosis infantiles, trastornos generalizados del desarrollo). En: Congreso Nacional de SEYPNA: octubre de 2005, A Coruña.

Tsuang MT, Tohen M, Jones P, editores. *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York: John Wiley; 1995.

WHO. World Health Organization. Child and adolescent mental health policies and plans [Internet]. Geneva: WHO, 2005. Recuperado a partir de: https://www.who.int/mental_health/policy/services/essentialpackage1v11/en/

WHO. World Health Organization. Health for the world's adolescents [Internet]. Geneva: WHO, 2014. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112750/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf;jsessionid=1054720A08E6F19BA07C8FFCB05CC1EB?sequence=1

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Potenciar la Salud Mental de niños y adolescentes de la Comunidad Autónoma Canaria, desde el Modelo Comunitario y con una perspectiva biopsicosocial, a través de actuaciones que favorezcan la promoción y prevención, optimizando la calidad de la atención en términos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, y favoreciendo la formación de los profesionales e impulsando la investigación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Consolidar la Red de Atención Infanto - Juvenil como estructura que dé respuesta a los problemas de salud mental de la población diana desde un enfoque humanista y personalizado; completar la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad hasta contar con dispositivos específicos y con equipos multidisciplinares en cada dispositivo.

Actividades

- 1.1. Creación de una unidad de hospitalización breve (UHB) infanto-juvenil por cada provincia.
- 1.2. Creación de Unidades de Salud Mental infanto-juveniles (USMIJ) específicas en todas las islas con dotación personal completa.
- 1.3. Incremento de la oferta de plazas de hospitalización parcial.
- 1.4. Creación de dispositivos intermedios de atención e intervención (p.ej. Centros de Día)
- 1.5. Creación de Unidades específicas para evaluación, diagnóstico y tratamiento intensivo, individualizado y continuado de la población con Trastorno del Espectro Autista (TEA) infanto-juvenil de Canarias.
- 1.6. Facilitación de medios y recursos para garantizar la accesibilidad a los distintos dispositivos arriba reseñados.

Objetivo específico 2. Fomentar la excelencia en la asistencia y la gestión en salud mental infanto-juvenil.

Actividades

- 2.1. Potenciación de una Red diferenciada y coordinada con recursos humanos específicos para salud mental infanto-juvenil.
- 2.2. Incremento de los recursos humanos y de infraestructuras.
- 2.3. Refuerzo de la multidisciplinariedad en la asistencia, con funciones y tareas bien definidas para cada tipo de profesional, creando así las USM específicas de IJ (USMIJ) con dotación completa.
- 2.4. Consolidación de Jefaturas de Servicio propias para Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- 2.5. Estudio de las necesidades de recursos para la atención a niños y adolescentes con problemas de salud mental.
- 2.6. Gestión de la agenda electrónica adaptándola a la especificidad de la asistencia en esta población, con flexibilización en tiempos asistenciales, de forma que se contemplen las actividades de grupo, coordinación, atención domiciliaria, etc.
- 2.7. Mejora de los sistemas informáticos para facilitar la actividad y calidad asistencial.

2.8. Desarrollo de indicadores específicos para la evaluación de la calidad de la asistencia de esta población.

Objetivo específico 3. Optimizar la colaboración y coordinación intra e interinstitucional para garantizar la atención integral de la población Infanto-Juvenil.

Actividades

3.1. Establecimiento de una coordinación reglada y homogénea entre los equipos de las diferentes instituciones implicadas para ayudar a ofrecer una asistencia de calidad, delimitar las funciones de los diferentes profesionales, evitar la duplicidad o contradicción de las intervenciones, facilitar el acceso a los servicios y permitir una intervención más eficiente.

Objetivo específico 3.1. Coordinación Salud Mental y Atención Primaria.

Actividades

3.1.1. Establecimiento de canales de comunicación entre Atención Primaria y Salud Mental, de forma regular e institucional.

3.1.2. Potenciación de las consultorías (presenciales o virtuales)

3.1.3. Unificación de criterios de derivación a Salud Mental desde Atención Primaria

3.1.4. Establecimiento de programa institucional de formación continuada en Salud Mental en el que esté contemplada la formación de los profesionales de Atención Primaria

3.1.5. Integración de actividades de promoción y prevención en salud mental en la práctica asistencial de las consultas de Atención Primaria

3.1.6. Consensuar con los equipos de Atención Primaria la incorporación de procedimientos de detección de psicopatología en el Programa del Niño Sano.

Objetivo específico 3.2. Coordinación de Salud Mental con Educación.

Actividades

3.2.1. Revisar y actualizar el convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Educación y Universidades, garantizando la integración de todos los menores con problemas de salud mental y no solo la de aquellos con patologías concretas.

3.2.2. Homogeneización de los procedimientos de coordinación que se llevan a cabo entre Salud Mental y los Equipos de Orientación de Educación Pública (EOEP).

3.2.3. Elaboración, por parte del equipo de salud mental, de pautas básicas de actuación y estrategias para el manejo psicológico y conductual de determinados casos en los centros educativos.

3.2.4. Programación de objetivos conjuntos de intervención con menores con TMG en el ámbito educativo.

3.2.5. Elaboración y desarrollo conjunto de programas preventivos en salud mental y detección precoz a través de la coordinación con Atención Primaria.

3.2.6. Participación de Educación en el programa de formación de salud mental, para aquellos contenidos propios de salud mental infanto-juvenil.

Objetivo específico 3.3. Coordinación Salud Mental con Servicios Sociales.

Actividades

- 3.3.1. Revisar y actualizar el Convenio de colaboración entre la Consejería de Sanidad y la Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda.
- 3.3.2. Creación de procedimientos formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.
- 3.3.3. Establecimiento de un plan de trabajo común entre Salud Mental y los Servicios Sociales de Atención Primaria (Ayuntamientos) y los Servicios Sociales Especializados, en los casos donde exista patología mental.

Objetivo específico 3.4. Coordinación Salud Mental con Protección a la Infancia y la Familia.

Actividades

- 3.4.1. Creación de procedimientos formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.
- 3.4.2. Implementación de un procedimiento sistemático de evaluación psicológica general entre la población infanto-juvenil en acogimiento residencial que presente síntomas y signos de patología mental.
- 3.4.3. Colaboración en la formación del personal educativo de los centros y hogares en aspectos básicos de la psicopatología del niño y adolescente.
- 3.4.4. Desarrollo de recursos residenciales específicos para pacientes con TMG en situación de desamparo o guarda, así como centros de día y tarde para aquellas familias con dificultades y escaso o nulo apoyo familiar.

Objetivo específico 3.5. Coordinación Salud Mental con Justicia.

Actividades

- 3.5.1. Creación de procedimientos formales de coordinación con Justicia.
- 3.5.2. Implementación de un procedimiento sistemático de evaluación psicológica general entre la población infanto-juvenil con medidas judiciales.
- 3.5.3. Colaboración en la formación del personal educativo que intervenga con menores con medidas judiciales, en aspectos básicos de la psicopatología del adolescente.

Objetivo específico 3.6. Coordinación Salud Mental con Salud Pública.

Actividades

- 3.6.1. Desarrollo de un programa de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas. Realizar intervenciones dentro de lo contemplado en el Plan Nacional de Drogas y en el de la Comunidad Autónoma, con el objetivo de disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas en todo el ámbito de la Comunidad.

Objetivo específico 3.7. Desarrollo del mapa de recursos existentes en las distintas Consejerías.

Actividades

- 3.7.1. Creación del mapa de dispositivos y recursos para la atención infanto-juvenil de todas las Consejerías intervinientes dentro del marco de la Comisión Interinstitucional antes reseñada.

Objetivo específico 4. Desarrollar un programa homogéneo para la asistencia al Trastorno Mental Común (TMC) en edad infanto-juvenil.

Actividades

- 4.1. Mejora en la detección y atención de niños y adolescentes con indicios de desajustes emocionales o cualquier otra sintomatología en patología mental susceptible de derivar a salud mental.
- 4.2. Unificación de los criterios de derivación del TMC en edad infanto-juvenil a las USM desde Atención Primaria y otros Servicios en toda la CCAA.
- 4.3. Desarrollo de guías de actuación o procedimientos en patología psiquiátrica común infanto-juvenil, que no sólo abarque al paciente sino a su familia y entorno.
- 4.4. Homogeneización de la atención psicoterapéutica, mediante el empleo de programas manualizados para TMC.
- 4.5. Formación continuada en programas psicoterapéuticos de eficacia probada para el TMC infanto-juvenil.

Objetivo específico 5. Mejorar el pronóstico, el funcionamiento general, la calidad de vida y reducir la comorbilidad física y mental de la población infanto-juvenil con Trastorno Mental Grave.

Objetivo específico 5.1. Potenciar y favorecer la asistencia a los trastornos graves en salud mental infanto-juvenil, de forma que se garantice la intervención rápida, la continuidad de cuidados y que exista una coordinación con otros programas sanitarios y sociales.

Actividades

- 3.5.1. Desarrollo e implementación de un Programa de asistencia al Trastorno Mental Grave Infanto-Juvenil, que incluya la necesidad de elaborar un Plan Individualizado de Tratamiento para cada paciente.
- 5.1.2. Desarrollo de protocolos, guías o documentos de consenso para el abordaje especializado de los trastornos mentales graves en población Infanto-Juvenil.
- 5.1.3. Fomentar y revalorizar las intervenciones profesionales deseables y poco habituales: comunitarias, rehabilitadoras, visitas a domicilio, etc.
- 5.1.4. Programa de atención a la salud física de los niños y adolescentes con trastorno mental grave.
- 5.1.5. Consensuar con los equipos de Atención Primaria la incorporación de procedimientos de detección de psicopatología sugestiva de trastorno mental grave en el Programa del Niño Sano.
- 5.1.6. Homogeneización la atención psicoterapéutica, mediante el uso de programas manualizados en el TMG.
- 5.1.7. Fomento de talleres psicoeducativos dirigidos a las familias de niños y adolescentes con TMG.
- 5.1.8. Programa de transición para pacientes con TMG que pasan a la etapa adulta. Coordinación de las actuaciones entre los dispositivos de salud mental infanto-juvenil y los de adultos.

-
- 5.1.9. Propuesta de creación, conjuntamente entre las Consejerías de Sanidad y Educación, de aulas y/o centros educativos terapéuticos donde las necesidades de pacientes con TMG sean cubiertas adecuadamente. Creación de aulas cuya atención esté focalizada en aquellos niños y adolescentes con necesidades educativas especiales (NEE) derivadas de una patología mental grave, y donde la presencia de Educación y Sanidad se den de forma conjunta.

Objetivo específico 5.2. Diagnóstico precoz e intervención temprana, intensiva, especializada y continuada, de menores con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) para mejorar el pronóstico, evolución, nivel de adaptación, funcionamiento general y calidad de vida de la población con TEA de Canarias.

Actividades

- 5.2.1. Desarrollo de un Programa específico (subprograma del TMG) para la atención del TEA en Canarias.
- 5.2.2. Dotación de los recursos humanos y materiales específicos necesarios para la creación de Unidades Específicas para el tratamiento intensivo, individualizado y continuo de la población Infanto-Juvenil de Canarias con TEA que lo requieran.
- 5.2.3. Realización de intervenciones multidisciplinarias, especializadas e intensivas para la mejora de interacción social, nivel de adaptación, integración, calidad de vida y de funcionamiento general de la población con TEA de Canarias.
- 5.2.4. Elaboración e implantación de protocolo para las derivaciones por sospecha de TEA desde Atención Primaria.

Objetivo específico 6. Promover actuaciones de promoción y prevención en salud mental infanto-juvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma.

Objetivo específico 6.1. Promoción y prevención en población general y en grupos de riesgo sin patología: Desarrollo de programas de promoción y prevención de la salud mental para la población general, dirigidos a niños y adolescentes así como a las familias; en colaboración con otras Consejerías (Educación y Universidades, Empleo y Políticas Sociales) e instituciones (Cabildos, Ayuntamientos).

Actividades

- 6.1.1. Formulación y realización de intervenciones para promocionar la salud mental en la infancia y la adolescencia, que formarán parte de las estrategias de acción de la atención primaria, especializada y salud pública para la detección de situaciones de riesgo (aislamiento social, abusos, maltrato, etc.).
- 6.1.2. Estrategias de promoción e información dirigida a responsables institucionales y medios de comunicación: incrementar la presencia de información oficial ofertada y promocionada por las asociaciones profesionales, producir y divulgar buenas prácticas, divulgación de información sobre recursos existentes.
- 6.1.3. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa conjunto de prevención del acoso escolar en la infancia y adolescencia, en coordinación con Atención Primaria, Servicios Sociales y Educación.
- 6.1.4. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa de prevención del suicidio en la infancia y adolescencia, en coordinación con Atención Primaria, Salud Pública, Servicios Sociales y Educación.

6.1.5. Elaboración, implantación y desarrollo de un programa de seguimiento entre Atención Primaria, Servicios Sociales y Salud Mental de aquellos niños cuyos padres presentan un TMG.

6.1.6. Colaboración en la realización de campañas destinadas a fomentar los factores protectores dirigidos a la población general.

Objetivo específico 6.2. Promoción y prevención en población con TMG o con riesgo de padecerlo.

Actividades

6.2.1. Colaboración en la elaboración, implementación y desarrollo de la Estrategia de Atención Temprana, atendiendo especialmente al niño de 0 a 6 años, que aborde los Trastornos del Desarrollo.

6.2.2. Desarrollo de intervenciones en Atención Primaria y en Salud Mental dirigidas a ofrecer apoyo a las familias que cuidan y atienden niños y adolescentes con enfermedades crónicas discapacitantes, para prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño de su rol.

6.2.3. Desarrollo de intervenciones en Atención Primaria y en Salud Mental dirigidas a ofrecer apoyo a niños y adolescentes con limitaciones secundarias a patología orgánica.

6.2.4. Realización de actividades formativas dirigidas a orientadores escolares de Primaria, Secundaria y Bachillerato, trabajadores sociales y otras figuras significativas en el entorno del menor y familias de riesgo de presentar un TMG.

6.2.5. Intervenciones dirigidas a fomentar la integración y reducir el estigma de menores con enfermedad mentales, dirigidas a profesionales de la salud, de la comunicación, de la educación, de la judicatura, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.

6.2.6. Adecuación progresiva de recursos humanos y materiales a las necesidades particulares de los niños y adolescentes con trastornos mentales: necesidades de ocio, de relación, de ocupación y de participación, con respeto a su intimidad, su dignidad y libertad de movimientos.

Objetivo específico 7. Mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud mental Infanto-Juvenil.

Actividades

7.1. Inclusión, en el Programa de Formación de Salud Mental, del área formativa en salud mental infanto-juvenil.

7.2. Desarrollo de acciones formativas y de sensibilización para profesionales y agentes de otras redes de atención Infanto-Juvenil (colectivos profesionales claves no sanitarios), tales como servicios sociales y educativos, en cuanto a promoción de la salud mental infanto-juvenil y detección precoz de trastornos en este grupo de edad.

Objetivo específico 8. Promocionar la investigación en Psiquiatría y Psicología Clínica infanto juvenil

Actividades

8.1. Disponer de adecuados sistemas de registro, evaluación y acceso a la información epidemiológica en la Red de Salud Mental infanto-juvenil.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE PERSONAS DE EDAD AVANZADA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

Según recientes datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población mundial está envejeciendo rápidamente. Entre 2015 y 2050, la proporción de la población mundial mayor de 60 años se multiplicará casi por dos, pasando del 12% al 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 a 2000 millones de personas. Este envejecimiento poblacional producirá un importante impacto en las necesidades de salud y en los patrones de enfermedad, al contribuir a incrementar las tasas de enfermedad crónica y discapacidad. Este hecho, ya insoslayable en nuestra sociedad, supone un reto sanitario de primer orden, del que la atención en Salud Mental es un componente fundamental.

Canarias no es ajena a esta tendencia y, según el Instituto Canario de Estadística, el índice de vejez ha ido incrementándose progresivamente en la última década, pasando del 12,35% en 2006, al 15,07% en 2016. Destaca el envejecimiento de la población de las islas menores de la provincia de Santa Cruz de Tenerife, con índices superiores al 20%, comparados con los índices más bajos de Fuerteventura y Lanzarote, que rondan el 10%. Las estimaciones para los próximos años nos indican que el envejecimiento de la población continuará en alza.

A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan la salud mental de las personas. Además de las causas generales de tensión con que se enfrenta todo el mundo, muchos adultos mayores se ven privados de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos, de modo que necesitan asistencia a largo plazo. Además, entre los ancianos son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido, un descenso del nivel socioeconómico como consecuencia de la jubilación o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionarles aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia.

Por otro lado, los adultos mayores también son vulnerables al maltrato, sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; al abandono; a la falta de atención y a graves pérdidas de dignidad y respeto. Los datos actuales, según la OMS, indican que una de cada 10 personas mayores sufre maltrato. Los programas de intervención psicogeríátrica deben garantizar una buena coordinación con el entorno judicial, las fuerzas de orden público y los servicios sociosanitarios para un adecuado abordaje de este grave problema.

Según la OMS, los trastornos neuropsiquiátricos representan el 6,6% de la discapacidad total en este grupo etario y, aproximadamente, un 15% de los adultos de 60 años o mayores sufren algún trastorno mental.

2. Canarias

El Plan de Salud de Canarias 2016-17 incluye una línea de actuación encaminada a adecuar la oferta asistencial sanitaria y socio-sanitaria al perfil de envejecimiento y de la atención a las enfermedades crónicas, entre ellas las demencias, a través de una respuesta coordinada entre los ámbitos e instituciones responsables potenciando la atención domiciliaria integrada.

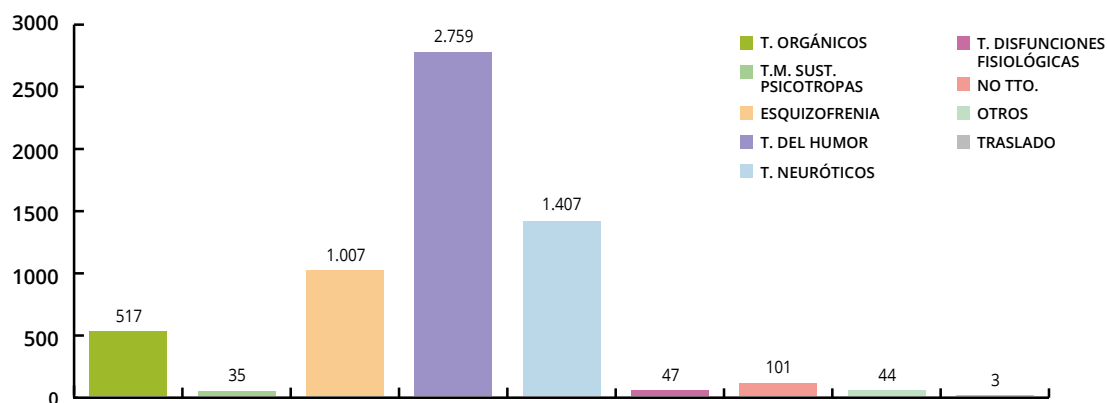
Los resultados de la Encuesta de Salud de Canarias, realizada en 2015, muestran que a mayor edad, mayor es la probabilidad de sufrir un problema de salud mental. Concretamente, el 26,6%

de los pacientes mayores de 64 años obtuvieron puntuaciones sugestivas de padecer un trastorno mental, convirtiéndose en la segunda franja de edad con mayor prevalencia, tras las personas con edades comprendidas entre los 45 y 64 años (27%).

Los datos del Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP) de 2015, nos informan que se atendieron en las Unidades de Salud Mental (USM) de Canarias un total de 11.439 personas mayores de 60 años.

Los diagnósticos más frecuentes en personas mayores de 65 años, según el RECAP (2016), correspondieron por orden decreciente a Trastornos del humor, Trastornos neuróticos, Esquizofrenia y Trastornos orgánicos, tal y como se muestra en la gráfica adjunta:

SEXO	T. ORGÁNICOS	T. M. SUST. PSICOTROPAS	ESQUIZOFRENIA	T. DEL HUMOR	T. NEURÓTICOS	T. DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS	T. DE LA PERSONALIDAD	RETRASO MENTAL	T. MENTAL SIN ESPECIFICACIÓN
M	312	8	577	2.123	1.023	24	54	25	2
V	205	27	430	636	384	23	47	19	1
SUMA TOTAL	517	35	1.007	2.759	1.407	47	101	44	3



La suma total de pacientes mayores de 65 años diagnosticados de demencia ascendió a 154 personas (99 mujeres y 55 varones).

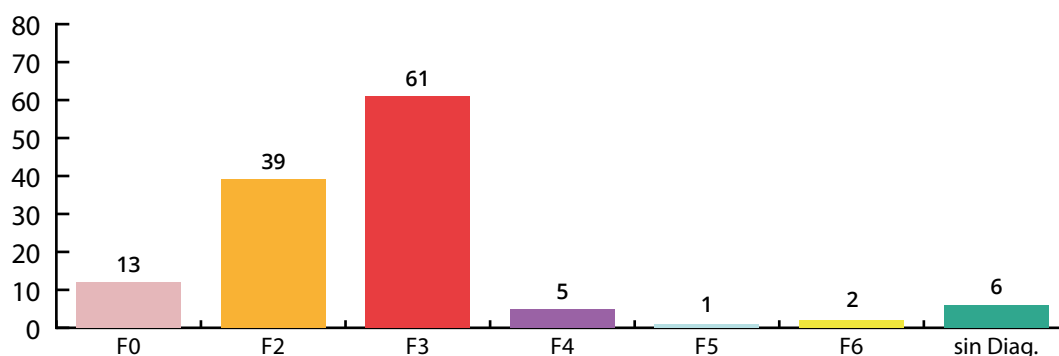
Respecto a la actividad asistencial, en el año 2016 se realizaron un total de 24.751 consultas en las USM, correspondiendo el 66,53% a mujeres, tal y como se desglosa en la siguiente tabla:

Consultas de pacientes mayores de 65 años. Canarias. 2016

SEXO	CONSULTAS TOTALES	CONSULTAS SUCESIVAS	PRIMERAS CONSULTAS
M	16.468	14.468	1.745
V	8.283	7.581	702

Se indicaron un total de 130 altas en las Unidades de Internamiento Breve (UIB) a pacientes mayores de 65 años durante 2016, la mayoría con diagnósticos de F2 y F3, tal y como se refleja en la siguiente gráfica:

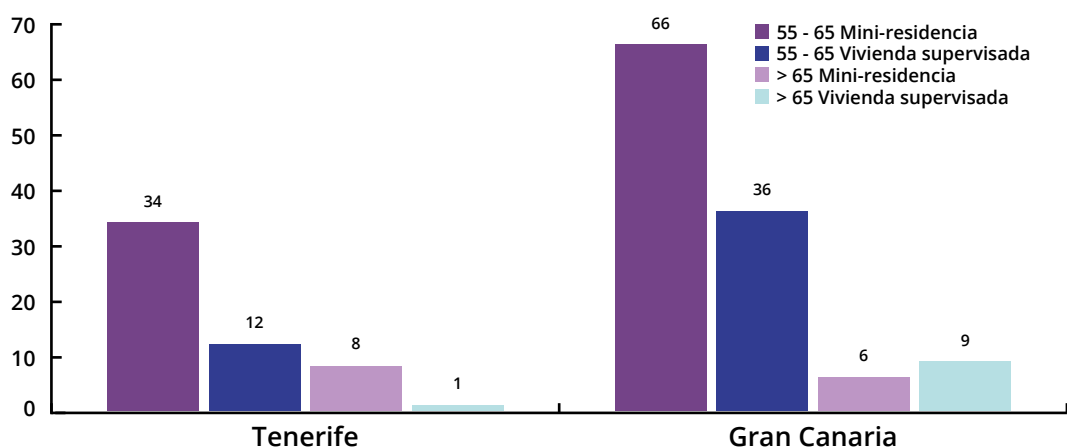
Plazas ocupadas en Recursos Alojativos por pacientes mayores de 55 años con TMG



Con el propósito de optimizar la atención a mayores diagnosticados de Trastorno Mental Grave (TMG), se estableció como medida previa indispensable la evaluación de las necesidades de atención domiciliaria, residencial, y psicogerítrica de los mayores diagnosticados de TMG, con el fin de realizar reubicaciones cuando fuera necesario atendiendo a sus necesidades. En este contexto, el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales del SCS, en coordinación con profesionales de las USM, realizaron un análisis pormenorizado de las necesidades alojativas de este segmento poblacional. La tipología de los recursos valorados fueron: atención domiciliaria, vivienda supervisada, mini-residencia, residencia para mayores y residencia de psicogeriatría.

En la actualidad hay 172 plazas ocupadas por personas mayores de 55 años en recursos alojativos de Tenerife (32%) y Gran Canaria (68%). El 86% de estas plazas están ocupadas por personas con edades comprendidas entre 55 y 65 años. Respecto a la tipología del recurso el más utilizado es la miniresidencia con un 66,3% de las plazas. En la gráfica siguiente se puede observar la distribución por islas y rango de edad:

Plazas ocupadas en Recursos Alojativos por pacientes mayores de 55 años con TMG



Se analizaron las necesidades alojativas de 3.255 pacientes con TMG con edades comprendidas entre los 55 a 65 años (1.982 pacientes) y mayores de 65 años (1.273 pacientes) atendidos en las USM entre enero de 2015 y octubre de 2016. En el 40,7% del total de pacientes valorados se estimó que necesitarían un recurso alojativo. De éstos, el 39,7% tenía edades comprendidas entre los 55 a 65 años y el 42,3% era mayor de 65 años. La distribución por islas y tipología de recursos alojativos se refleja en la tabla siguiente:

Necesidades de Recursos Alojativos para pacientes mayores de 55 años con TMG

ISLA	ATENCIÓN DOMICILIARIA	VIVIENDA SUPERVISADA	MINI-RESIDENCIA	RESIDENCIA	PSICOGERIATRÍA
Tenerife	151	23	123	143	40
La Palma	21	1	7	8	4
El Hierro	8	0	0	3	0
La Gomera	5	3	2	7	0
Gran Canaria	134	24	50	345	100
Lanzarote	45	0	27	6	24
Fuerteventura	8	0	5	4	5
TOTAL	372	51	214	516	173

Muchos de los pacientes en situación de alta, que ocupan plaza en unidades de media y larga estancia del SCS, y que llevan esperando durante años una plaza en un recurso alojativo específico, son de edad avanzada. Del total de 55 pacientes en esta situación, se estima que 22 de ellos precisan un recurso específico para personas mayores (residencia o psicogeriatría). Esta situación es muy grave, en primer lugar porque no permite a los pacientes que carecen de recursos alojativos continuar con su proceso de rehabilitación y recuperación. En segundo lugar, porque esta ocupación de camas imposibilita que otros pacientes que requieren este recurso puedan ser ingresados en él para proseguir con su tratamiento integral. Coincide, asimismo, que se trata de pacientes con mayor gravedad clínica y con mayores necesidades terapéuticas y de rehabilitación. Además, a todo esto hay que añadir el colapso que sufren las urgencias hospitalarias como consecuencia de la falta de camas disponibles en hospitalización. En definitiva, se trata de una situación grave que termina produciendo repercusiones a múltiples niveles, afectando al adecuado tratamiento de las personas con trastorno mental en diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental.

3. Atención a los trastornos mentales más prevalentes

La Ley General de Sanidad y las recomendaciones de organismos internacionales, consideran de modo preferente las intervenciones en el ámbito de la Psicogeriatría. La atención a los trastornos mentales en la edad geriátrica debe ser entendida como un programa longitudinal integrado funcionalmente con el resto de programas de salud mental, reconociendo que la Psicogeriatría atiende a una población con necesidades específicas y cuya demanda suele estar por debajo de la prevalencia real, que se estima en un 35% de la población mayor de 65 años, según la Sociedad Española de Psicogeriatría.

Las intervenciones han de centrarse especialmente en los trastornos mentales más frecuentes entre las personas mayores, fundamentalmente la depresión/ansiedad y el deterioro cognitivo/demencia, sin olvidar otras áreas como la conducta suicida, toxicomanías y la polifarmacia/manejo inadecuado de psicofármacos:

Depresión/ansiedad: estos trastornos se caracterizan por una incidencia elevada (el 15% de la población mayor tiene síntomas de depresión clínicamente significativos y un 15% padece una afección de ansiedad), mal pronóstico (sólo un tercio de las personas con depresión alcanza una recuperación completa transcurridos dos años desde el diagnóstico), importante impacto funcional (tan grande o peor que muchas enfermedades crónicas, como las afecciones coronarias, la artritis o la diabetes), incrementan el uso de los servicios médicos y se encuentran relacionados con el deterioro cognitivo.

Deterioro cognitivo/demencia: más de 5 millones de personas de la Unión Europea padecen demencia. Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero y tiene un impacto físico, psicológico, social y económico en los cuidadores, las familias y la sociedad. La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, que representa entre un 60 y un 70% de todas las demencias, aumenta progresivamente desde el 2% entre la franja de edad de 65 a 69 años, hasta el 22% entre las personas mayores de 85 años. Como consecuencia del envejecimiento demográfico de la población, se espera el doble de casos en 2040 en Europa occidental y el triple en los países de Europa del este. Además, los estudios demuestran que la mayor parte de la población no conoce bien los primeros síntomas de la enfermedad y que un alto porcentaje de médicos de atención primaria no detectan adecuadamente los síntomas precoces, todo lo cual propicia el retraso del diagnóstico.

En Canarias se elaboró el "Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias" (Gobierno de Canarias, 2011), coordinado por la Dirección General de Programas Asistenciales. Como estrategia mixta de difusión del manual y de formación continuada de ámbito autonómico, basados en este manual, se realizaron dos cursos en línea durante los años 2013 y 2016, con una significativa acogida. Sus objetivos básicos fueron mejorar las competencias y actualizar los conocimientos y habilidades de los profesionales que atienden a los pacientes con demencia en nuestra comunidad.

En Canarias, las personas con sospecha de demencia o demencia establecida cuentan con consultas monográficas en todos los hospitales de referencia capitalinos, aunque dependientes de los servicios de Neurología. Aunque el rol de los profesionales de la salud mental en esta patología es fundamental en el tratamiento de síntomas psiquiátricos y conductuales que surjan a lo largo de la evolución, así como en el diagnóstico diferencial con otros trastornos psiquiátricos y el apoyo a los cuidadores, la realidad es que la implicación se reduce a escasas interconsultas ambulatorias por parte de Neurología y Atención Primaria, así como valoraciones puntuales en los servicios de urgencias o en psiquiatría de enlace. Los escasos pacientes diagnosticados de demencia en las USM o ingresados en las UIB, contrastan con la estimación de 25.000 personas con algún tipo de demencia en Canarias.

Como muestra de una colaboración que pudiera extenderse al resto de la Comunidad Canaria, en el Hospital Universitario de Canarias se cuenta desde 2010 con una participación directa de un psiquiatra a tiempo parcial, dos turnos de mañana al mes, en la "Consulta monográfica de trastornos de la memoria y demencias", que funciona como una unidad interdisciplinar, aunque sin un espacio físico propio. En la actualidad, se realiza un seguimiento conjunto a unas 50 personas con trastornos de la memoria.

Las barreras y áreas de mejora más destacadas que sugiere el "Proyecto MapEA: mapa de recursos para enfermos de Alzheimer" (Martínez-Lage et al., 2018), para Canarias son las siguientes: falta de concienciación tanto de la población como de los profesionales sanitarios, inexistencia de una prevención específica del deterioro cognitivo, dificultad en el diagnóstico debido a la insuficiente accesibilidad al sistema sanitario, la polifarmacia y el uso de fármacos que empeoran la función cognitiva como los opiáceos o las benzodiazepinas, estigmatización, presión asistencial con largas listas de espera, enorme distancia temporal en las revisiones ambulatorias, falta de formación específica en Psicogeriatría por parte de los profesionales sanitarios, la hegemonía de los neurólogos, que dificulta el correcto diagnóstico de otras áreas de las que no son especialistas, ausencia de las pruebas de evaluación neuropsicológica específica en la cartera de servicios del SCS, falta de especialistas en Neuropsicología en la sanidad pública, escasez de plazas en centros sociosanitarios, demora de las ayudas a la dependencia y criterios de ingreso muy exigentes.

Conducta suicida: hay una tendencia general al incremento del suicidio con el envejecimiento. Además, un porcentaje muy alto de los intentos de suicidio entre estos adultos son fatales. La Encuesta de Salud de Canarias, nos indica que el 9,58% de las personas mayores de 65 años habían presentado pensamientos suicidas en algún momento de su vida, mientras que según el Instituto Canario de Estadística, la tasa de suicidio consumado por 100.000 habitantes/año superó en 2015 a la media de la Comunidad Canarias (9,05) en todas las franjas de edad de personas mayores de 60 años: 13,69 (60-69 años), 14,05 (70-79 años) y 12,40 (>79 años). Estas cifras se hallan en un rango medio (5-15) según la clasificación establecida por la OMS, aunque cercanas al rango alto (15-30).

Toxicomanía: los problemas de alcoholismo y abuso de sustancias pueden causar un agravamiento de los trastornos mentales en las personas mayores, y a la inversa, los problemas psicológicos, sociales y de salud, experimentados durante la vejez, pueden colaborar como factores de riesgo en el alcoholismo y el abuso de las sustancias tóxicas.

Polifarmacia/uso incorrecto de psicofármacos: los datos actuales de dispensación de psicofármacos en Canarias nos alertan de la magnitud de este problema, que afecta principalmente a personas mayores debido a su vulnerabilidad biológica y social. Según los datos del Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación, del Servicio Canario de la Salud (SCS), durante el año 2016, se dispensaron aproximadamente 177.000 envases de antipsicóticos, 962.000 de ansiolíticos, 463.000 de hipnóticos y 689.000 de antidepresivos, en mayores de 65 años. La variación respecto a 2015 correspondió a un -2,20% (antipsicóticos), -3,45% (ansiolíticos), -2,10% (hipnóticos) y 2,22% (antidepresivos). La Dosis Habitante Día (DHD) en el año 2016 correspondió a: 23,63 (antipsicóticos), 150,86 (ansiolíticos), 144,07 (hipnóticos) y 190,67 (antidepresivos). El gasto farmacéutico superó los 13 millones €, sin contar los eutimizantes ni los fármacos específicos para el tratamiento de las demencias.

4. Prevención

Entre las recomendaciones propuestas para mejorar la atención a los trastornos mentales de las personas mayores se incluyen también las relativas a la prevención:

Prevención primaria: estimular la creación desde el ámbito administrativo, político y social de programas específicos para mejorar el afrontamiento de los cambios que suceden en el último periodo de la vida; fomentar la participación en el entorno social; y promocionar hábitos de vida que redunden en un mejor nivel de salud mental.

Prevención secundaria: mejorar los métodos de diagnóstico que faciliten un tratamiento precoz de los problemas de salud mental de la población mayor de 65 años, facilitando la accesibilidad a los servicios ambulatorios de salud mental y a las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos.

Prevención terciaria: fomentar la permanencia del paciente en su medio natural y retrasar la institucionalización, mediante la implementación de los tratamientos rehabilitadores necesarios. Para ello deben complementarse los dispositivos para personas con demencia, con el acceso de personas mayores con otros trastornos mentales a centros y programas de rehabilitación psicosocial.

Prevención cuaternaria: se hace cada vez más necesario desarrollar programas destinados a evitar los frecuentes efectos adversos de los fármacos en general y de los psicofármacos en particular, con especial atención a la polimedicación.

5. Pilares para una atención integral y coordinada

Dado que la puerta de entrada del paciente psicogerítrico a los servicios sanitarios suele ser la atención primaria, los servicios sociales y los servicios de urgencia, resulta imprescindible una buena coordinación entre todos estos dispositivos. Para ello es necesario establecer un programa ambulatorio específico de atención psicogerítrica en los servicios de salud mental de las áreas sanitarias, con un responsable del programa en cada unidad de salud mental, que promueva la implicación de los profesionales en este ámbito, punto clave para el desarrollo del programa.

Un aspecto esencial para la adecuada atención integral en salud mental es el relativo a la hospitalización, debiéndose proporcionar las condiciones necesarias para ingresos de pacientes psicogerítricos en unidades de agudos y de media/larga estancia, sin limitar el acceso por razón de la edad.

La atención a los cuidadores, principal soporte comunitario de atención a esta población, es primordial. Deben establecerse estructuras de apoyo y descarga que se traduzcan en una atención más eficaz y eficiente, facilitando el acceso a recursos intermedios como centros de día, centros de rehabilitación psicosocial, unidades de rehabilitación psiquiátrica u hospitales de día. Pero el apoyo a los cuidadores no se logra sólo con estas medidas, sino que también se necesitan programas específicos dirigidos a mejorar su salud física y psicológica, así como apoyo psicoterapéutico, incluso tras el fallecimiento de la persona a la que cuidaba.

La implicación en el desarrollo de los programas de atención psicogerítrica de las diferentes asociaciones de enfermos y familiares de enfermos mentales es imprescindible, puesto que es parte fundamental de la atención y apoyo al paciente mayor, soportando gran parte de la carga asistencial.

La formación en psicogeriatría dista aún de ser la adecuada en Canarias. La formación de los residentes de psiquiatría se incluye de forma opcional en rotaciones externas fuera de Canarias. En cuanto a la formación continuada, apenas ha tenido presencia en la formación organizada a través del Programa de Formación en Salud Mental. La investigación en psicogeriatría también ha sido anecdótica, sin que exista aún ningún grupo de investigación dedicado a esta. El análisis periódico de las características sociodemográficas de nuestra población y de la actividad asistencial en nuestra Comunidad son pilares básicos para orientar en la toma de decisiones relativas a la gestión.

Bibliografía

Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales Manual de actuación en la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Santa Cruz de Tenerife: Gráficas Sabater; 2011.

Martínez-Lage P, Martín-Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J, Formiga F. Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2018; 53: 26-37.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Demencia. Una prioridad de salud pública. [Internet]. Washington DC: OMS; 2013. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf?ua=1

OMS. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra: Suiza; 2015. Recuperado a partir de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf

OMS. Organización Mundial de la Salud. Demencia. Nota descriptiva [Internet]. 2016. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

OMS. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva [Internet]. 2016. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL 1

Proporcionar una atención integral a las personas de edad avanzada con trastornos mentales y a sus cuidadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1.1. Establecer una adecuada coordinación entre la Red de Salud Mental y otros dispositivos asistenciales y sociales implicados en la atención a las personas de edad avanzada con trastornos mentales.

Actividades

- 1.1.1. Elaborar e implementar un protocolo de atención psicogerítrica en las USM, centrado en los aspectos de coordinación con Atención Primaria, Neurología, Geriátrica y Servicios Sociosanitarios, que contemple la continuidad de cuidados de las personas de edad avanzada con trastornos mentales.
- 1.1.2. Identificar aquellos trastornos mentales y situaciones clínicas que deban ser priorizados, y realizar cuantas acciones sean necesarias para su priorización efectiva.
- 1.1.3. Designar a un responsable de la implantación y seguimiento del protocolo de atención psicogerítrica en todas las USM que dispongan al menos de dos psiquiatras en su organigrama.
- 1.1.4. Realizar actividades asistenciales de enlace, en las USM donde esté implantado el protocolo de atención psicogerítrica, con el personal técnico y auxiliar de los centros residenciales socio-sanitarios para mayores dependientes y centros de día, del área de cobertura de cada USM, realizando tareas de consulta y de apoyo y orientación en el desarrollo de medidas de promoción, prevención y atención a la Salud Mental de los/las residentes.
- 1.1.5. Establecer una cooperación asistencial con cada una de las cuatro consultas monográficas de Trastornos de la Memoria y Demencias existentes en Canarias.

Objetivo específico 1.2. Conocer y facilitar el acceso de las personas de edad avanzada con Trastornos Mentales Graves (TMG), a los recursos de atención domiciliaria, residencial y psicogerítrica, así como al resto de dispositivos especializados de la Red de Salud Mental y de Drogodependencias.

Actividades

- 1.2.1. Elaborar una guía de recursos socio-sanitarios específicos para personas de edad avanzada con trastornos mentales en Canarias.
- 1.2.2. Elaborar un censo de las necesidades en atención domiciliaria, residencial y psicogerítrica de los mayores diagnosticados de TMG, tratados en las USM, y actualizarlo anualmente.
- 1.2.3. Crear un subprograma específico dentro del Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), con la dotación económica suficiente, que establezca la creación y gestión de los recursos socio-sanitarios necesarios para cubrir la demanda de alojamiento específico o atención domiciliaria destinado a personas de edad avanzada con TMG.

-
- 1.2.4. Facilitar el acceso de las personas mayores con trastornos mentales, sin límite de edad, a los dispositivos especializados de la Red de Salud Mental y de drogodependencias, siempre que cumplan los criterios clínicos de inclusión establecidos de cada uno de los dispositivos.

Objetivo específico 1.3. Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastornos mentales.

Actividades

- 1.3.1. Elaborar y difundir, en Atención Primaria y los Servicios de Urgencias, un documento sobre métodos de diagnóstico precoz de los trastornos psicogerítricos más prevalentes (depresión y demencia).
- 1.3.2. Implementar un protocolo de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos, coordinado con el Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación y Atención Primaria, centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.
- 1.3.3. Promover el acceso de las personas de edad avanzada tratadas en las USM a los tratamientos psicoterapéuticos.
- 1.3.4. Mejorar la atención sanitaria de los pacientes mayores hospitalizados con trastornos mentales, mediante el aumento de los recursos.
- 1.3.5. Mejorar la atención sanitaria de los pacientes mayores hospitalizados con trastornos mentales, mediante la mejora de la atención durante los ingresos.

Objetivo específico 1.4. Afianzar la relación entre la Red de Salud Mental y las asociaciones de personas con trastorno mental (incluyendo las demencias) y sus familiares, así como los centros sociales de atención a los mayores, promoviendo su participación en la elaboración de programas de atención psicogerítrica y su contribución en las actividades formativas que precisen.

Actividades

- 1.4.1. Promover la participación de responsables de las asociaciones de personas con trastornos mentales (incluyendo las demencias) en la elaboración de programas de atención psicogerítrica.
- 1.4.2. Realizar actividades formativas específicas en Psicogeriatría (charlas, conferencias, talleres, mesas redondas y asesoramiento), que sean de interés para los miembros de las asociaciones y los centros de mayores, haciendo énfasis en la prevención, detección precoz y desestigmatización de las enfermedades mentales, manejo de las alteraciones conductuales y síntomas psiquiátricos, así como el fomento y la promoción del envejecimiento activo y saludable.

Objetivo específico 1.5. Prestar apoyo a las personas del entorno familiar que actúan como cuidadores de personas mayores y habilitar recursos de respiro y tratamiento diurno.

Actividades

- 1.5.1. Crear un grupo psicoeducativo de apoyo a cuidadores de personas de edad avanzada con TMG, tratados en las USM.
- 1.5.2. Habilitar un Hospital de Día específico para personas de edad avanzada con TMG en ambas provincias, en coordinación con las USM.

OBJETIVO GENERAL 2

Mejorar la formación en Psicogeriatría de los profesionales implicados en el tratamiento de las personas de edad avanzada con trastornos mentales, hasta lograr unas adecuadas competencias técnicas, relacionales y éticas, e impulsar la investigación en esta área de conocimiento.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 2.1. Potenciar la formación continuada en Psicogeriatría.

Actividades

- 2.1.1. Desarrollar la atención a la psicogeriatría en Canarias, en infraestructuras, recursos humanos, y aspectos funcionales, de forma que mejore la calidad de la formación en psicogeriatría, contemplada en los programas de formación de los residentes de salud mental.
- 2.1.2. Impartición de cursos de formación sobre temas del área de la psicogeriatría, dirigido a los profesionales de la red de salud mental, en ambas provincias, en el contexto del Programa de Formación en Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- 2.1.3. Impartición de cursos de formación sobre psicogeriatría, dirigido a facultativos de Atención Primaria, de residencias de mayores y otras especialidades médicas, así como personal de enfermería, en ambas provincias, cuyo contenido sea la detección precoz de los trastornos psicogeriátricos más comunes, el manejo farmacológico y no farmacológico de las alteraciones conductuales y síntomas psiquiátricos de la demencia y el uso adecuado de los psicofármacos en el anciano.
- 2.1.4. Realizar formación dirigida a los profesionales de la Red de Salud Mental para la mejora del diagnóstico y tratamiento de los trastornos que acompañan al envejecimiento en personas con discapacidad intelectual, especialmente en el Síndrome de Down.

Objetivo específico 2.2. Fomentar la investigación en el área de conocimiento de la Psicogeriatría.

Actividades

- 2.2.1. Creación de un grupo de investigación en Psicogeriatría en el contexto del Programa de Investigación en Salud Mental del SCS, que pudiera realizar, no solo proyectos locales, sino en cooperación con otros grupos similares del resto de las Comunidades Autónomas.

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PATOLOGÍA DUAL Y ADICCIONES

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

El consumo de drogas está influido por múltiples factores. En el desarrollo de la adicción influyen además de características biológicas, la función psicológica instrumental, estilos de vida, evolución de los valores culturales, etc. Se trata además de un fenómeno dinámico, condicionado por factores de carácter social, económico, con dimensiones locales, nacionales e internacionales (SNS, 2009).

La presencia en una misma persona de un trastorno mental junto con otro por uso de drogas (TUS) ha recibido diferentes denominaciones: patología dual, diagnóstico dual, trastorno dual, comorbilidad, doble diagnóstico, etc. Por otro lado, han sido utilizados en referencia a diferentes combinaciones de trastornos: trastorno mental y TUS, trastorno mental grave y TUS, Trastorno bipolar y TUS, adicciones sin sustancia en personas con un trastorno mental, discapacidad intelectual y trastorno mental, etc. Aunque los términos más habituales en la literatura anglosajona son los de diagnóstico dual, trastornos duales y comorbilidad, en español la denominación más aceptada es la de Patología Dual, denominación que, aunque arbitraria, permite a los clínicos identificar estos pacientes dentro del campo de la salud mental.

En este documento conceptuamos la patología dual (PD) como la presencia en una misma persona de un trastorno mental junto con un trastorno por uso de sustancias (TUS) (MSSSI, 2017). Esta comorbilidad constituye una entidad de alta complejidad, ya que además de la concurrencia de dos trastornos, se asocia otros factores que empeoran el pronóstico como son: una mayor gravedad y duración del trastorno, mayor discapacidad, mayor consumo de servicios sanitarios y hospitalizaciones, mayor riesgo de conductas violentas y de suicidio, deficiente conciencia de enfermedad, menor adherencia, más riesgo de abuso de fármacos, mayor comorbilidad con otras enfermedades somáticas, contextos familiares y sociales escasamente contenedores y/o disfuncionales y riesgo de marginalidad (Struzik et al., 2017). Por lo tanto, su evaluación y tratamiento supone un reto para las redes sanitarias y sociales, así como para las familias, que desempeñan un papel importante en el mantenimiento de estas personas en la comunidad. Por lo tanto, es preciso el desarrollo de una gama amplia de recursos para cubrir las necesidades de las personas con PD y sus familias.

La PD afecta especialmente a algunos grupos poblacionales más vulnerables, que requerirán un abordaje específico (PISMA, 2016). Se ha hallado que el 92% de la población reclusa con algún trastorno mental tenía antecedentes de trastorno por consumo de sustancias (Vicens, 2007). Las personas sin hogar constituyen uno de los colectivos más vulnerables; se estima que entre el 20% y el 35% padecen enfermedades mentales graves y presentan un riesgo muy alto de comorbilidad con un TUS (Muñoz et al., 2003).

2. Epidemiología

En el Epidemiologic Catchment Area Study, el 47% de las personas con esquizofrenia sufrían un TUS en algún momento de sus vidas y el 28% lo presentaban el momento del estudio. El trastorno bipolar con TUS se situó en el 56% (Regier et al., 1990). En un estudio realizado en Londres se halló que el 21,5% de las personas con esquizofrenia presentaban un TUS (Duke, 2001). En EEUU, en el estudio CATIE, se halló que el 60% de la muestra de pacientes con esquizofrenia usaba drogas y el 37% tenía un TUS (Swartz et al., 2006).

Hasta nuestro conocimiento, no existen estudios epidemiológicos sobre PD en España. En un estudio realizado en Madrid se halló que el 25% de las personas que consultaban en un dispositivo de Salud Mental, y el 63% de los que consultaban en un dispositivo de atención a las drogodependencias presentaban criterios de PD (Vega et al., 2015), una prevalencia similar al 70% hallado en otro estudio (Arias, 2013).

En Canarias no se dispone de estudios epidemiológicos sobre patología dual. Sin embargo, se cuenta con los datos del Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).

Pacientes con patología dual en Canarias – Año 2016

Isla	N.º de pacientes
Tenerife	1.203
Gran Canaria	910
Lanzarote	98
Fuerteventura	98
La Palma	88
La Gomera	74
El Hierro	24
Total	2.480

3. Estrategias y Planes

La Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 (MSPSI, 2011), establece, en el Objetivo General 4 (Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental) los objetivos específicos 4.25. “Adecuar los servicios con programas específicos para patología dual y en su defecto generarlos” y 4.26. “Definir e implantar protocolos clínicos de los procesos de atención más prevalentes en Patología Dual y/o de mayor complejidad clínica y asistencial”. Por su parte, en el Objetivo General 6 (Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental) incluye el objetivo específico 6.7. “Establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a los dispositivos asistenciales a pacientes con trastornos por consumo de sustancias para la detección y tratamiento precoz de la Patología Dual”.

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017 (SCS, 2016) contempla como una de las áreas prioritarias en salud mental la “Atención a las personas con Trastornos Mentales Graves”. Por su parte, el área de impacto 4 establece “Desarrollar el Sistema Canario de Salud orientado hacia la mejora de la Integración Asistencial [...]”

La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (Gobierno de Canarias, 2015) enfatiza atender la complejidad de los trastornos comórbidos crónicos mediante la coordinación y continuidad asistencial de todos los servicios sanitarios, sociales y sociosanitarios.

4. Estrategias de intervención

La intervención en PD debe ser integral y coordinada entre todas las instituciones y agentes implicados. Los programas de tratamiento integrados han demostrado su eficacia, teniendo en cuenta que, además del tratamiento psicofarmacológico, se requiere un abordaje psicosocial

(Vega et al, 2015). Es necesario, por tanto, avanzar en la cooperación entre ambos sistemas, incrementando intervenciones coordinadas y complementarias que completen circuitos asistenciales que garanticen continuidad y eficacia (PISMA 2016).

5. Recursos específicos para la PD

En España existe una red de tratamiento muy diferenciada para las adicciones, con una coordinación escasa con la Red de Salud Mental. Esta organización dificulta el tratamiento integral y la coordinación. En el momento actual en más de la mitad de las comunidades autónomas (CCAA) existe una integración funcional de ambas redes asistenciales, siendo la situación actual de ambas redes asistenciales muy heterogénea. Exceptuando algunas CCAA que cuentan con la integración de ambas redes, en general no hay estrategias ni planes específicos para el tratamiento de las personas con PD. Los equipos multidisciplinares constituyen la infraestructura básica del modelo comunitario de atención a la persona con PD para garantizar un tratamiento integral (Vega et al, 2015).

Según la Asociación Española de Patología Dual algunos puntos críticos de la situación actual son (Vega et al, 2015):

- No existe una generalización de modelos de coordinación entre dispositivos asistenciales para personas con PD, ni un procedimiento reglado para asignar los grados de responsabilidad de los diferentes profesionales implicados en un mismo caso.
- El acceso al circuito asistencial específico de las personas con PD con frecuencia es tardío y la atención insuficiente.
- Los programas específicos multidisciplinares e intersectoriales para la atención a los problemas del paciente con PD son escasos.
- Los dispositivos específicos de hospitalización completa y parcial para la PD son escasos.

6. La atención en Canarias

En Canarias la evaluación y tratamiento ambulatorio de las personas con drogodependencia se realiza en las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), que cuentan con equipos multidisciplinares. Estas UAD no están integradas en la Red de Salud Mental. Cuando se estima necesario el ingreso hospitalario con finalidad de desintoxicación, se realiza la derivación para ingreso en las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias. La indicación se realiza por médicos de las UAD. Otro requisito básico es la voluntariedad en el ingreso. Cuando existe patología dual, los pacientes reciben un seguimiento ambulatorio de forma conjunta por las USMC y las UAD.

Desde 2014, el SCS cuenta con un programa de patología dual específico en el Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Este programa tiene 2 áreas de actuación: ambulatoria y hospitalaria. A nivel hospitalario cuenta con una Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) con 4 camas para la desintoxicación de pacientes con origen en la Red de Atención a las Drogodependencias y 2 camas para pacientes con patología dual con origen en la Red de Salud Mental, por lo que se trataría de un dispositivo integrado entre ambas redes asistenciales. La distribución de camas es flexible según el perfil de la demanda asistencial y la estancia media es de 8-9 días. Cuenta con profesionales de psiquiatría, enfermería, terapia ocupacional y auxiliar de enfermería. A nivel ambulatorio, la unidad cuenta con actividad de consultas externas, llevada a cabo por un psiquiatra y una enfermera, en el contexto del Programa de Atención Integral a las Psicosis en Patología Dual. En este programa se atienden pacientes con trastornos del espectro psicótico y consumo de sustancias que son atendidos habitualmente tras un ingreso en la UIB por

un episodio de descompensación psicótica. Actualmente, con más de 100 pacientes atendidos, aproximadamente el 50% padecen primeros episodios psicóticos. El objetivo es realizar un seguimiento estrecho durante un periodo entre 6 meses y un año con enfoque en la prevención de recaídas y la psicoeducación, para conseguir estabilidad y abstinencia, con el objetivo de una posterior derivación a la USM de referencia.

En cuanto a las UAD, según la Dirección General de Salud Pública solo tres centros notificaron en el 2015 la disponibilidad de un programa específico: La Palma, UAD Zonzamas (Lanzarote) y la UAD de Gáldar (Gran Canaria). Las demás UAD trabajan en colaboración con las USM. Todos las UADs refieren buena colaboración con las USM.

7. Coordinación entre Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias.

La coordinación entre las redes de Salud Mental y de Atención a las Drogodependencias es deseable para una mejor atención a estos pacientes. En líneas generales no existe una coordinación entre ambas redes mediante reuniones periódicas. Las principales vías de comunicación entre ambas se produce según las necesidades concernientes a pacientes concretos, mediante notas o informes clínicos, o en menor proporción, mediante contactos telefónicos.

Bibliografía

Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente Adicciones. Adicciones. 2013; 25(2): 118-27.

Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015.

Duke PJ, Pantelis C, McPhillips MA, Barnes TR. Comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: epidemiological study in central London. Br J Psychiatry. 2001; 179: 509-13.

Muñoz M, Vázquez JJ, Panadero S, Vázquez C. Características de las personas sin hogar en España: 30 años de estudios empíricos. Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2003; 3(2): 100-16.

Regier D, Farmer M, Rae D, Locke B, Keiz S, Judd L, et al. Epidemiological Catchment Area study, Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological catchment Area (ECA) study. JAMA. 1990; 264: 2511-18.

SCS. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Aprobado en Consejo de Gobierno el 26 de septiembre de 2016. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía. III Plan integral de Salud mental de Andalucía 2016-2020 (PISMA). Sevilla: Consejería de Salud; 2016.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Toxicomanías, Sociedad Española de Patología Dual, Socidrogalcohol, Asociación Gallega de Psiquiatría, CIBERSAM. [Internet]. 2017. Guía de práctica clínica para el

tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias. Recuperado a partir de: http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_570_Guia_Patologia_Dual_compl.pdf

Struzik M, Wilczynski K, Chalubinski J, Mazgaj E, Krysta K. Comorbidity of substance use and mental disorders. *Psychiatr Danub*. 2017; 29(3): 623-28.

Swartz M, Wagner H, Swanson J, Stroup T, McEvoy J, Canive J, et al. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *J Nerv Ment Dis*. 2006; 194(3): 164-72.

Vega P, Szerman N, Roncero C, Grau-López L, Mesías B, Barral C, et al. Libro blanco: Recursos y necesidades asistenciales en patología dual. Madrid: SANED; 2015. Recuperado a partir de: <http://www.patologiadual.es/docs/libro-blanco-recursos-asistenciales-pdual2015.pdf>

Vicens E. Tratamiento de la esquizofrenia dual en instituciones penitenciarias. En: Szerman Bolotner N, Álvarez Vara CM, Casas Brugué M, coordinadores. *Patología Dual en esquizofrenia. Opciones Terapéuticas*. Barcelona: Glosa; 2007. p.173-86.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Proporcionar una atención integral a las personas con patología dual y adicciones, centrada en el usuario, y de forma coordinada entre las redes atención implicadas en el proceso terapéutico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Disponer de un sistema de evaluación y registro asistencial que ayude a detectar las necesidades de las personas con comorbilidad de trastorno mental y trastorno por uso de sustancias (TUS) y permita realizar análisis e informes de la situación.

Actividades

- 1.1. Realizar un análisis de la situación de las personas con patología dual en Canarias, con periodicidad anual.

Objetivo específico 2. Desarrollar un programa específico para el abordaje terapéutico integral y coordinado entre la Red de Salud Mental y la Red de Atención a las Drogodependencias, de las personas con coexistencia de trastornos adictivos y TMG. Tal programa debe incluir al menos los siguientes aspectos:

Objetivo específico 2.1. Un Plan Terapéutico Individualizado (PTI) común a todos los dispositivos sanitarios y sociales que intervienen con esa persona.

Actividades

- 2.1.2. Puesta en marcha de cuantas acciones sean necesarias para que se elabore un PTI tras la evaluación inicial de las personas con patología dual.
Observaciones: El paciente debe estar implicado en el proceso. El PTI estará integrado dentro del Programa de atención a personas con PD.

Objetivo específico 2.2. Recomendaciones para la detección precoz e intervención temprana en pacientes con trastorno de adicción y comorbilidad psiquiátrica grave.

Actividades

- 2.2.1. Elaborar un documento con recomendaciones para la detección e intervención temprana en pacientes con trastorno adictivo y comorbilidad psiquiátrica grave.
- 2.2.2. Promover la prevención, detección precoz e intervención temprana en TUS en pacientes diagnosticados de Trastorno Mental Grave, mediante actividades de psicoeducación, individual o grupal, grupos en encuentro entre pacientes y profesionales, etc.

Objetivo específico 2.3. Subprograma de atención al paciente con patología dual dentro de los programas de rehabilitación psicosocial.

Actividades

- 2.3.1. Elaborar un subprograma de atención a la patología dual en los programas de rehabilitación psicosocial, preferentemente de carácter autonómico (Sí/No).
- 2.3.2. Implementar las acciones contempladas en el subprograma de atención a la patología dual en los programas de rehabilitación.

Objetivo específico 2.4. Prevención e intervenciones específicas para grupos identificados de mayor riesgo y vulnerabilidad frente a la patología dual (población reclusa, sin hogar, menores en situación de riesgo, etc.).

Actividades

2.4.1. Desarrollar actividades de prevención de TUS en población infanto-juvenil identificada como vulnerable.

Ejemplo de población vulnerable: pacientes en seguimiento por Salud Mental Infanto-Juvenil, con antecedentes familiares de TMG, TUS, u otros trastornos mentales.

Ejemplos de tipos de actividades: psicoeducación (individual o grupal), charlas, seminarios, grupos de encuentro pacientes, padres y profesionales, tanto en el ámbito sanitario como en los centros educativos.

2.4.2. Actividades de prevención de TUS en pacientes con TMG: actividades de psicoeducación, (individual o grupal), charlas, seminarios, grupos de encuentro entre pacientes y profesionales, etc.

2.4.3. Realizar intervenciones adaptadas para tratar la patología dual en poblaciones especialmente vulnerables.

Objetivo específico 2.5. Inserción social: Promocionar la inclusión comunitaria de los pacientes con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica grave.

Actividades

2.5.1. Desarrollar actividades de inclusión comunitaria de los pacientes con TUS y comorbilidad psiquiátrica grave, que favorezcan la comunicación entre agrupaciones o asociaciones de pacientes y familiares afectados.

Objetivo específico 3. Desarrollar la formación e investigación.

Objetivo específico 3.1. Mejorar la formación de los profesionales ambas redes (Salud Mental y Atención a las Drogodependencias) y de otros profesionales sanitarios y sociales.

Actividades

3.1.1. Realizar actividades formativas dirigidas a profesionales de las redes de salud mental y de atención a las drogodependencias, en el contexto del Programa de Formación en Salud Mental de Canarias.

3.1.2. Integración de formación reglada de PD en el programa de los MIR, PIR y EIR.

Objetivo específico 3.2. Investigación: Fomentar la investigación en el campo de la patología dual y adicciones.

Actividades

3.2.1. Conformar un grupo de investigación que incluya profesionales de, al menos, las redes de salud mental y drogodependencias.

3.2.2. Desarrollar investigaciones relevantes en el campo de la patología dual y adicciones.

Objetivo específico 4. Mejorar la prevención en patología dual y adicciones.

Actividades

- 4.1. Desarrollar actividades de prevención de TUS en pacientes con Trastorno Mental Grave, tanto a nivel poblacional como directamente a los pacientes con TMG.
- 4.2. Proporcionar información básica a los pacientes con patología dual o adicciones, y a sus familiares sobre estos trastornos y los recursos y servicios disponibles en ambas redes.

Objetivo específico 5. Mejorar la dotación en infraestructuras y/o el funcionamiento de los recursos disponibles para la atención a la patología dual en el contexto de un modelo de atención homogéneo en Canarias.

Actividades

- 5.1. Realizar un análisis de resultados y coste-efectividad del programa de patología dual del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, con el fin de orientar a la conveniencia o no de su generalización en Canarias.
- 5.2. Facilitar la implementación general y homogénea en Canarias del modelo de atención a la patología dual que muestre una efectividad y coste-efectividad más adecuadas.
- 5.3. Realizar cuantas acciones sean necesarias para la mejora de la dotación en infraestructuras y/o el funcionamiento en la atención a la patología dual en el contexto de un modelo de atención homogéneo en Canarias.

LÍNEA ESTRATÉGICA 7: REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Enfoque actual de la Rehabilitación Psicosocial

Muchas de las personas que sufren trastornos mentales graves y persistentes presentan discapacidades, déficit y disfunción social que conllevan dificultades para el funcionamiento social autónomo. Su acceso al mundo laboral es más difícil, pierden su red social de apoyo y están en mayor riesgo de situaciones de desventaja social. Además, es frecuente que las familias y cuidadores afronten una sobrecarga provocada por el cuidado de estas personas.

Todo ello hace imprescindible que la atención comunitaria tenga en cuenta atender, junto con la problemática de la clínica psiquiátrica, a las dificultades psicosociales y necesidades sociales, evitando situaciones de marginación y exclusión social, y favorezca la rehabilitación e integración social. Es preciso articular una red de recursos de los sistemas sanitario y social que atiendan, de una forma coordinada, complementaria y asegurando la continuidad de atención, las necesidades de estas personas, y que apoyen su integración y participación social efectiva como ciudadanos de pleno derecho (Sobrino y Rodríguez, 2007).

La rehabilitación psicosocial debe entenderse como una estrategia de salud pública que guíe la asistencia a las personas más gravemente afectadas por enfermedades mentales, tanto por la intensidad y persistencia de los síntomas, como por su repercusión funcional y social (Uriarte, 2010).

Definición

El término “Rehabilitación Psicosocial” hace referencia a un conjunto de programas de intervención psicosocial y social para personas que sufren trastornos mentales graves y persistentes. El objetivo es mejorar la calidad de vida de estas personas, ayudándoles a asumir la responsabilidad de sus propias vidas, a manejarse con la mayor independencia posible en su entorno social y a actuar en la comunidad tan activamente como sea posible, con los apoyos que necesiten en cada momento.

Según las recomendaciones y los documentos de consenso actuales, la Rehabilitación Psicosocial debe basarse en un modelo de orientación comunitaria, integrada en los sistemas públicos de atención sanitaria y social. El desarrollo de los servicios estará centrado en atender las necesidades de los usuarios y sus familiares. La rehabilitación psicosocial debe ser transversal a toda la red de atención en salud mental, asegurando la continuidad asistencial, y ofrecerse precozmente a todas las personas que lo necesiten (MSC, 2007).

Planificación en rehabilitación psicosocial

La planificación en rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave debe tener en cuenta las siguientes perspectivas:

- **Recuperación.** En los últimos años se ha venido imponiendo la llamada perspectiva, orientación, o modelo de recuperación. Tal como señala el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 (OMS, 2013), el desarrollo de servicios de salud mental de buena calidad ha de tener un enfoque basado en la recuperación, que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales desarrollen y recuperen un proyecto de vida con sentido alcanzando sus propias aspiraciones y metas más allá de la enfermedad. La recuperación supone apoyarse en las capacidades y fortalezas de la persona y de su entorno, en la esperanza de usuarios y profesionales.

Un factor importante en el modelo de recuperación es el empoderamiento, entendido como un proceso por el que se recupera el control sobre la propia vida. Consta de cuatro dimensiones: autoconfianza, participación en las decisiones, dignidad y respeto, pertenencia y contribución a una sociedad más plural (WHO, 2010).

- **Derechos Humanos.** La consideración de los derechos humanos es un aspecto básico en rehabilitación psicosocial (Guinea, 2013). La OMS (WHO, 2012) propone cinco áreas estratégicas en la promoción de los derechos humanos en Salud Mental, en que las personas afectadas por enfermedad mental deberían poder acceder en condiciones de equidad con los demás ciudadanos de su entorno a los siguientes aspectos: el derecho a un adecuado estándar de vida y protección social; el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; el ejercicio de la capacidad legal, libertad personal y seguridad; protección ante la tortura, trato cruel o degradante, castigo o explotación, violencia o abuso; y derecho a la vida independiente y a ser incluidas en la comunidad.

Las mujeres con trastorno mental grave requieren una especial atención, por ser una población con mayor riesgo de maltrato, violencia y situaciones de mayor precariedad social. La perspectiva de género debe incorporarse a todas las acciones en rehabilitación psicosocial.

- **Prácticas basadas en la evidencia.** Aunque la rehabilitación psicosocial debe ser una actividad transversal a toda la red de atención, hay dispositivos específicos en los que constituye la práctica nuclear. Entre ellos se encuentran los centros de rehabilitación psicosocial, los programas de apoyo a la vivienda, de apoyo al empleo, los equipos de tratamiento asertivo comunitario o las unidades de hospitalización de orientación rehabilitadora (AEN, 2012). Atendiendo a las necesidades de las personas y tras una evaluación integral y formulación de un plan individualizado de rehabilitación, se desarrollan una serie de intervenciones, realizadas desde un trabajo en equipo, que han demostrado su eficacia o han sido recomendadas por el consenso de expertos. Entre ellas están: intervenciones familiares, terapia cognitivo-conductual, psicoeducación, rehabilitación cognitiva, programas de habilidades de la vida diaria, programas residenciales, de empleo, dirigidos al ocio y tiempo libre, afrontamiento al estrés (GPC, 2009, AEN, 2012).
- **Determinantes sociales.** Los factores sociales y de exclusión social tienen un gran impacto sobre la discapacidad vinculada al trastorno mental, dificultando la recuperación. La pobreza, el bajo nivel educativo, las dificultades en acceso a la vivienda o al trabajo suponen barreras para la integración social y el desempeño de roles socialmente significativos. La recuperación de las personas con trastorno mental grave también depende de las políticas y de los apoyos que se les preste en otros planes y acciones de las administraciones públicas (discapacidad, vivienda, empleo, justicia, educación, etc).

Las personas diagnosticadas de trastorno mental grave sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias de los prejuicios y actitudes sociales de rechazo. Una atención integral a las personas con trastorno mental grave no sólo tiene que cubrir suficientemente sus necesidades de apoyo e integración, sino que, simultáneamente, también debe establecer acciones que disminuyan o eliminen las consecuencias negativas del estigma (Muñoz et al., 2009). Por su importancia una de las Líneas Estratégicas de este Plan está dedicada a esa tarea.

2. Normativa de referencia

La legislación estatal, autonómica e internacional apoya la necesidad y la importancia de la atención en rehabilitación psicosocial, enfatizando la necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece el desarrollo de los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral a los problemas de la persona con enfermedad mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, incluye el “Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación”.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define la prestación de atención sociosanitaria como aquella que “comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”.

La Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia supuso el reconocimiento de un derecho social y de una serie de prestaciones para dar soporte a las personas con discapacidades propias de un trastorno mental grave.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (MSSSI, 2011), recomienda mejorar el acceso a todos los dispositivos o programas rehabilitadores, y aumentar el porcentaje de pacientes con trastorno mental grave que son incluidos en un programa de rehabilitación.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, ratificada por el Estado español en 2008 (CDPD) señala como propósito “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. En su artículo 26 insta a los Estados Parte a organizar, intensificar y ampliar servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales de forma que esos servicios y programas: a) comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona; b) apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

El Decreto 83/1998, de 28 mayo, por el que se constituyen los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) para enfermos mentales, señala que le corresponde a este órgano el diseño de Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial para personas con enfermedad mental así como asesorar a los responsables de los servicios sanitarios y sociales, públicos o privados, sobre la correcta utilización de todos los recursos y prestaciones, así como de los diferentes procedimientos para acceder a ellos.

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017 considera como una prioridad la atención al trastorno mental grave y recoge en sus líneas estratégicas la necesidad de asegurar la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, cuyo eje será la Unidad de Salud Mental Comunitaria, reduciendo el número de hospitalizaciones y mejorando su funcionamiento social y calidad de vida. Los modelos de referencia serán el “Tratamiento Asertivo Comunitario” y los “Programas de Continuidad de Cuidados”. Dicho Plan de Salud también recoge que se deben desarrollar y potenciar los aspectos contemplados en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Los planes y programas asistenciales deben incluir

intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización. Así mismo, como líneas de actuación, establece la necesidad de aumentar la eficacia de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), y los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC).

La Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (SCS, 2015) enfatiza la necesidad de la coordinación y continuidad asistencial con los Servicios Sociales y Sociosanitarios, y también considera necesaria la potenciación de la figura del paciente y del cuidador.

3. Situación en Canarias

En el análisis de la situación global de este Plan se expone de forma detallada la situación de la red de recursos sociales y sociosanitarios en Canarias, y su actividad. Se resumirán a continuación los aspectos más relevantes, además de datos y consideraciones adicionales.

El Programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias en el Sector de Salud Mental (PAD) se desarrolló en el período 2005–2010, integrando las acciones que se habían realizado en los años anteriores en los PIRP, especialmente en las islas capitalinas. Durante esos años se desarrolló una amplia red de dispositivos de rehabilitación. En esta red participan distintas administraciones, empresas y asociaciones del tercer sector.

Con la puesta en marcha de la Ley de Dependencia, el PAD se sustituyó por Convenios entre la Administración de la Comunidad Autónoma y los Cabildos Insulares. Las aportaciones y dificultades que supone el desarrollo de la Ley de Dependencia ya han sido comentadas en el análisis general de la situación, junto a las propuestas para subsanar las dificultades que puede provocar. La ruptura de la continuidad asistencial, la duplicidad de planes de atención a una misma persona, la posibilidad de una puerta de acceso a los recursos de rehabilitación y el alojamiento diferente a la Red de Salud Mental, suponen los mayores riesgos.

Hay que reconocer el esfuerzo realizado por los familiares en las últimas décadas para mantener a los pacientes con trastorno mental grave en la comunidad. Las asociaciones de familiares en Canarias han contribuido a desarrollar dispositivos intermedios de apoyo, facilitando pasar de una atención institucional a otra comunitaria.

La reciente incorporación de los usuarios al movimiento asociativo también ha contribuido a la lucha contra el estigma, y proporciona apoyo entre iguales. En Canarias se han puesto en marcha experiencias de incorporación en los programas de rehabilitación de usuarios expertos, y grupos de ayuda mutua. Las asociaciones de familiares y usuarios tienen representación en los CIRPAC y en la COMASAM.

4. Recursos y actividad

Según los datos del RECAP, en el año 2015 se atendieron 1.814 personas en los dispositivos de rehabilitación psicosocial de Canarias. La mitad de ellos acudieron a centros de día de rehabilitación psicosocial. La derivación se realiza desde las unidades de salud mental comunitarias.

El desarrollo de los dispositivos de rehabilitación ha sido desigual entre las islas, con una amplia dotación de recursos en las islas capitalinas y carencias en otras islas. Hay diferencias en la denominación de los dispositivos, en la dotación de profesionales y en la adscripción a distintas entidades gestoras. En general falta un mayor desarrollo en la atención domiciliaria, en el apoyo al empleo y en plazas residenciales.

Tabla 1. Comparación de la tasa de plazas en Canarias respecto a las recomendaciones

Tipo de Recurso	Nº de Plazas* Canarias	Tasa en Canarias* (100.000 hab.)	Mínimo ** (100.000 hab.)	Adecuado** (100.000 hab.)
CDRPS	807	38,42	30	50
Miniresidencias	293	13,95	15	30
Pisos	319	15,18	6	10

* Datos 2016. ** Recomendaciones Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. IMSERSO, 2007

Las plazas de rehabilitación hospitalaria (213 en UME y UCYR) está localizadas en las islas capitalinas, con unas ratios de 2,7/100.000 camas de UME, y de 8,1/100.000 camas de UCYR. La recomendación de camas en Unidades Hospitalarias de Rehabilitación, según el Cuaderno técnico de la AEN (2002) es de 8 a 10/100.000 hab.

El envejecimiento de la población, con un alto número de personas con trastorno mental grave en edades avanzadas, es un problema importante que requiere nuevas modalidades de atención y de provisión de recursos adaptados a esa etapa de la vida. La falta de plazas de mayores puede provocar un colapso en toda la red asistencial.

La tabla 2 muestra la previsión de necesidades a un año de atención en recursos alojativos, para personas mayores de 55 años con TMG.

Necesidades de Recursos Alojativos para pacientes mayores de 55 años con TMG. USM 2015 - 2016

ISLA	ATENCIÓN DOMICILIARIA	VIVIENDA SUPERVISADA	MINI-RESIDENCIA	RESIDENCIA	PSICOGERIATRÍA
Tenerife	151	23	123	143	40
La Palma	21	1	7	8	4
El Hierro	8	0	0	3	0
La Gomera	5	3	2	7	0
Gran Canaria	134	24	50	345	100
Lanzarote	45	0	27	6	24
Fuerteventura	8	0	5	4	5
TOTAL	372	51	214	516	173

La gráfica 1 refleja el envejecimiento de las personas alojadas en dispositivos residenciales. Así mismo, un número elevado de pacientes con TMG en situación de alta de las unidades hospitalarias de media y larga estancia, tal como se puede ver en la Tabla 3, carecen de un recurso de alojamiento al que poder ser derivados, a pesar de haber sido solicitado desde hace mucho tiempo.

Gráfica 1. Plazas ocupadas en Recursos Alojativos por pacientes mayores de 55 años con TMG

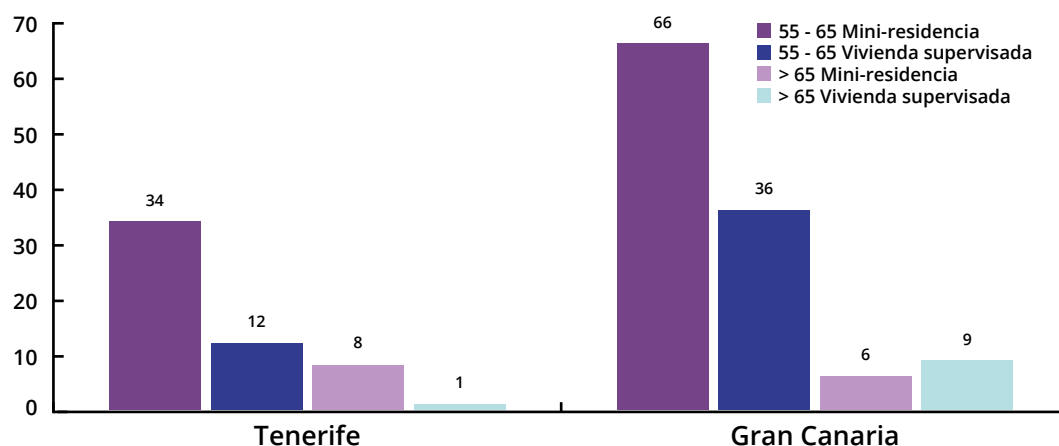


Tabla 3. Recursos solicitados de Alojamiento Tutelado para pacientes ingresados en Unidades de media y larga estancia.

ISLA	MINI-RESIDENCIA	VIVIENDA SUPERVISADA	MINI-RESIDENCIA	VIVIENDA SUPERVISADA
Tenerife	2	15	2	8
Gran Canaria	2	14	7	5
Total	4	29	9	13

En la islas capitalinas se han creado equipos de tratamiento asertivo comunitario (ETAC y ECA) que también se ocupan de la atención a personas sin hogar con trastorno mental grave.

Faltan programas de atención a poblaciones con trastorno mental grave y otras dificultades especiales: discapacidad intelectual, adicción a sustancias, población reclusa, personas de edad avanzada.

Los responsables de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial de Canarias, en coordinación con el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales y el Responsable del Plan de Salud de Canarias elaboraron, para las correspondientes Áreas de Salud, informes donde priorizaron acciones para 2016-2017. Las acciones consideradas comunes se concretan en los siguientes aspectos:

- Desarrollar e impulsar los CIRPAC a todos los niveles (participación, coordinación interinstitucional, planificación y evaluación de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial), adaptando su funcionamiento a la normativa y realidad social actual.
- Potenciar la atención domiciliaria y programas de alojamiento alternativo, integrando el Modelo Asertivo Comunitario.
- Diseñar e implementar programas de intervención temprana en las psicosis.
- Atender a los problemas de salud física en personas con Trastorno Mental Grave.

El establecimiento de una coordinación eficaz, que permita una actuación planificada y sinérgica entre los dispositivos sanitarios, sociosanitarios y sociales es uno de los grandes retos para desarrollar acciones de forma eficiente, armonizar la accesibilidad a los diferentes dispositivos y programas y garantizar la continuidad asistencial. Los CIRPAC y la COMASAM son los órganos colegiados claves para la coordinación. La línea estratégica 10 de este Plan está dedicada a la coordinación en este ámbito.

Bibliografía

AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. [Internet]. Hacia una reformulación de la Rehabilitación Psicosocial. Cuadernos técnicos, 16. Madrid; 2012. Recuperado a partir de: <http://www.aen.es/docs/CTecnicos16.pdf>

Consejería de Sanidad. Servicio Canario de la Salud. Estrategia de Abordaje a la Cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias, 2015.

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

Guinea R. Rehabilitación Psicosocial y Derechos Humanos. Rehabilitación Psicosocial. 2013; 10 (2): 1-3.

MSPS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. Madrid: IMSERSO; 2007.

Muñoz M, Pérez-Santos E, Crespo M, Guillén A. Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense; 2009.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS, 2013. Recuperado a partir de: www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/

Sobrino T, Rodríguez A. Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Madrid: Síntesis; 2007.

Uriarte, J. Evaluación de la Atención a la Enfermedad Mental Grave y Rehabilitación: algunos apuntes para el futuro. En: Fernández J, Touriño R, Benítez N y Abelleira C, editores. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid: FEARP; 2010.

WHO. World Health Organization. User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. [Internet]. 2010. Recuperado a partir de: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf

WHO. World Health Organization. WHO Quality Rights tool kit. [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/en

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL 1

Atender a las necesidades de las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) disponiendo de los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial suficientes, asegurando la continuidad asistencial a través de una red integrada de servicios, con una adecuada distribución geográfica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1.1. Disponer de un análisis periódico sobre las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave en Canarias.

Actividades

- 1.1.1. Actualización y cumplimentación de la ficha de necesidades de las personas con trastorno mental grave.
- 1.1.2. Realización de un análisis detallado por áreas de salud, de las necesidades de dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de las personas con trastorno mental grave en Canarias.

Objetivo específico 1.2. Disponer de un Programa Insular de Rehabilitación Psicosocial (PIRP) en todas las islas, atendiendo a su situación, particularidades y necesidades.

Actividades

- 1.2.1. Constitución de grupo de trabajo para la elaboración del PIRP, coordinado por el responsable de cada PIRP.
- 1.2.2. Realización efectiva del Programa.

Objetivo específico 1.3. Definir el número de plazas necesarias en cada área, los profesionales y sus competencias, la organización, coordinación, prestación de servicios y sistemas de información necesarios, con el fin de proporcionar con la mayor efectividad posible la variedad de programas y dispositivos de rehabilitación, adaptados a las diferentes realidades geográficas, garantizando el acceso de los usuarios mediante la indicación contenida en su plan individualizado de tratamiento, independientemente de su grado de dependencia.

Actividades

- 1.3.1. Elaboración de un documento con la definición de plazas necesarias en cada área, los profesionales y sus competencias, la organización, prestación de servicios, coordinación y sistemas de información necesarios.
- 1.3.2. Coordinación y acuerdo con otras administraciones implicadas para que el acceso esté garantizado mediante la indicación contenida en el plan individualizado de tratamiento del usuario, independientemente de su grado de dependencia.

Objetivo específico 1.4. Disponer en todas las áreas, en colaboración con otras administraciones, de un abanico de recursos de alojamiento alternativo (pisos y plazas residenciales) con distinto nivel de apoyo, que aseguren la cobertura de alojamiento para las personas con trastorno mental grave que lo requieran, con una adecuada distribución geográfica.

Actividades

- 1.4.1. Puesta en marcha de las plazas de alojamientos (individuales, compartidos, hogares funcionales) necesarias, en colaboración con otras administraciones.
- 1.4.2. Puesta en marcha de las plazas de mini-residencias (de entre 15 y 30 plazas por residencia) necesarias, en colaboración con otras administraciones.
- 1.4.3. Puesta en marcha, en colaboración con otras administraciones, de plazas de mini-residencia para personas con TMG y necesidad de tercera persona.
- 1.4.4. Coordinación con los organismos específicos de la vivienda para facilitar el acceso a viviendas sociales y/o de bajo alquiler a personas con TMG.
- 1.4.5. Coordinación con otras administraciones para disponer de plazas (10%) en las mini-residencias como recurso intermedio (posthospitalización) o de respiro familiar.
- 1.4.6. Puesta en marcha de un servicio de teleasistencia en todos los pisos asistidos.

Objetivo específico 1.5. Proporcionar, en colaboración con otras administraciones, programas de rehabilitación psicosocial en dispositivos específicos (centros de rehabilitación psicosocial, centros de apoyo psicosocial) en todas las áreas, asegurando la continuidad asistencial.

Actividades

- 1.5.1. Desarrollo de las plazas de rehabilitación psicosocial necesarias en colaboración con otras administraciones.

Objetivo específico 1.6. Facilitar en todas las áreas el acceso a dispositivos de rehabilitación hospitalaria y de media estancia de aquellas personas con TMG que lo requieran.

Actividades

- 1.6.1. Incremento de las plazas de rehabilitación hospitalaria necesarias.
- 1.6.2. Optimización de las estancias hospitalarias en función de los objetivos propuestos.

Objetivo específico 1.7. Potenciar la actividad de tratamiento asertivo comunitario en todas las áreas, adaptado a las diferentes realidades geográficas.

Actividades

- 1.7.1. Potenciación y creación de equipos de atención comunitaria (sea tipo TAC o de Case Management integrados en las USM) adaptados a las realidades geográficas de las islas.

Objetivo específico 1.8. Promover, junto con otras administraciones, la creación de programas de apoyo domiciliario que fomenten la autonomía personal, la calidad de vida y la permanencia de las personas con TMG en el entorno en el que residen, asegurando la continuidad asistencial.

Actividades

- 1.8.1. Puesta en marcha en cada área de un programa de apoyo domiciliario.

Objetivo específico 1.9. Ofrecer, cuando exista indicación, intervenciones rehabilitadoras a las personas en las fases iniciales de un trastorno psicótico.

Actividades

- 1.9.1. Puesta en marcha en cada dispositivo o programa de rehabilitación psicosocial de una programación específica para personas en las fases iniciales de un trastorno psicótico.

Objetivo específico 1.10. Desarrollar modalidades de atención para las poblaciones con TMG que presenten una mayor complejidad en su proceso asistencial y/o se encuentren en situación de riesgo de exclusión o dependencia (discapacidad intelectual; sin hogar; personas de edad avanzada; población reclusa).

Actividades

- 1.10.1. Puesta en marcha, en colaboración con otras administraciones y Asociaciones, de un programa para mejorar la atención a las personas con discapacidad intelectual y TMG.

Nota: Se considera que el programa debería contener los siguientes elementos: apoyos personalizados, promoción de un entorno óptimo, dignidad de la persona, y prevención primaria y secundaria. Como modelo de intervención, se considera especialmente indicado el de Apoyo Conductual Positivo, sin que esta consideración tenga carácter restrictivo ni prescriptivo.

- 1.10.2. Puesta en marcha, en coordinación con servicios sociales y ONGs, de un programa para atender a las personas sin hogar con TMG.

- 1.10.3. Proveer asistencia a los mayores con TMG en el recurso más conveniente, mediante la coordinación con otras administraciones y la agilización de traslados a centros sanitarios cuando haya indicación.

- 1.10.4. Asegurar la asistencia a la población reclusa con TMG, mediante la coordinación necesaria con otras administraciones y el desarrollo e implementación de un subprograma específico.

Objetivo específico 1.11. Desarrollar intervenciones para fomentar el autocuidado de la salud y los hábitos saludables de las personas atendidas en los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial, asegurando la coordinación y continuidad asistencial.

Actividades

- 1.11.1. Puesta en marcha de intervenciones dirigidas a fomentar el autocuidado de la salud y los hábitos saludables en las personas atendidas en todos los programas y dispositivos de rehabilitación psicosocial.

Objetivo específico 1.12. Considerar la perspectiva de género en todos los dispositivos y programas de rehabilitación, mediante la detección, atención y adecuación de las intervenciones en rehabilitación a los aspectos relacionados con el género.

Actividades

- 1.12.1. Puesta en marcha en los programas de alojamiento, de plazas para mujeres con TMG que puedan convivir con sus hijos.

- 1.12.2. Puesta en marcha de programas de habilidades de crianza para padres-madres con TMG que asisten a dispositivos y programas de rehabilitación.

- 1.12.3. Puesta en marcha de programas de "mujer y salud mental" para mujeres con TMG que asisten a dispositivos y programas de rehabilitación.

1.12.4. Fomentar la formación en perspectiva de género y TMG de los profesionales de los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial.

OBJETIVO GENERAL 2

Orientar hacia la recuperación la atención de las personas con TMG en los dispositivos y programas de rehabilitación, fomentando la participación y el empoderamiento, con respeto a los derechos humanos y asegurando la calidad asistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 2.1. Fomentar la participación de familiares y reforzar el respaldo a las asociaciones de usuarios y familiares.

Actividades

2.1.1. Puesta en marcha de actividades conjuntas con participación de asociaciones de familiares y usuarios.

Objetivo específico 2.2. Mejorar la atención a las familias y cuidadores de las personas con TMG.

Actividades

2.2.1. Disponer en todos los dispositivos y programas de rehabilitación psicosocial de programas de intervención familiar en formato unifamiliar y multifamiliar.

Objetivo específico 2.3. Promover la figura del “usuario experto” y la participación de los usuarios en todos los dispositivos y programas de rehabilitación.

Actividades

2.3.1. Puesta en marcha de actividades de formación de usuarios en autocuidados y apoyo mutuo.

2.3.2. Incorporación de la figura del usuario experto dentro de los equipos de rehabilitación psicosocial.

2.3.3. Participación de las personas atendidas en los dispositivos y programas de rehabilitación en el diseño, planificación y evaluación de actividades.

Objetivo específico 2.4. Fomentar la inserción laboral de las personas con TMG.

Actividades

2.4.1. Puesta en marcha de acciones de sensibilización en relación con la integración laboral de personas con TMG.

2.4.2. Realización de convenios con otras administraciones públicas (Servicio Canario de Empleo, Cabildos, Ayuntamientos) así como entidades privadas que trabajan la inserción laboral de colectivos en riesgo de exclusión o discapacidad para aumentar la contratación de personas con TMG.

2.4.3. Implementación de acciones que potencien competencias laborales de las personas con TMG (formación, talleres prelaborales, etc.).

2.4.4. Puesta en marcha de acciones que fomenten los programas de empleo con apoyo.

2.4.5. Recogida de demandas y necesidades en el área formativo-laboral en los Planes Individualizados de Rehabilitación de cada persona con TMG.

Objetivo específico 2.5. Garantizar una adecuada formación de todos los profesionales que intervienen en los programas y dispositivos de rehabilitación.

Actividades

- 2.5.1. Aprobar en cada CIRPAC un itinerario formativo obligatorio en rehabilitación desde la perspectiva de la recuperación para todo el personal de los Centros y Servicios concertados con la Administración.
- 2.5.2. Asegurar que se cumplan los objetivos formativos en rehabilitación de EIR, MIR, PIR.
- 2.5.3. Incorporación de personas usuarios y familiares expertos en la formación.
- 2.5.4. Realización de actividades de formación continuada en intervenciones de reconocida eficacia en rehabilitación psicosocial y en derechos de las personas con discapacidad.
- 2.5.5. Desarrollo de un programa formativo a voluntariado, específico en salud mental.

Objetivo específico 2.6. Promover la aplicación de las nuevas tecnologías en la práctica asistencial y en la coordinación y comunicación entre administraciones, profesionales y dispositivos.

Actividades

- 2.6.1. Informatizar y disponer de conectividad de la red de rehabilitación con la red sanitaria general y especializada.

Objetivo específico 2.7. Asegurar la calidad de la atención en los programas y dispositivos de rehabilitación.

Actividades

- 2.7.1. Realización de una Guía de recursos de rehabilitación, derechos y deberes.
- 2.7.2. Realización de Planes Individualizados de Tratamiento en cada una de las Unidades de Salud Mental para cada uno de los pacientes con TMG, con perspectiva integral, teniendo en cuenta sus necesidades y contando con la colaboración de estos y su familia.
- 2.7.3. Evaluación de satisfacción de los usuarios de los programas y dispositivos de rehabilitación con periodicidad bienal.
- 2.7.4. Evaluación de resultados de los programas y dispositivos de rehabilitación que incluya la calidad de vida y funcionalidad en todos los dispositivos y programas de rehabilitación con periodicidad bienal.

LÍNEA ESTRATÉGICA 8: PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTIGMA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

Los avances en el tratamiento de las personas con trastorno mental han sido importantes en las últimas décadas. Sin embargo, estos cambios no siempre han ido paralelos a cambios en la actitud y las creencias sobre las personas que sufren un trastorno mental, persistiendo una imagen social negativa, sustentada por prejuicios y falsas creencias.

Según algunos autores (Bentall et al., 2007) en los últimos 10-12 años la opinión del público ha empeorado respecto a los trastornos mentales graves (TMG). La principal causa la atribuyen a las explicaciones biogenéticas y a la tendencia a equiparar enfermedades físicas y mentales. En esta misma línea, la Comisión de Enfermedades Mentales y Salud de EE.UU plantea que el principio de similitud entre enfermedad mental y física ha sido un estandarte que ha causado la antipatía y la indiferencia de la población general y que ha hecho que las actitudes hacia los TMGs empeoren, agravando las percepciones de peligrosidad, impredecibilidad y el deseo de distanciamiento.

Según la investigación llevada a cabo en 2005 en la Comunidad de Madrid “Estigma y Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental”, enmarcado en el Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y duradera 2003-2007, los estereotipos más frecuentes son: peligrosidad y relación con actos violentos, responsabilidad, ya sea sobre el padecimiento de la enfermedad o por no haber sido capaz de ponerle remedio mediante tratamiento, incompetencia e incapacidad para tareas básicas de la vida, impredecibilidad de su carácter y sus reacciones y falta de control. Además, un 39% de la población general siente pena por las personas con trastorno mental y un 56% confunde el trastorno mental con la discapacidad intelectual y/o del desarrollo. Por otro lado, el 44% de las personas con trastorno mental informa haber tenido experiencias de discriminación en el área laboral, el 43% en las relaciones con los amigos y el 32% con los vecinos. El 37% de las personas con trastornos mentales ha tenido experiencias de discriminación dentro de su propia familia. También en este estudio se señala un tratamiento inadecuado de las noticias que tienen que ver con los trastornos mentales en los distintos medios: 20% prensa, 58% radio y 36% televisión. Finalmente, se proponen una serie de líneas de acción: 1. Integrar laboral y socialmente a los afectados. 2. Potenciar las estrategias de afrontamiento de la discriminación y defensa de los derechos: “empoderar y hacer legítimas las demandas”. 3. Mejorar la información para las familias, usuarios, profesionales y la sociedad en general. 4. Proporcionar a los medios de comunicación publicaciones de normas éticas y medidas de control de un adecuado cumplimiento de éstas y difusión social de noticias positivas.

2. Consecuencias del estigma

Aunque el estigma tiene un efecto negativo sobre distintos problemas de salud mental, parece evidente que son las personas afectadas por trastornos mentales graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida, encontrándose con dos tipos de problemas: los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente y los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención (López et al. 2008).

Las consecuencias de la confluencia de ambos problemas, el trastorno mental y el estigma, son una considerable disminución de la calidad de vida, un mayor riesgo de discriminación y de situaciones de exclusión. Por tanto, limita o impide una participación real y efectiva en la sociedad.

La discriminación puede darse en las leyes y normativas, en la planificación y gestión de los servicios, y afectar a casi cualquier actividad de la vida, ya sea la oportunidad de formación, el acceso a ocupación o empleo, a mantener relaciones sociales significativas, o a acceder a una vivienda. Incluso impide o limita en muchas ocasiones la participación en el propio tratamiento. En definitiva, el estigma supone múltiples formas de discriminación y provoca claras vulneraciones de los derechos más básicos de las personas con trastorno mental.

Las consecuencias negativas del estigma, se incrementan cuando la persona interioriza las creencias y actitudes negativas de la sociedad, lo que da lugar al autoestigma. La pérdida de confianza y autoestima, y el acusado sentimiento de inutilidad causados por el autoestigma afectan gravemente a la vida de las personas y a su recuperación, generando situaciones de aislamiento y desesperanza.

El estigma además constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento, de la recuperación y de la integración de las personas con trastorno mental. Así, la OMS señala la importancia de preparar políticas e implementar actividades en contra del estigma y la discriminación, promoviendo el bienestar mental a través del desarrollo de campañas dirigidas al fomento de una imagen más positiva de la enfermedad mental.

3. Intervenciones antiestigma

En cuanto a las intervenciones para la reducción del estigma o la discriminación relacionados con la enfermedad mental, el contacto social es el tipo de intervención más eficaz para mejorar el conocimiento y las actitudes relacionadas con el estigma a corto plazo, pero esta evidencia es débil a medio y largo plazo (Thornicroft et al. 2016). Algunas intervenciones antiestigma a nivel de grupo son prometedoras, pero se necesitan estudios con seguimiento a largo plazo y metodológicamente sólidos (Thornicroft et al 2016; Mehta et al. 2015; Gronholm et al. 2017). Entre otras estrategias esenciales, se ha destacado la importancia del trabajo directo sobre el autoestigma, que el usuario pueda reconocer sus fortalezas y los avances que va consiguiendo en el proceso rehabilitador, la normalización de sus síntomas, su participación en acciones de lucha contra el estigma y la asunción de roles de apoyo de otros usuarios como los grupos de ayuda mutua, las técnicas de mentoring y las asambleas de usuarios (Navarro y Chévez, 2014).

Las intervenciones antiestigma deben ir orientadas al cumplimiento de lo formulado en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD), ratificada por el Estado español en 2008. Esta Convención recoge como principios generales el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia, el respeto a la diferencia y su aceptación, la no discriminación, la igualdad de oportunidades, la participación en la sociedad, la accesibilidad, la igualdad entre el hombre y la mujer y, por último, el respeto a la evolución de las facultades de niños y niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

A nivel nacional, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, en su línea estratégica sobre la promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con enfermedad mental, en el objetivo 3, establece la erradicación del estigma y la discriminación asociada a las personas con trastornos

mentales. Señala también que la mayoría de las CC.AA. lo han incluido en sus planes de salud mental y han realizado intervenciones para fomentar la integración y reducir la estigmatización de las personas con trastorno mental.

En España se han publicado en los últimos años diversos documentos de referencia sobre el estigma:

- El “Modelo de atención a las personas con trastorno mental grave” (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007), dedica el capítulo 15 a “La lucha contra el estigma”. Recoge los principales prejuicios y mitos que afectan al trastorno mental y propone abordarlos mediante acciones de disminución del estigma: información a la población, facilitación e integración comunitaria de las personas con trastorno mental grave así como modificaciones legales que faciliten estos cambios.
- El “Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría” (AEN, 2007) aporta información factual sobre la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y reducción del estigma. Está dividido en cuatro partes: 1. Definiciones y conceptos. 2. Posición de algunos organismos internacionales en esta materia. 3. Evidencia científica disponible y experiencias internacionales, europeas y españolas. 4. Recomendaciones generales y específicas.
- El estudio “Salud mental a inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma” (Confederación Salud Mental España, 2015) incluye una revisión bibliográfica y un análisis de la estigmatización de las personas con trastorno mental en los ámbitos sanitario, educativo, de los medios de comunicación, de los servicios sociales, del empleo, de las familias, del poder ejecutivo y legislativo, y del penitenciario.

En Canarias la situación es equiparable con lo señalado a nivel nacional, con la particularidad de un territorio dividido en siete islas, lo que implica una mayor complejidad. Existe un amplio consenso respecto a que es necesario intervenir sobre el estigma que sufren las personas con problemas de salud mental pero, hasta la actualidad, las iniciativas han sido de carácter parcial y no han obedecido a una planificación global. En este contexto, el establecimiento de una línea estratégica específica dedicada al estigma en el Plan de Salud Mental de Canarias supone un hito histórico en la lucha contra el estigma en nuestra Comunidad.

Entre las acciones antiestigma desarrolladas en Canarias en los últimos años, cabe destacar:

- La aportación realizada desde el marco de los Planes Insulares de Rehabilitación Psicosocial, a través de los diversos Programas de Rehabilitación Psicosocial, así como el desarrollo de los Programas de Empleo y Alojamiento Alternativo, que en los últimos años han permitido mejorar la respuesta a las diversas necesidades de las personas con trastorno mental.
- Celebración del Día Mundial de la Salud Mental en el ámbito comunitario, fomentando el contacto social, la formación y la concienciación social.
- Actividades puntuales de formación y concienciación en el ámbito educativo (charlas en institutos y colegios, jornadas de puertas abiertas, etc) y para población diana (personal de otras instituciones, por ejemplo ayuntamientos, ámbito sanitario, etc).
- Implementación de grupos de abordaje del autoestigma en algunos dispositivos de la Red de Salud Mental.
- Primeros programas de Ayuda Mutua.

- Grupos de Psicoeducación y Apoyo a familias.
- Creación de espacios de divulgación a través de medios de comunicación (por ejemplo, programas radiofónicos).
- Participación en el Aula del Paciente en el Hospital Doctor Negrín (Gran Canaria, 2016 y 2017).
- Sede de dos ediciones del Festival Europsy (Gran Canaria 2010 y 2016).
- Mayor peso de contenidos referentes al estigma, el autoestigma y los derechos de las personas con problemas de salud mental en la formación de residentes y otros trabajadores del ámbito sanitario y socio-sanitario.
- El movimiento asociativo de familiares y usuarios ha desempeñado y desempeña un papel fundamental en la lucha contra el estigma. Por ejemplo, en Tenerife, AFES Salud Mental viene confirmando durante los últimos años su compromiso en la lucha contra el estigma y el autoestigma, con iniciativas como Radio HIMALIA, espacio radiofónico conducido por personas con problemas de salud mental; las actividades realizadas anualmente en torno al Día Mundial de la Salud Mental y el Grupo de Empoderamiento. En esta línea, con iniciativas similares y un importante compromiso anti-estigma, se sitúan todas las Asociaciones de Familiares y Usuarios con las que contamos en nuestra Comunidad Autónoma. La Asociación de Usuarios Espiral, en Gran Canaria, desde 2011 ha realizado una amplia labor a través de jornadas de formación y divulgación o de las “Dinámicas de Participación ACTIVA2S”, que incluyen actividades y talleres con el objetivo de propiciar la cohesión e inclusión social del colectivo de personas con trastorno mental, empoderándolos en un rol proactivo y haciéndolos visibles a la comunidad. Este proyecto incluye la puesta en marcha de Grupos de Ayuda Mutua, la colaboración semanal en el espacio radiofónico de Canarias Radio La Autónoma, la colaboración como usuarios expertos en diferentes iniciativas de la Red de Salud Mental (por ejemplo, Proyecto IDEA) y múltiples actividades de ocio y formativas.
- La creciente colaboración y apoyo entre las asociaciones de familiares, de largo recorrido en Canarias, y las más recientes de usuarios, y los dispositivos de Salud Mental.
- Proyecto Saltando Muros, surgido en Tenerife en 2009 en forma de un blog escrito por personas ingresadas en el antiguo Hospital Psiquiátrico (actualmente conocido como Área Externa de Salud Mental), que posteriormente fue tomando la forma de un proyecto global de lucha contra el estigma, con diferentes iniciativas y campos de actuación.

En definitiva, el estigma es un fenómeno complejo, con amplias repercusiones en la vida de las personas con enfermedad mental y, por ello, resulta imprescindible seguir interviniendo a través de la planificación de servicios adecuados a las necesidades de las personas con trastorno mental, la inclusión prioritaria de objetivos antiestigma de forma transversal en los servicios de salud mental, la sensibilización de la sociedad y medios de comunicación y la formación y concienciación sobre los derechos de las personas con problemas de salud mental dirigida tanto a profesionales de salud, servicios sociales, centros educativos, fuerzas y cuerpos de seguridad, judicatura, como a las propias personas afectadas y sus familiares.

Bibliografía

AEN. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma. Madrid: AEN; 2007.

Bentall, R, Read J, Mosher L. Modelos de locura. Barcelona: Herder; 2007.

Confederación Salud Mental España, RED2RED Consultores. Estudio "Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma". Madrid: Confederación Salud Mental España; 2015.

Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad. Madrid: Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid; 2006.

Gronholm P, Henderson C, Deb T, Thornicroft G. Interventions to reduce discrimination and stigma: the state of the art. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2017; 52(3): 249-258.

López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Rev Asoc Neuropsiq*. 2008; 28(101): 43-83.

Mehta N, Clement S, Marcus E, Stona A, Bezborodovs N, Evans-Lacko S, et al. Evidence for efectivo interventions to reduce mental health-related stigma and discrimination in the medium and long term: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2015; 207(5): 377-84.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de atención a las personas con trastorno mental grave. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

Navarro D, Chévez C. Elementos esenciales en la Rehabilitación Psicosocial de personas con trastorno mental grave: opinión de los expertos mediante un estudio Delphi. *Rehabilitación Psicosocial*. 2014; 11(1): 6-16.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Legislación sobre salud mental y derechos humanos, Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra: EDIMSA; 2005.

ONU. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Nueva York: ONU; 2006.

Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions targeting the stigma of mental illness at the workplace: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:1.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Prevención, reducción y erradicación del estigma, el autoestigma, la discriminación y la vulneración de derechos humanos en personas con trastornos mentales.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Disponer de un análisis de la situación periódico sobre el estigma (prejuicios y actitudes negativas), autoestigma y la discriminación (conductas reales) hacia personas con trastornos mentales en Canarias.

Actividades

- 1.1. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a colectivos clave sanitarios en relación a actitudes, creencias y conductas reales de discriminación sobre las personas con trastorno mental.

Nota: Colectivos clave sanitarios: Red de Salud Mental, Red de Atención a las Drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.

Colectivos clave no sanitarios: trabajadores sociales, empresarios y sindicatos, fuerzas de orden público, justicia, medios de comunicación, partidos políticos, colegios profesionales y educación.

- 1.2. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a colectivos clave no sanitarios en relación a actitudes, creencias y conductas reales de discriminación sobre las personas con trastornos mentales.

- 1.3. Realización de encuesta/análisis de situación dirigida a personas con trastornos mentales y sus familiares en relación a experiencias de estigmatización y discriminación.

- 1.4. Realización, publicación y divulgación de informes detallados con las conclusiones de las encuestas realizadas y propuestas de intervención con base a los datos recogidos.

Objetivo específico 2. Realizar acciones de sensibilización y concienciación en la población general que promuevan una actitud positiva y normalizada hacia las personas con trastornos mentales.

Actividades

- 2.1. Realizar campañas especializadas de divulgación dirigidas a la población general, centradas en transmitir la realidad actual de las personas con trastornos mentales y las posibilidades reales de recuperación, tratamiento e integración social, potencialidades y derechos.

- 2.2. Realizar actividades de sensibilización, divulgación y visibilización del colectivo, propiciando el contacto social de la población general con las personas con trastornos mentales y fomentando la participación directa de éstas en la planificación y desarrollo de dichas actuaciones de prevención y lucha contra el estigma.

Objetivo específico 3. Formar y sensibilizar a colectivos clave sanitarios sobre trastornos mentales y estigma:

Colectivos clave sanitarios: Red de Salud Mental, red de Atención a las Drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.

Actividades

- 3.1. Realizar intervenciones formativas y de sensibilización dirigidas a profesionales sanitarios: Red de Salud Mental, red de atención a la drogodependencias, Atención Primaria, Emergencias (112) y Servicios de Urgencia hospitalarios y extra-hospitalarios.
- 3.2. Incorporar contenidos sobre derechos humanos y salud mental, abordaje del estigma y autoestigma y enfoque de recuperación a los residentes en salud mental.

Objetivo específico 4. Formar y sensibilizar a colectivos clave no sanitarios (trabajadores sociales, empresarios, fuerzas de orden público, justicia, medios de comunicación, colegios profesionales, sindicatos, partidos políticos, ONGs y ámbito educativo).

Actividades

- 4.1. Realizar intervenciones formativas y de sensibilización dirigidas a colectivos clave no sanitarios: trabajadores sociales, empresarios, fuerzas del orden público, justicia, medios de comunicación, colegios profesionales, sindicatos, partidos políticos, ONGs y ámbito educativo (colegios e institutos), promoviendo la participación en esas actuaciones, siempre que sea posible, de personas con trastornos mentales (usuarios expertos).
- 4.2. Difusión de Guías de sensibilización y Buenas Prácticas en Salud Mental dirigidas a los profesionales de los medios de comunicación.

Objetivo específico 5. Prevención y disminución del autoestigma en personas con trastorno mental en la Red de Salud Mental.

Actividades

- 5.1. Realización de actividades de atención al autoestigma en todos los recursos de la Red de Salud Mental (que abarquen la prevención y evaluación del autoestigma, el fomento del desarrollo personal y del proyecto vital individual, con especial atención a aquellas que padezcan un trastorno mental grave).

Objetivo específico 6. Garantizar una práctica profesional que promueva la participación y el empoderamiento de las personas con trastornos mentales en su proceso de tratamiento y de recuperación, que respete los derechos humanos y su desarrollo personal individual.

Actividades

- 6.1. Elaborar una encuesta de satisfacción única para la Red de Salud Mental de Canarias, para cada uno de los dispositivos de la red.
- 6.2. Elaborar un documento sobre los aspectos éticos y legales en Salud mental y abordaje del estigma, que se difundirá en el ámbito del Servicio Canario de la Salud, dirigido a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios relacionados con la atención a personas con trastornos mentales.

-
- 6.3. Realización de actividades formativas dirigidas a los profesionales de la Red de Salud Mental para que incluyan como eje de la atención en salud mental la toma de decisiones compartidas, el uso del consentimiento y la planificación anticipada de decisiones, con el objetivo de favorecer la autonomía, el empoderamiento, la participación y la protección de los derechos de los usuarios, evitando medidas de sobreprotección y coerción.
-
- 6.4. Inclusión en la historia clínica de salud mental de documentos específicos para el registro de decisiones anticipadas de tratamiento y designación de un representante para actuar de interlocutor en situaciones de crisis.
-
- 6.5. Elaborar un documento de acogida que incluya información sobre los aspectos funcionales de los dispositivos de salud mental disponibles, la Carta de Derechos y Deberes de las personas usuarias y el procedimiento de quejas y reclamaciones.
-
- 6.6. Adecuación de los protocolos de atención en los Servicios de Urgencias para evitar la discriminación de las personas con trastornos mentales, mediante la evaluación y revisión junto con los Servicios hospitalarios y extrahospitalarios implicados de los procedimientos de atención en Urgencias.
-
- 6.7. Implantación de sistemas de evaluación de satisfacción y de detección de necesidades y expectativas en los Servicios de Salud Mental.
-
- 6.8. Desarrollo de Programas de Ayuda Mutua y entrenamiento en Usuario Experto dirigidos a personas con trastornos mentales (común y grave), desde los dispositivos de Salud Mental.
-
- 6.9. Diseño, implantación y evaluación de acciones destinadas a disminuir las medidas coercitivas y situaciones de asimetrías de poder en el ámbito de los servicios de atención a la salud mental, tendiendo a su desaparición.
-
- 6.10. Participación efectiva de las personas con trastorno mental en sus planes individualizados de tratamiento, rehabilitación y recuperación.
-
- 6.11. Incorporación de la figura de Usuario Experto a los Servicios de Salud Mental

Objetivo específico 7. Realizar acciones de carácter preventivo y reducción y erradicación del estigma en el entorno familiar de las personas con trastornos mentales.

Actividades

-
- 7.1. Impulsar la participación de los movimientos de familiares y personas afectadas.
-
- 7.2. Implementar grupos de psicoeducación familiar e intervenciones unifamiliares en los que se aborde el estigma y el autoestigma de familiares y personas afectadas.

Objetivo específico 8. Disminuir la discriminación social que sufren las personas con trastornos mentales en diferentes contextos de su vida y fomentar y promover su inclusión social.

Actividades

-
- 8.1. Incrementar recursos específicos de Rehabilitación Psicosocial orientados a la inclusión social de las personas con trastornos mentales graves, sobre todo en las islas menores.
-
- 8.2. Coordinación y colaboración con programas orientados a la inclusión social desarrollados por asociaciones de personas usuarias, asociaciones de familiares, ONGs, Ayuntamientos y otras instituciones implicadas.
-
- 8.3. Favorecer y potenciar programas de Apoyo al Empleo en los dispositivos de Salud mental.
-
- 8.4. Favorecer y potenciar programas de Alojamiento Alternativo.
-

8.5. Garantizar la evaluación adecuada de las personas con Trastorno Mental Grave en la Ley de Dependencia.

8.6. Garantizar el acceso a una prestación económica que garantice un modo de vida digna.

Objetivo específico 9. Promover la participación de Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en los órganos sanitarios y sociosanitarios.

Actividades

9.1. Inclusión de las Asociaciones de personas con trastorno mental y Asociaciones de familiares de personas con trastorno mental en el diseño, planificación y evaluación de las políticas de salud mental que les afecten así como en grupos de trabajo de los servicios de Salud Mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 9: SALUD MENTAL Y GÉNERO

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

Es un hecho que mujeres y hombres presentan diferentes modos de enfermar, de diagnosticarse, tratarse y curarse, no sólo por sus diferencias biológicas, sino por sus diferentes estilos de vida, roles y responsabilidades. Las perspectivas biopsicosocial y de género muestran un complejo sistema de factores de riesgo sobre la salud mental de las personas, determinado por complejas interacciones entre cuerpo, mente y contexto social que intervienen en el proceso salud-enfermedad. Las estadísticas muestran que las mujeres realizan más consultas relacionadas con su salud mental que los hombres, a raíz, posiblemente, de una mayor percepción de sus estados emocionales y sus sensaciones corporales, con un mayor índice de sensibilidad a la ansiedad; que la salud de las mujeres se beneficia más de relaciones sociales estables pero padece más estrés interpersonal derivado de sus roles de cuidado y ayuda (Mingote, 2000); que son atendidas por los servicios médicos de Atención Primaria en mayor medida por patologías psiquiátricas, estados psicológicos o trastornos como ansiedad, depresión, trastornos de la alimentación, la sexualidad y el sueño, irritabilidad, hipervigilancia, fatiga, dolores inespecíficos, fobias, miedo, desolación, trastorno de pánico, conducta autodestructiva y síndrome postraumático; y que consumen con mayor frecuencia psicofármacos, prescritos o no (Labra, 2014). Por su parte, los hombres muestran un menor índice de sensibilidad a los problemas de los demás, por lo que son menos vulnerables ante las experiencias de pérdida o estrés; consultan en menor grado a los servicios médicos de Atención Primaria; presentan un mayor índice de conductas adictivas y de riesgo (tabaco, droga, alcohol, conductas hostiles), tienen menor percepción del riesgo y peor afrontamiento de riesgos para la salud (Mingote, 2000) y son diagnosticados con mayor frecuencia por los servicios especializados en casos de depresión e ideación suicida. Las mujeres presentan altas prevalencias en trastornos depresivos, de ansiedad y de fobias; mientras que en los hombres son más prevalentes los trastornos de personalidad, peligrosidad social, adicciones y conductas de riesgo (Montero et al., 2004). Existen condicionantes previos en las diferencias de morbilidad psiquiátrica de mujeres y hombres: genéticos y endocrinos (influencia del ciclo reproductivo y hormonal, que regula la actividad neurotransmisora, receptora y efectora), así como biopsicosociales, culturales y de género (Montero et al., 2004).

La superación de los paradigmas tradicionales hacia la construcción de nuevos enfoques requiere un descentramiento de la mirada biomédica, hegemónica en el discurso y las prácticas profesionales y el aporte de múltiples disciplinas y campos del conocimiento, que permitan una comprensión y una intervención adecuadas a las necesidades diferenciales de mujeres y hombres en salud mental (Grela y López, 2000).

2. Situación en Canarias

En Canarias la situación social y las condiciones de vida entre hombres y mujeres continúan desiguales en términos globales. No obstante, existen varias leyes y normas estatales y autonómicas dirigidas a reducir estas inequidades entre sexos y por tanto dirigidas hacia la igualdad entre mujeres y hombres. Destacamos la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres; Ley 1/2010, 26 febrero, Canaria de Igualdad entre Mujeres y Hombres; Estrategia para la Igualdad de Mujeres y Hombres 2013-2020 del Gobierno de Canarias, concretamente el eje estratégico "Vida saludable y atención a las necesidades de la salud diferencial debidas al género"; y el III Plan de Salud de Canarias, 2016-2017 del Servicio Canario de la Salud, que establece en una de sus líneas "Promover la igualdad y el respeto a la diversidad,

así como una atención sanitaria que contemple las diferencias entre mujeres y hombres y la incidencia de las variables de género en los procesos de salud-enfermedad como en la atención y el acceso a los servicios sanitarios”.

En Canarias, la población oficial es, a 1 de enero de 2016, de 2.101.924 residentes, con 16.248 mujeres más que hombres. Desde el año 2011 la tendencia anual ha sido el aumento poblacional en el sexo femenino y el descenso en el masculino. Por islas, Lanzarote, Fuerteventura, La Gomera y El Hierro son las que menos población femenina tienen, con un 49,26%; 48,17%; 49,14% y 49,07% respectivamente. Por el contrario esa relación es mayor a la media autonómica en Tenerife (50,78%), Gran Canaria (50,47%) y La Palma (50,54%) (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

Según la Encuesta de Salud de Canarias (ISTAC, 2016) el porcentaje de personas que valoraba su estado de salud en los últimos 12 meses como “bueno” o “muy bueno” fue del 73,57%; más elevada en los hombres (76,69%) que en las mujeres (70,50%). Esta diferencia entre sexos se acentúa entre las personas de 65 y más años (59,93% de hombres frente al 45,16% de mujeres). Respecto a la salud mental, en el año 2015, el 23,68% de los ciudadanos en Canarias con 16 años o más tenían riesgo de sufrir un problema de salud mental (algo inferior al encontrado en el año 2009, en el que se halló el riesgo para el 25,62% de esta población). Los resultados muestran que a mayor edad, mayor es la probabilidad de sufrir un problema de salud mental, encontrándose a partir de los 45 años de edad el grupo con mayor frecuencia de trastornos mentales. Por su parte, en el 27,08% de las mujeres se evidenció la presencia de un probable trastorno psiquiátrico mientras que en los hombres fue del 20,16%. En cuanto a la conducta suicida, el 10,8% de la población de 16 y más años ha experimentado pensamientos suicidas alguna vez en su vida, siendo más frecuentes en las mujeres que en los hombres (13,42% vs. 8,11% respectivamente) (ISTAC, 2016). El suicidio consumado ha correspondido mayoritariamente a hombres. En el periodo correspondiente a los años 2017-2015, las cifras de suicidios fueron 1.206 (hombres) y 334 (mujeres), lo que supone un ratio de 3,61 / 1. Este ratio es concordante con el que se produce en los países occidentales (4:1) (MSPSI, 2012).

Por último hay que señalar otro gran problema relacionado con la discriminación social por razones de género que tiene un enorme impacto sobre la salud, que es la violencia contra las mujeres. Este fenómeno, del que se conoce sólo una pequeña parte, está presente en todos los países del mundo en los que se ha estudiado, independientemente de su grado de desarrollo, afecta a todas las razas, clases sociales, colectivos (sean laicos o religiosos), y constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad en la mujer. En muchas sociedades la violencia contra las mujeres forma parte del orden establecido y con frecuencia es el único método conocido para la resolución de conflictos.

Las llamadas atendidas por el Servicio de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia del 112 del Gobierno de Canarias han mostrado una tendencia claramente ascendente entre 1999-2016, con 2.021 llamadas en 1999 y 14.390 en 2016. De las 14.390 llamadas en 2016, el 41,8% (6.021) constituyeron emergencias (casos de peligro) (Instituto Canario de Igualdad, 2017). En el primer trimestre de 2017 hubo 576 denuncias por violencia de género. Por su parte, la tasa de mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja en Canarias ha mostrado una tendencia descendente, como se muestra en la siguiente tabla:

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nº	6	4	6	5	5	7	3	2	2	1	3	2
Tasa*	7,20	4,70	7,00	5,70	5,60	7,71	3,28	2,20	2,19	1,10	3,28	1,89

*Tasa por millón de mujeres.

Fuente: Instituto Canario de Igualdad, 2017

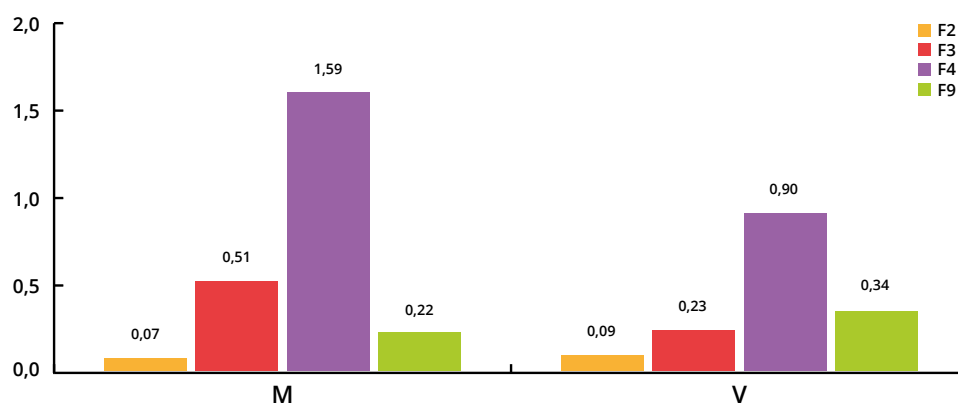
Entre los años 2005 y 2016 han muerto en Canarias 46 mujeres por violencia de género, con una media anual de 3,83 y una tasa media por millón de mujeres de 4,32 (Instituto Canario de Igualdad, 2017).

3. Morbilidad asistida en las USM de Canarias

En las USM de Canarias, en el año 2016 se atendieron un total de 69.888 pacientes, con un ligero predominio del sexo femenino (55,74%) entre los pacientes (RECAP, 2016). A continuación se muestran las tasas de incidencia y prevalencia tratadas.

Incidencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

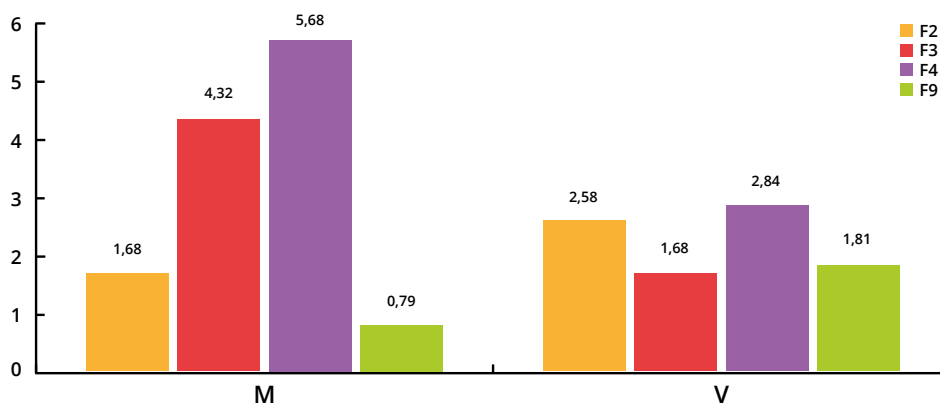
CANARIAS				
SEXO	F2	F3	F4	F9
M	0,07	0,51	1,59	0,22
V	0,09	0,23	0,90	0,34



El grupo diagnóstico con mayor incidencia tratada en Canarias, en ambos sexos, es el F4 (F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos). Sin embargo, la incidencia es mayor en el caso de las mujeres tanto en los diagnósticos del F4 como del F3 (1,59 y 0,51) que en el de los hombres (0,90 y 0,23). Los diagnósticos del F2 y F9 son más incidentes en hombres (0,09 y 0,34) que en mujeres (0,07 y 0,22).

Prevalencia tratada por diagnóstico. Grupos F2, F3, F4 y F9. Canarias. Año 2016

SEXO	F2	F3	F4	F9
M	1,68	4,32	5,68	0,79
V	2,58	1,68	2,84	1,81



El grupo diagnóstico F4 es el de mayor prevalencia tratada en Canarias en ambos sexos. Sin embargo, su prevalencia es el doble en mujeres que en hombres (5,68 vs. 2,84). También hay una marcada mayor prevalencia tratada del grupo diagnóstico F3 en mujeres respecto a los hombres (4,32 vs. 1,68). En los hombres, sin embargo, son más prevalentes respecto a las mujeres, los grupos F2 (2,58 vs. 1,68) y F9 (1,81 vs. 0,79).

En Canarias hay un total de 1.772 pacientes en dispositivos de rehabilitación psicosocial (CDRPS, ETAC, Mini-residencia, Programa de empleo, Plaza supervisada, Vivienda supervisada) de los cuales el 38,82% son mujeres y el 65,18% hombres. Este dato probablemente tenga relación con la mayor gravedad de la esquizofrenia en los hombres respecto a las mujeres (Abel et al., 2010). La media de edad en la población femenina que utiliza los dispositivos de rehabilitación psicosocial es mayor que la de los hombres (47,32 vs 45,54).

Bibliografía

Abel K, Drake R, Goldstein J. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*. 2010; 22(5): 417-28.

Grela C, López A. Mujeres, salud mental y género. *Cuadernos Mujer Salud*, Comisión de la Mujer, Interendencia Municipal de Montevideo, 2001; 6:11.

Instituto Canario de Igualdad. Mujeres y hombres en Canarias. [Internet] 2017. Recuperado a partir de: http://www.gobiernodecanarias.org/cmsgobcan/export/sites/icigualdad/galerias/ici_documentos/documentacion/Info_MuYHom_2017.pdf

Labra Valverdi P. La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género [Tesis]. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid; 2014.

Mingote C. La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. En: II Jornadas de salud mental y género. Instituto de la Mujer. Ministerio de Igualdad; 2000.

Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*. 2004; 18(1):175-81.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: MSPSI; 2012.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Incorporar la perspectiva de género en la promoción de la salud mental, prevención, detección precoz, actividad asistencial, formación e investigación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Desarrollar actividades de prevención y promoción de la salud mental en el contexto de la perspectiva de género.

Actividades

- 1.1. Incluir la perspectiva de género en el “Programa comunitario de promoción de los factores de protección de la salud mental en Canarias”.
- 1.2. Incluir la perspectiva de “salud mental y género” en la página web sobre pautas a seguir para la prevención y promoción de la salud mental.
- 1.3. Incluir la perspectiva de “salud mental y género” en cuantas Estrategias, Planes o Programas de ámbito autonómico se realicen sobre “prevención o promoción de la salud y género”.

Objetivo específico 2. Diseño e implantación de un programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio.

Actividades

- 2.1. Constituir un grupo de trabajo multidisciplinar, coordinado por la DGPPAA, para la elaboración del programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio.
Nota: El programa debe incluir, además del enfoque asistencial nuclear, un análisis de la situación específico y proveer indicadores para la futura evaluación de su correcta implementación.
- 2.2. Difusión e implementación del programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio en Canarias.

Objetivo específico 3. Mejorar la detección de las mujeres con trastorno mental que han sufrido violencia de género, la estén sufriendo, o estén en situación de riesgo.

Actividades

- 3.1. Difundir en las redes de Salud Mental y de Atención Primaria documentos y/o directrices que se consideren de referencia, que contengan orientaciones prácticas para su incorporación a la entrevista clínica, cuya finalidad sea la detección precoz de violencia de género.
- 3.2. Inclusión en la historia clínica electrónica de un apartado para el registro de información sobre una posible situación de violencia de género.
- 3.3. Desarrollar un documento que incluya criterios de valoración de situaciones de riesgo, criterios de derivación preferente/urgente a USM de mujeres víctimas de violencia de género.

3.4. Desarrollar un análisis de las necesidades de las mujeres víctimas de violencia de género, en materia de atención psicológica, vías de derivación y coordinación interinstitucional.

Notas:

- El documento debe elaborarse por un grupo de trabajo que incluya los servicios y/o recursos especializados de atención a víctimas de violencia de género, Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas (DEMA) y centros de acogida.
- Debe prestarse especial consideración, tanto en el análisis de necesidades como en las actividades, a los colectivos de mujeres más vulnerables, como es el caso de las mujeres con discapacidad intelectual. Para el análisis y el desarrollo de actividades se trabajará de forma coordinada con el movimiento asociativo representante de las mismas.

Objetivo específico 4. Mejorar la formación y fomentar la investigación en materia de salud mental y género.

Actividades

4.1. Integrar la perspectiva de género y salud mental en el Programa de Formación en Salud Mental en Canarias.

4.2. Desarrollar actividades formativas sobre género y salud mental, y atención biopsicosocial.

4.3. Incluir en la formación continua del personal sanitario aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades en materia de violencia de género.

Nota: la formación incluirá también la relativa a colectivos especialmente vulnerables como es el caso de mujeres con discapacidad intelectual o del desarrollo, y otros que puedan estimarse.

4.4. Realizar actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios sobre la atención a las personas trans y a los menores valorados o susceptibles de ser valorados por identidad de género.

4.5. Realizar actividades informativas y de sensibilización dirigidas a profesionales de los centros docentes, sobre la atención que presta el SCS a las personas trans y a los menores valorados o susceptibles de ser valorados por identidad de género.

4.6. Realizar investigaciones sobre salud mental y género.

4.7. Incorporar análisis por sexo en las investigaciones de salud mental.

LÍNEA ESTRATÉGICA 10: COORDINACIÓN

10.1. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Coordinación: Sistemas sanitario y social

La atención sociosanitaria en España fue definida en la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud como “el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los Servicios Sanitarios y Sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social, señalando que la continuidad del servicio será garantizada por los Servicios Sanitarios y Sociales a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes”.

El Informe que realizó el Consejo Asesor de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2013, recoge la necesidad de coordinar los servicios de salud y los servicios sociales para atender enfermedades que requieren cuidados de larga duración, siendo la promoción de la salud, el autocuidado, el papel de las familias y el de los profesionales factores determinantes para la sostenibilidad de la atención sociosanitaria (MSSSI, 2013).

El informe de situación reflejado en el “Documento base para una atención integral sociosanitaria” (MSSSI, 2015) constituye un documento de referencia para la atención sociosanitaria que pretende:

- Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejorar de la calidad.
- Garantizar un uso más racional de los recursos disponibles, evitando ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas a las características del hospital de agudos.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, asignando el recurso que mejor responda a las necesidades de la persona.
- Actuar como mecanismos de prevención ante reingresos y de implantación de mecanismos de detección precoz de la dependencia, de forma coordinada.
- Mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias.

En la actualidad en el ámbito sanitario y el ámbito social existen competencias delimitadas por criterios administrativos, organizativos y de especialización que responden a su propia lógica de sistemas expertos. Estas competencias se enmarcan en la concepción de complementariedad, cuyo mecanismo básico es la coordinación.

2. Necesidad de la coordinación

Los cambios sociales demográficos y contextuales, como el envejecimiento de la población, la mayor esperanza de vida, el aumento de las enfermedades crónicas y una atención a las personas con enfermedad mental orientada a la recuperación, justifican la necesidad de la coordinación sociosanitaria que, de acuerdo a postulados técnicos de consenso, debe centrarse en la continuidad asistencial, la mejora de la efectividad y eficiencia de los Servicios Sanitarios y Sociales, en la calidad de vida y satisfacción de los usuarios. Sin embargo, si bien las necesidades de las personas afectadas por trastornos mentales deben ser entendidas de manera global, las instancias administrativas implicadas ofrecen respuestas diferenciadas desde el ámbito sanitario y el ámbito social, por lo que la coordinación resulta esencial.

Un factor que añade complejidad es que, mientras que en el área sanitaria la vía de acceso e itinerarios asistenciales a través de las interconsultas están suficientemente regladas, en el ámbito de los Servicios Sociales se advierte una mayor complejidad que conlleva exigencias administrativas como la resolución del grado de discapacidad y el reconocimiento de la situación de dependencia para el acceso al sistema de provisión de servicios, la identificación de la situación económica y el acceso al sistema de proveedores de servicios.

3. Coordinación sociosanitaria en Canarias

En las administraciones canarias, la Comunidad Autónoma, su gobierno, los Cabildos Insulares y los Ayuntamientos tienen competencias en las áreas sociosanitarias a distinto nivel. Los Cabildos prestan servicios en la atención a las personas mayores y a las personas con discapacidad, incluidas aquellas relacionadas con la salud mental. La corresponsabilidad y complementariedad con el Gobierno de Canarias en la materia justifica la necesaria coordinación interinstitucional.

La coordinación sociosanitaria en el sector de Salud Mental en Canarias cuenta con estructuras específicas que despliegan una cobertura a diferentes niveles de concreción, desde los consejos representativos y de participación, órganos técnicos de planificación hasta el más operativo en el abordaje individualizado de la coordinación. Ya se han descrito en el Análisis de situación global de este Plan las funciones de la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM), los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC), los Programas Insulares de Rehabilitación Psicosocial (PIRP), así como el marco legislativo en que se encuadran.

El Programa sociosanitario de Atención a la Discapacidad de Canarias (PAD), que se desarrolló en el período 2005 – 2010 y que incluía el sector de Salud Mental, constituyó un avance destacado en la atención sociosanitaria a las personas con trastornos mentales. Actualmente esta cobertura se realiza mediante convenios de cooperación anuales entre la Administración Pública y los Cabildos Insulares. En este marco de cooperación, las Administraciones canarias se adaptan progresivamente al nuevo horizonte que plantea la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, donde se establece una relación de servicios genéricos y de cobertura universal de las que las personas con enfermedad mental pueden ser beneficiarias. Sin embargo, se han señalado reiteradamente las dificultades de este colectivo para acceder a las prestaciones de dependencia. Entre las dificultades, cabe señalar una evaluación exclusivamente funcional, la valoración del grado y la necesidad de consensuar instrumentos, lo que ha impedido en gran medida su implantación.

En este sentido se han realizado aportaciones a efectos de subsanar las dificultades presentes en los siguientes apartados: necesidad de contar con informes del equipo de Salud Mental para el establecimiento del Programa Individual de Atención (PIA); asegurar el acceso desde la derivación de las USMC; desarrollar Programas de Atención Domiciliaria; Plazas de “respiro familiar”; Programas psicoeducativos para familias; acceso al mercado laboral; acceso a la vivienda; acceso al sistema educativo; igualdad; participación; y Atención a personas de edad avanzada con TMG.

La base de la planificación y desarrollo de recursos asistenciales se concretan en el Registro de casos psiquiátricos (RECAP), en tanto suministra información para la gestión, planificación, evaluación de rendimientos, adopción de decisiones e investigación.

Bibliografía

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Asesor de Sanidad. Coordinación y atención sociosanitaria. Informe. 2013.

MSSSI. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento base para una atención integral sociosanitaria. 2015.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Garantizar el acceso a los Servicios Sociosanitarios de las personas con enfermedad mental estableciendo un marco de cooperación entre los agentes implicados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Consolidar los mecanismos de coordinación mediante las estructuras y órganos existentes de participación y planificación (COMASAM, CIRPAC) y operativas (PIRP) implicadas en la coordinación sociosanitaria del área de Salud Mental.

Actividades

- 1.1. Actividad óptima y conforme a lo establecido en las respectivas reglamentaciones, de los órganos y estructuras implicadas (COMASAM, CIRPAC, PIRP).
- 1.2. Elaboración de procedimientos para el seguimiento de los organismos intervinientes.
- 1.3. Elaborar un documento que refleje los mecanismos de coordinación interinstitucional establecidos.
- 1.4. Definir los mecanismos a través de los cuales llegarán las propuestas de todos los agentes participantes.
- 1.5. Establecer normativas y acuerdos para la regulación de las distintas relaciones del espacio sociosanitario.
- 1.6. Elaborar una guía de recursos y funcionamiento del espacio sociosanitario.

Objetivo específico 2. Establecer criterios de acceso y cartera común de prestaciones sociosanitarias para personas con TMG.

Actividades

- 2.1. Elaboración de perfil de pacientes con TMG beneficiarios de las prestaciones, programas y servicios sociosanitarios.
- 2.2. Establecimiento de reuniones de coordinación entre profesionales que intervienen en el área sociosanitaria.

Objetivo específico 3. Delimitar las funciones del responsable del PIRP.

Actividades

- 3.1. Desarrollo de cuantas acciones sean necesarias para la delimitación de las funciones del responsable del PIRP.

Objetivo específico 4. Definir la coordinación operativa en la gestión de acceso a las plazas sociosanitarias.

Actividades

- 4.1. Desarrollo de cuantas acciones sean necesarias para la coordinación operativa en la gestión de acceso a las plazas sociosanitarias.

Objetivo específico 5. Definir los niveles de apoyos sociosanitarios adaptados a las necesidades de los pacientes, prevaleciendo los entornos naturales de proximidad, comunitarios, diurnos, red de alojamientos y residenciales con criterios de rehabilitación psicosocial.

Actividades

- 5.1. Elaboración de la cartera de prestaciones del sector social y sector sanitario, que incluya las competencias respectivas de cada uno de los actores que intervienen en el proceso de atención de los usuarios y familiares.
- 5.2. Elaboración interdisciplinar de mapas de procesos.

Objetivo específico 6. Considerar la perspectiva de género en el acceso a los dispositivos sociosanitarios (maternidad, maltrato, exclusión social).

Actividades

- 6.1. Realización de guía de criterios compensadores de situaciones de riesgo desde perspectiva de género.

Objetivo específico 7. Potenciar la participación y apoyo a las Asociaciones de Familiares y Usuarios especialmente mediante el desarrollo de líneas psicoeducativas y antiestigma.

Actividades

- 7.1. Elaboración de Manual para los usuarios sobre los recursos sociosanitarios de salud mental.
- 7.2. Desarrollo de acciones formativas (jornadas, seminarios, congresos, etc) que favorezcan encuentros entre profesionales de los ámbitos sanitarios, sociales, asociaciones y usuarios.

Objetivo específico 8. Desarrollo de procedimientos de coordinación sociosanitaria y gestión integrada que garanticen la atención integral.

Actividades

- 8.1. Promover la creación de normativas y convenios para la regulación de las distintas relaciones del espacio sanitario con el sociosanitario.
- 8.2. Elaborar una Guía Práctica del Espacio Socio Sanitario que incluya el entramado de relaciones intersectoriales, públicas y privadas que estructuran la situación actual.
- 8.3. Identificar necesidades de comunicación entre los distintos profesionales que intervienen en el espacio socio sanitario.
- 8.4. Formalizar los canales de comunicación mediante la implantación de un patrón de reuniones periódicas de los profesionales implicados en el proceso de atención socio sanitaria.
- 8.5. Realización de memoria anual por parte de los espacios sanitario y sociosanitario, de actividades realizadas para la consecución de objetivos.
- 8.6. Identificar los datos mínimos que deben registrarse en el proceso de atención sociosanitaria.
- 8.7. Elaborar un informe de análisis de datos del proceso de atención sociosanitaria.
- 8.8. Elaborar documentos de autorización de tratamiento de datos en la atención sociosanitaria.

8.9. Disponer de una herramienta informática que permita la recogida de estos datos y el acceso a ellos para cualquier consulta, su análisis y desarrollo de indicadores.

8.10. Establecer herramientas comunes de Gestión por procesos y Gestión de casos.

8.11. Establecer acuerdos de confidencialidad de datos con empresas prestadoras de servicios dependientes del PIRP.

8.12. Establecer las medidas necesarias para que la recogida y tratamiento de datos sociosanitarios se produzca solo en el contexto de una autorización previa por parte del paciente (o representante legal).

8.13. Priorizar el acceso a los recursos sociosanitarios mediante la definición de criterios consensuados.

8.14. Realización de mesas de trabajo intersectorial.

Objetivo específico 9. Generar modelos de buenas prácticas, calidad asistencial, información, participación y defensa de derechos en los dispositivos sociosanitarios.

Actividades

9.1. Elaboración de una guía de buenas prácticas de actuación en el ámbito sociosanitario.

Objetivo específico 10. Asegurar la continuidad asistencial a pacientes en riesgo de exclusión social.

Actividades

10.1. Coordinación con Servicios Sociales municipales y entidades que atienden a colectivos en riesgo de exclusión social.

10.2. Coordinación con los servicios de tratamiento de los Centros Penitenciarios.

10.3. Elaboración de mapa de procesos de recursos relativos a justicia.

10.4. Definir los recursos y servicios relativos a justicia, seguridad, apoyo legal y turno de oficio.

10.5. Definir los recursos específicos de integración para personas con trastorno mental que obtengan permisos o cumplimientos de condena.

Objetivo específico 11. Acordar un informe de indicación por parte de los equipos de las Unidades de Salud Mental para el acceso y homologación de plazas sociosanitarias para personas con TMG.

Actividades

11.1. Conformar un grupo de trabajo interprofesional e interadministrativo que formalice el modelo de informe para los Planes individuales de tratamiento (PIT) y Programas individuales de atención (PIA).

11.2. Consensuar un instrumento compartido que armonice los Planes individuales de tratamiento (PIT) del Servicio de Atención a la Dependencia y Programas individuales de atención (PIA).

10.2. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y JUSTICIA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

En los últimos años las relaciones entre Salud Mental y Justicia han experimentado cambios notables. Por una parte, se han hecho más estrechas y comprometidas, con una presencia creciente del psiquiatra en los foros jurídicos. Por otra parte, se han incrementado los requisitos éticos y legales que regulan la actuación del psiquiatra, de la que pueden derivarse responsabilidades civiles, penales y deontológicas para los profesionales. Esta situación es consecuencia directa del cambio experimentado en la relación médico-paciente, presidida en la actualidad por unos principios éticos y unas normas jurídicas. Ambas disciplinas se interrelacionan en otras situaciones, como la presencia de personas con trastornos mentales en centros penitenciarios, la imposición de medidas judiciales relacionadas con la Salud Mental, o la situación particular de los menores. Sin embargo, las relaciones entre la psiquiatría y el derecho se han visto afectadas, con frecuencia, por los malentendidos, derivados en buena medida de la naturaleza de ambas (Arechederra, 2009).

Todo ello justifica la existencia de actuaciones entre profesionales de diversas disciplinas, llevadas a cabo de manera colaborativa, integrada, coordinada y sinérgica, en este caso, con el ámbito de la justicia, con el fin de lograr el mejor resultado para la sociedad en general, y el sujeto individual en particular.

Toda persona que sufra un trastorno mental, sea desde su nacimiento o sobrevenido, con independencia de las funciones psicológicas afectadas y la gravedad de su afección, es un ciudadano que conserva todos sus derechos como ser humano, salvo que un procedimiento legal, generalmente judicial, se los limite (Torres, 2009). En España, este principio general tiene una sólida base jurídica en la Constitución de 1978, en el Código Civil, en la Ley General de Sanidad, en el Convenio de Oviedo, en la Ley de Enjuiciamiento Civil y en la Ley 41/2002 que regula la autonomía del paciente, además de otros textos de nuestro ordenamiento jurídico.

En España es posible hospitalizar en su propio beneficio a una persona que sufre un trastorno mental cuando ésta no da su consentimiento. Es decir, se puede suprimir el derecho a la libertad por enfermedad mental a través de un ingreso involuntario. El procedimiento está previsto en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que, entre otras cosas, dice: “El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, [...] requerirá autorización judicial”. Esta ley deja claro el principio constitucional de que sólo la autoridad judicial puede permitir la privación de libertad, y el único motivo que puede aducir un juez para justificar su autorización es “por razón de trastorno psíquico”.

Esta es la regla general contenida en dicho artículo que prevé que la autorización judicial será previa al internamiento, pero admite una salvedad, consistente en la aplicación del criterio de urgencia, en cuyo caso, el internamiento podrá realizarse por indicación médica cumpliendo el siguiente procedimiento: “salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal”.

No hay que olvidar que también es posible el internamiento involuntario por orden judicial penal, en cuyo caso estará regido por las normas del ámbito penal y el enjuiciamiento criminal.

Pero no solo el ingreso involuntario suscita problemas, sino que asimismo hay que considerar los problemas que plantea el tratamiento y su carácter voluntario o no y otras medidas de coerción en el marco de los procesos terapéuticos hospitalarios. El difícil equilibrio entre los derechos humanos de las personas con trastorno mental y la posibilidad de administrar un tratamiento contra la voluntad de un enfermo, u otra medida restrictiva de su libertad, constituye aún un objeto de debate entre los profesionales que trabajan en salud mental.

En determinadas ocasiones, lo mejor que se puede hacer en beneficio de la persona enferma es restringirle su libertad de movimientos o administrarle un tratamiento, aún no contando con su conformidad; por lo tanto, debiera ser lícito hacerlo. Sin embargo, actuar sin el consentimiento del afectado y limitar aún más su libertad de movimientos puede ser también un atentado injustificado contra los derechos básicos de la persona enferma, y por lo tanto una conducta sancionable.

Por último, hay que destacar que el porcentaje de personas con trastornos mentales graves que abandonan el tratamiento, que no están en contacto con los servicios sanitarios, es alarmantemente alto, incluso en países con muchos recursos sanitarios. Este problema ha fundamentado un movimiento en pro de judicializar la solución a través de las órdenes de tratamiento en la comunidad, debate abierto que aún no se ha materializado en ninguna medida concreta.

Finalmente, debe señalarse que el análisis de las relaciones entre Psiquiatría y Justicia no puede circunscribirse en el caso de la Justicia solo y únicamente al Ámbito Judicial, sino que debemos incluir en dicho análisis la existencia de otros actores que participan en este ámbito de relaciones, como las fuerzas y cuerpos de seguridad, las instituciones penitenciarias y centros de medidas judiciales de menores e incluso el transporte sanitario, cuyas relaciones de colaboración y el perfecto ensamblaje de sus respectivas participaciones garantizan el ágil y adecuado funcionamiento de cada proceso.

Bibliografía

Arechederra JJ. Psiquiatría Legal y Forense. En: Palomo T, Jiménez Arriero MA, coordinadores. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores; 2009. p. 687-694.

Torres F. Salud Mental, ética y derecho. En: Palomo T, Jiménez Arriero MA, coordinadores. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad SA y Editores; 2009. p. 677-685.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Establecer mecanismos de coordinación entre el Servicio Canario de la Salud con los órganos de Justicia, fuerzas del orden público, instituciones penitenciarias y centros de medidas judiciales de menores, que permitan llevar a cabo medidas e intervenciones de forma consensuada y coherente para los fines específicos de todas las partes, en aras de la calidad y eficiencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Disponer de acuerdos entre el Servicio Canario de la Salud y los órganos de Justicia y fuerzas de orden público en cuanto a los procedimientos operativos que deben seguirse en aquellas personas en situación de involuntariedad, haya sido ordenada por los órganos judiciales o indicada por un facultativo.

Nota: La situación de involuntariedad incluye tanto los ingresos involuntarios como cualquier otra medida de restricción de la libertad, en contra de los deseos de las personas (por ejemplo, contención física).

Actividades

1.1. Crear un grupo de trabajo intersectorial entre el Servicio Canario de la Salud, los órganos de Justicia ubicados en Canarias, las fuerzas de orden público e Instituciones Penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

Nota: Este grupo de trabajo debería contar con representantes de, al menos, las siguientes instancias:

- Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales.
- Servicios de Psiquiatría.
- 112.
- Servicios de Urgencia.
- Atención Primaria.
- Órganos de Justicia.
- Fuerzas de orden público.
- Instituciones Penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

1.2. Elaboración de documento de directrices consensuadas de actuación en personas que requieren evaluación y/o tratamiento sanitario, en situación de involuntariedad, y los traslados que estas situaciones impliquen.

Nota: Este documento de directrices debería incluir, al menos, procedimientos concernientes a las siguientes situaciones.

- Procedimiento operativo respecto a personas para las que se decreta autorización judicial.
- Procedimiento operativo respecto a personas para las que decreta orden judicial.
- Procedimiento operativo respecto a personas para las que un facultativo lo indica, sea de Salud Mental o de cualquier otra especialidad de Medicina, según criterio clínico y al amparo del marco jurídico existente.

Además del detalle de cada fase del procedimiento, deberá contener los siguientes elementos:

- Delimitación de funciones y responsabilidades de cada una de las partes implicadas.
- Mecanismos de coordinación y comunicación entre las diferentes partes.

1.3. Difusión del documento de directrices consensuadas entre los sectores implicados.

Nota: La difusión debe realizarse con un alcance autonómico en el seno de cada uno de los sectores implicados: Servicio Canario de la Salud, Justicia, Fuerzas de orden público, Instituciones penitenciarias y Centros de medidas judiciales de menores.

Objetivo específico 2. Establecer un seguimiento periódico de las posibles incidencias en los procedimientos que se siguen en aquellas personas en situación de involuntariedad, encaminado a la identificación de problemas y establecimiento de medidas para corregirlas.

Actividades

2.1. Desarrollar un sistema de recogida de datos sobre el número de personas que son objeto de procedimientos en situación de involuntariedad, por causa de salud mental, e incidencias durante estos.

Nota: se considerarán incidencias todas aquellas situaciones en las que no se cumplan las directrices consensuadas para estos procedimientos, o bien aquellas que, aún encuadrándose en los procedimientos establecidos, se consideren como tales a juicio facultativo.

2.2. Evaluar periódicamente el número de procedimientos con involuntariedad debido a causas de salud mental y las incidencias en Canarias.

Nota: la evaluación corresponderá a la Dirección General de Programas Asistenciales.

2.3. Evaluar periódicamente las incidencias concernientes a los procedimientos con involuntariedad debido a causas de salud mental.

2.4. Puesta en marcha de acciones de mejora necesarias.

Nota: las acciones necesarias se derivarán del análisis de incidencias.

Objetivo específico 3. Implementar un modelo colaborativo y consensuado entre Salud Mental, órganos de Justicia, instituciones penitenciarias y centros de medidas judiciales de menores, para la atención a las personas con trastorno mental, sometidas a algún tipo de medida penal (medidas de internamiento, restricción de libertad o medidas de control ambulatorio).

Actividades

3.1. Crear un grupo de trabajo intersectorial entre el Servicio Canario de la Salud, los órganos de Justicia ubicados en Canarias, Instituciones Penitenciarias y la Dirección General de Protección a la Infancia y Familia.

3.2. Diseñar e implementar un programa de atención a la salud mental para aquellas personas sometidas a medidas penales (medidas de internamiento, restricción de libertad o medidas de control ambulatorio), con el fin de prestar una atención de calidad y con la continuidad de cuidados necesaria.

Objetivo específico 4. Desarrollar los criterios y las líneas de actuación clínico-legales relativas a los procesos de incapacitación en personas con Trastorno Mental Grave que así lo requieran.

Actividades

- 4.1. Elaboración de una Guía sobre los criterios y las líneas de actuación clínico-legales relativas a los procesos de incapacitación de personas con Trastorno Mental Grave que así lo requieran.
-

10.3. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

Los Centros de Atención Primaria tienen una gran importancia en la atención a la salud mental. Además, constituyen la puerta de entrada a la Red de Salud Mental. Entre sus funciones se incluyen la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).

Los problemas de salud mental son muy comunes en la población. Los estudios sobre prevalencia de morbilidad psiquiátrica en Atención Primaria (AP) estiman prevalencias entre un 20 y un 40% (SCS, 2008). Asimismo, una de cada cuatro consultas en Atención Primaria es realizada por personas que tienen como principal o único motivo de consulta un problema de salud mental. Una gran proporción de estos pacientes recibe la atención en los Centros de Atención Primaria y nunca requieren una atención especializada en la red de salud mental.

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, con la colaboración de un amplio grupo de profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, elaboró la guía "Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes" (SCS, 2008), con el objetivo de mejorar la calidad de la atención que desde los centros de AP se presta a los trastornos de la salud mental. Se trata de un manual integrado de práctica clínica para los profesionales de Atención Primaria de la Comunidad Autónoma Canaria.

En el III Plan de Salud de Canarias se han propuesto varias acciones en el Área de Salud Mental con cuatro objetivos fundamentales: mejorar la coordinación entre los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, mejorar la atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave, mejorar el abordaje del Trastorno Mental Común y potenciar la formación en salud mental de los profesionales de AP.

2. Coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria

En líneas generales, la coordinación intrainstitucional en Canarias ha sido heterogénea. Es probable que el motivo principal sea la ausencia de un protocolo de coordinación general o específico para alguno de estos ámbitos. A su vez, esta ausencia de protocolos probablemente ha estado influida por la heterogeneidad y complejidad del objeto último de tal coordinación: la persona con un trastorno mental, de naturaleza, gravedad y necesidades muy diferentes entre sí, y cambiantes a lo largo de la evolución. Las modalidades básicas de coordinación, hasta la fecha, han sido la escrita (informes de alta, informes clínicos o notas específicas), telefónica, y la presencial mediante reuniones (consultorías).

Si bien todos los dispositivos de la Red de Salud Mental pueden tener necesidad de comunicación con AP, en general se trata de contactos puntuales, a excepción de las USMC, que requieren una coordinación continua, dada la continuidad asistencial que prestan a los pacientes. Por ello este apartado se centra en la coordinación que se produce entre las USMC y AP.

- Coordinación escrita: La forma estándar y más frecuente de comunicación entre ambas redes es la escrita, principalmente mediante informes de derivación de AP a la USMC, informe clínico de tales valoraciones desde la USMC a AP, o notas clínicas acerca de aspectos concretos dirigidas a la otra parte. Otra forma de comunicación, menos frecuente, es la comunicación telefónica.

- **Coordinación presencial (Consultorías):** La forma más habitual de coordinación presencial son las reuniones entre ambos equipos, representados no al completo, por motivos organizativos y obligaciones asistenciales, sino parcialmente en ambos. Este tipo de coordinación se ve facilitada en aquellas USMC que se encuentran ubicadas en el mismo centro que el Centro de Atención Primaria. En estas reuniones de coordinación se abordan tanto aspectos generales (p.ej: problemas detectados en las derivaciones, en el tiempo de espera, etc.) o sobre pacientes en concreto. Sin embargo, no existe homogeneidad en Canarias en lo relativo a estas reuniones, en aspectos como la periodicidad, miembros que deben estar presentes, contenido, etc. Estas necesidades de discutir sobre pacientes concretos, unido a las experiencias previas reflejadas en la literatura científica, ha llevado al desarrollo de la figura del “facultativo consultor”, quien realiza reuniones programadas con los equipos de AP. La función principal es dar respuesta a casos planteados por AP, proporcionando orientaciones, clarificaciones, sugerencias, etc. Al mismo tiempo, esta labor permite un ejercicio de formación continua mediante casos reales. En óptimas condiciones, la actividad del facultativo consultor puede resultar en un mejor abordaje de los pacientes en AP, mejores derivaciones (tanto la derivación de quienes deben ser derivados, como la no derivación de quienes no), mejor formación de los médicos de AP, y en definitiva, una mejora de la calidad de la atención en salud mental en AP, que puede redundar a su vez en una menor presión asistencial en la Red de Salud Mental. Aunque en Canarias existe esta figura de facultativo consultor, ha dependido de las iniciativas en las diferentes áreas y por tanto, su desarrollo ha sido heterogéneo. En los últimos dos años se ha puesto en marcha la consultoría virtual, con óptimos resultados, según la valoración de ambas partes.

3. Conceptos

En esta propuesta se incluyen los conceptos de interconsulta, derivación y respuesta. Tanto la derivación como la interconsulta se conceptúan como aquellos actos de remitir un paciente a otro profesional sanitario, para ofrecerle una atención complementaria para su diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación. La derivación puede diferenciarse de la interconsulta en un matiz subjetivo del profesional remitente. Mientras que en la derivación la expectativa del remitente es una asunción del paciente por parte del profesional al que se remite (independientemente de que el seguimiento pueda ser conjunto), en las interconsultas las expectativas pueden ser de evaluación y tratamiento de forma puntual o más circunscrita en el tiempo.

Por su parte, la respuesta se puede conceptuar como la información clínica proporcionada por el profesional que ha evaluado al paciente, remitida al profesional remitente, independientemente del formato y vía utilizados.

Bibliografía

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Dirección General de Programas Asistenciales. Salud Mental en Atención Primaria. Recomendaciones para el abordaje de los trastornos más prevalentes. Santa Cruz de Tenerife: Sabater Gráficas; 2008.

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la Coordinación entre los profesionales de Salud Mental y Atención Primaria, mediante un modelo consensuado y homogéneo en Canarias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental en términos de homogeneidad, frecuencia, calidad, accesibilidad compartida a la información clínica y aprovechamiento de las nuevas tecnologías.

Actividades

- 1.1. Unificar y oficializar los criterios de derivación de Atención Primaria a Salud Mental en Canarias, mediante un consenso entre ambos sectores.
- 1.2. Unificar en Canarias el criterio temporal adscrito a las derivaciones o interconsultas de carácter preferente y normal. Unificar en Canarias el dispositivo asistencial más adecuado para la atención a las interconsultas o derivaciones urgentes desde Atención Primaria, de pacientes en seguimiento en alguna USMC, con historia de seguimiento previo en USMC, o sin ella.
- 1.3. Crear e implantar un modelo único específico de interconsultas o derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental, que facilite y promueva la cumplimentación de aspectos imprescindibles.
- 1.4. Crear un cuestionario dirigido a los profesionales de Atención Primaria, sobre la calidad de las respuestas de las USM a las interconsultas o derivaciones, tanto sobre denegadas como las aceptadas, y aplicarlo de forma homogénea y completa en Canarias.
- 1.5. Crear un cuestionario dirigido a los profesionales de las USM, sobre la calidad de las interconsultas de Atención Primaria, tanto en adecuación a criterios de derivación como en calidad (principalmente información proporcionada y adecuación de esta), y aplicarlo de forma homogénea y completa en Canarias.
- 1.6. Evaluar de forma periódica la percepción de los profesionales de las USM y centros de AP de Canarias sobre la calidad de las interconsultas o derivaciones y de las respuestas a estas, con el fin de identificar problemas y desarrollar las acciones de mejora pertinentes.
- 1.7. Establecer un formato digital único para las interconsultas o derivaciones entre Atención Primaria y Salud Mental en Canarias.
- 1.8. Fomentar la realización de consultorías (virtuales o presenciales) entre Salud Mental y Atención Primaria, con la periodicidad acordada entre ambos sectores en cada pareja de dispositivos (USMC-AP), según sus especificidades y necesidades.
- 1.9. Crear una línea de comunicación telemática y bidireccional entre profesionales de ambos sectores.

Objetivo específico 2. Favorecer la mejora de la formación en salud mental de los profesionales de Atención Primaria, mediante una coordinación adecuada entre SM y AP para el diseño e implementación de las acciones formativas de salud mental dirigidas a AP.

Actividades

- 2.1. Incluir en el Programa de Formación en Salud Mental una sección dedicada a la formación dirigida a Atención Primaria.

- 2.2. Evaluar las necesidades formativas de los profesionales de Atención Primaria.

- 2.3. Desarrollar la programación formativa dirigida a Atención Primaria teniendo en cuenta las necesidades formativas expresadas por Atención Primaria y las estimadas por Salud Mental.

10.4. COORDINACIÓN ENTRE DISPOSITIVOS EN LA RED DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La Red de Salud Mental se compone de distintos dispositivos con los que se pretenden cubrir todas las necesidades de atención de la población, garantizando la equidad y la accesibilidad. Para ello, en la Comunidad Autónoma de Canarias, disponemos de 24 Unidades de Salud Mental Comunitarias (USMC) distribuidas por todo el territorio, además de 6 Unidades específicas de Infanto-Juvenil, 2 Hospitales de Día Infanto-Juvenil, 6 Unidades de Internamiento Breve (UIB), 2 Unidades de Media Estancia, 2 Unidades de Clínica y Rehabilitación, 2 Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario y 23 Centros de Día de Rehabilitación psicosocial.

La amplitud y diversidad de los recursos, hacen imprescindible una adecuada coordinación entre los dispositivos para garantizar una adecuada continuidad de cuidados. Para ello están establecidas las reuniones de coordinación periódicas de los dispositivos hospitalarios y sociosanitarios con las USMC, en las que se abordan aspectos específicos de la coordinación, se analiza cada caso derivado y se consensúan los objetivos terapéuticos. Sin embargo, la inexistencia de directrices consensuadas y homogéneas de coordinación por una parte, y la presión asistencial por otra, influyen para que la frecuencia de las actividades de coordinación sea variable y menor de la deseable.

Resulta imprescindible avanzar en el desarrollo de mecanismos eficaces de coordinación a nivel intrainstitucional para garantizar la atención integral a las personas con trastorno mental y optimizar nuestros recursos.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Establecer las vías, elementos y mecanismos de coordinación intrainstitucional, de tal forma que se facilite la continuidad asistencial, aumente la consistencia de las actuaciones y redunde en una mayor efectividad y eficiencia del sistema.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Avanzar en el desarrollo de mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel intrainstitucional que garanticen la atención integral de las personas con trastornos mentales.

Actividades

- 1.1. Elaborar e implementar procedimientos de derivación vía electrónica entre los dispositivos de la Red de Salud Mental, con el fin de agilizar los circuitos y el intercambio de información.
- 1.2. Ampliación y actualización continua del mapa sectorizado de los distintos dispositivos de la Red de Salud Mental acorde a la distribución geográfica de la población.
- 1.3. Trabajar mediante equipos multidisciplinares y articular mecanismos específicos para garantizar las reuniones de equipo, como elemento articulador básico para el funcionamiento sinérgico del equipo multidisciplinar.
- 1.4. Elaborar y/o actualizar manuales de funcionamiento en cada uno de los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 1.5. Elaborar un documento único sobre los criterios de derivación entre los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 1.6. Implantar de forma plena y generalizada la Historia Clínica Electrónica única en la Estación Clínica de Salud Mental, conectada con Atención Primaria y con otras áreas sanitarias, como elemento básico para la mejora de la transmisión de información clínica, y por ende, para la coordinación de todos los profesionales que actúan sobre un mismo caso.
- 1.7. Establecimiento de procesos de mejora continua de la coordinación basado en la evidencia existente, resultados obtenidos y procesos de benchmarking.

10.5. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y LA RED DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La evaluación y tratamiento ambulatorio de las personas con drogodependencia se realiza en las Unidades de Atención a las Drogodependencias (UAD), que cuentan con equipos multidisciplinares. Estas UAD no están integradas en la red de salud mental en Canarias. Cuando se estima necesario el ingreso hospitalario con finalidad de desintoxicación, se realiza la derivación para ingreso en las Unidades de Desintoxicación Hospitalarias. Un requisito básico es la voluntariedad en el ingreso. La indicación se realiza por médicos de las UAD. Cuando existe patología dual, los pacientes reciben un seguimiento de forma conjunta por las USMC y las UAD.

En líneas generales, la coordinación intra e interinstitucional en Canarias ha sido heterogénea. Es probable que el motivo principal sea la ausencia de un protocolo de coordinación general o específico para alguno/s de estos ámbitos. Las modalidades básicas de coordinación, hasta la fecha, han sido la escrita (informes de alta, informes clínicos o notas específicas), telefónica, y la presencial mediante reuniones.

Para garantizar un adecuado abordaje integral y con continuidad de cuidados, es importante establecer directrices de coordinación entre las redes de Salud Mental y de atención a las drogodependencias, que estén consensuadas y sean homogéneas para toda la Comunidad Autónoma, especialmente cuando consideramos la complejidad de la patología dual, y la amplitud y diversidad de los recursos implicados.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la coordinación entre los dispositivos de Salud Mental y los dispositivos pertenecientes a la Red de Atención a las Drogodependencias, mediante la implantación de un modelo efectivo y homogéneo en Canarias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Establecer directrices de coordinación entre las redes de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias, de forma consensuada.

Actividades

- 1.1. Creación de un grupo de trabajo conformado por profesionales de ambas redes para el desarrollo de las directrices operativas de coordinación.
- 1.2. Incluir en los protocolos de atención a la patología dual directrices operativas de coordinación entre ambas redes, que puedan establecer particularidades o especificaciones necesarias, respecto a las directrices generales de coordinación que se establezcan.

Objetivo específico 2. Establecimiento de canales de comunicación tecnológicos efectivos, de fácil uso y accesibilidad entre ambas redes.

Actividades

- 2.1. Fomentar el uso de nuevas tecnologías que redunden en una mejora de la coordinación entre ambas redes.
- 2.2. Crear un entorno virtual que facilite la coordinación de profesionales de ambas redes.
Nota: El entorno virtual debería ser accesible a los profesionales de ambas redes, de utilización diaria, con posibilidad de comunicación dirigida personalizada, con notificaciones de mensajes, y que cumpla con la Ley de protección de datos y demás legislación vigente.

Objetivo específico 3. Facilitación y homogeneidad de la transmisión de la información clínica entre ambas redes.

Actividades

- 3.1. Establecer un documento de derivación bidireccional normalizado entre ambas redes.

Objetivo específico 4. Establecimiento del consultor de Salud Mental en la red de atención a las Drogodependencias.

Actividades

- 4.1. Realizar cuantas acciones sean necesarias para el establecimiento de la figura del consultor de Salud Mental en la red de atención a las drogodependencias, con carácter autónomo.
Nota: Los objetivos y funciones propuestas son el asesoramiento en casos clínicos, el desarrollo de actividades de formación continuada e implementación de actividades de prevención y promoción de la salud mental. La periodicidad propuesta es mensual.

10.6. COORDINACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y OTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Los pacientes médico-quirúrgicos presentan una alta tasa de morbilidad psíquica, que se sitúa entre el 30-50% en pacientes ingresados y entre el 25-30% en pacientes ambulatorios. La comorbilidad psíquica no se detecta con frecuencia, pero motiva una excesiva utilización de servicios médicos y aumenta la incapacidad, morbilidad e incluso la mortalidad (Lobo y Campayo, 2009). Un tratamiento integral, de colaboración de psiquiatras con los equipos médico quirúrgicos, optimiza la asistencia y reduce costes, para lo que es fundamental el papel de la psiquiatría de interconsulta y enlace.

Tradicionalmente se ha descrito a la psiquiatría de enlace como aquella subespecialidad de la psiquiatría dedicada al diagnóstico, tratamiento y prevención de aquellos aspectos propios de la patología mental en el contexto de un hospital general; ya sea de patología médica en pacientes con patología psiquiátrica aguda o crónica como de las manifestaciones psiquiátricas de algunas enfermedades médicas (Koppmann, 2017).

Se ha diferenciado la interconsulta psiquiátrica, es decir, aquella respuesta concreta ante una pregunta específica que normalmente va destinada al profesional que la solicita y que tiene relación con el diagnóstico y manejo de una patología ajena a su especialidad o el uso de un fármaco en particular; con la psiquiatría de enlace, que implica trabajo conjunto en áreas de interés común cuyos límites no pertenecen a una especialidad particular tal y como ocurre, por ejemplo, en el dolor crónico, los trastornos alimentarios, los problemas de fertilidad o la oncología.

Los profesionales de Salud Mental de las Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE) deben mantener un adecuado equilibrio entre las demandas técnicas de los otros profesionales de la salud, la familia y el propio paciente. Además, deben hacerse cargo del estigma que la salud mental tiene en otros entornos ajenos a los de Salud Mental, y muchas veces, proveer de cuidados a pacientes con trastornos psicóticos, con riesgo suicida o con drogodependencias en contextos médicos y espacios físicos ajenos a la especialidad.

En Canarias existen Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace, con personal específico o compartido con la UIB en los cuatro Hospitales de las islas capitalinas. En el resto, las tareas de interconsulta y enlace son realizadas por profesionales de la UIB.

Estas Unidades, además de atender las interconsultas de patología psiquiátrica de otros Servicios Hospitalarios, incluidas las Urgencias, y de prestar apoyo psicológico a los pacientes con cualquier patología somática que lo requieran, desarrollan una actividad asistencial en las siguientes áreas:

- CHNSC: Servicios de Cuidados Paliativos (incluyendo la atención a pacientes con ELA y E. Fibroquística), Neurología, Cirugía Infantil Oro-facial, Trasplantes Hepáticos, Unidad del Dolor, Pediatría y Oncología, Consultas externas hospitalarias de psicooncología, psiquiatría oncológica, atención de enfermería de los pacientes con la TEC de mantenimiento.
- CHUC: Psicooncología, VIH e Infecciones, Valoración para trasplante de donante vivo, Valoración previa de trasplante hepático, Rehabilitación cardíaca, Psicooncología infantil, Transexualidad.
- CHUIMI: Cirugía, Oncología, Cuidados Paliativos, Pacientes con lesiones medulares, Neuropsicología, Transexualidad.
- HUGC Dr. Negrín: Cirugía Bariátrica, Trasplante Hepático, Transexualidad.

Hasta la fecha, no puede hablarse de una coordinación reglada entre la Red de Salud Mental y otras especialidades médicas, sino de comunicación en función de las necesidades en casos concretos. Además de la interrelación evidente que se produce en los hospitales a través de los EFIE, en el ámbito ambulatorio se restringe a la comunicación mediante notas o informes clínicos, y ocasionalmente, a la vía telefónica.

Bibliografía

Lobo A, Campayo A. Psiquiatría de enlace. En: Palomo T, Jimenez-Arriero MA, editores. Manual de Psiquiatría. Madrid: Grupo ENE Publicidad SA y Editores; 2009. p.651-659.

Koppmann A. Interconsulta, bioética y psiquiatría de enlace. Rev. Med. Clin. Condes. 2017; 28(6): 949-55.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Implantar un modelo común de coordinación entre salud mental y otras especialidades médicas que resulte efectivo, eficiente y de calidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Disponer de Unidades Funcionales de Interconsulta y enlace (UFIE) de Salud Mental en todos los Hospitales del Servicio Canario de la Salud para la prevención, evaluación, detección y tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica asociada a la patología médica, cuya cartera de servicios sea lo más homogénea posible.

Actividades

1.1. Realizar un análisis de la situación sobre las Unidades Funcionales de Interconsulta y Enlace (UFIE), que incluya profesionales que las integran, actividad asistencial y cartera de servicios.

1.2. Analizar la demanda de otras especialidades médicas a los Servicio de Psiquiatría en Canarias, ya sea de pacientes hospitalizados o ambulatorios.

Nota: Hasta la actualidad, las áreas para las cuales se han instaurado consultas específicas en diferentes UFIE, debido a la mayor demanda y/complejidad, han sido:

- Atención psicológica y psiquiátrica a los pacientes oncológicos y a sus familiares.
- Evaluación e intervención psicológica de los pacientes en espera de cirugía bariátrica.
- Valoración psicopatológica de los pacientes en espera de ser sometidos a trasplante de hígado, pulmón o cualquier otro trasplante de donante vivo.
- Valoración psicológica y psiquiátrica de las personas transexuales (previa a iniciar tratamiento hormonal y/o someterse a intervenciones quirúrgicas) y seguimiento.
- Valoración e intervención psicológica con pacientes que han sufrido patología cardíaca isquémica.
- Valoración e intervención en pacientes con diagnóstico reciente de dermatitis crónicas.
- Valoración e intervención psicológica en patologías neurológicas graves (ELA, Lesionados medulares, enfermedades neurodegenerativas).
- Valoración neuropsicológica a demanda del Servicio correspondiente.

1.3. Analizar las diferencias entre las carteras de servicios de las diferentes UFIE y realizar acciones encaminadas a la homogeneización en Canarias, siempre que estas diferencias no se estén justificadas por diferencias geográficas de morbilidad asistida.

Objetivo específico 2. Realizar un análisis de las interconsultas hospitalarias y ambulatorias realizadas por las especialidades médicas a Salud Mental, y adecuar las actividades de prevención e intervención a las características de la demanda.

Actividades

2.1. Analizar la demanda recibida por parte de las distintas especialidades médicas en cuanto a número de peticiones, vía de solicitud, motivos principales de consulta y tipo de prioridad asistencial solicitada.

2.2. Realizar nuevas acciones de prevención y/o intervención de forma acorde a las características de la demanda de otras especialidades médicas.

Objetivo específico 3. Formar y sensibilizar a profesionales de servicios médicos y quirúrgicos para la detección y reconocimiento precoz de psicopatología y trastornos psiquiátricos en pacientes hospitalizados en tales servicios.

Actividades

- 3.1. Realización de actividades formativas y de sensibilización dirigidas a los profesionales de los servicios médicos y quirúrgicos de cada hospital.

Objetivo específico 4. Informatizar la transmisión de información clínica entre Salud Mental y el resto de especialidades médicas en toda la Comunidad.

Actividades

- 4.1. Establecimiento de un sistema de interconsulta virtual ambulatoria que pueda utilizarse antes de la formalización de la derivación.
- 4.2. Informatización del sistema de petición de interconsulta hospitalaria en todos los hospitales de Canarias.

LÍNEA ESTRATÉGICA 11: SISTEMAS DE INFORMACIÓN

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

1. Introducción

De acuerdo a la definición de la OMS, un sistema de información de salud mental (SISM) es “un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende”. El SISM debe ser concebido como un sistema para la actuación; una herramienta que busca mejorar la eficacia, la eficiencia y la equidad, ya que permite a los gestores y proveedores de servicios tomar decisiones más informadas que mejoren la calidad de la atención a la salud mental (OMS, 2010). Por tanto, al igual que cualquier sistema de información sanitaria, el SISM no sólo debe limitarse a la recogida de datos sino que debe dar respuesta a las necesidades de información en distintos niveles: de las administraciones sanitarias, para facilitar el desarrollo de políticas y su aplicación en la toma de decisiones relacionadas con la planificación y la gestión de recursos; de los profesionales, con el fin de contribuir a mejorar el conocimiento, su implicación en la gestión y calidad de los servicios, y la realización de investigación; y de la ciudadanía, como respuesta a las expectativas de información de pacientes y de familiares, favoreciendo además las decisiones informadas sobre su salud.

Disponer de información compartida, sistemática, suficiente, fiable y de calidad es un elemento clave para mejorar el conocimiento sobre los problemas de salud mental en la población canaria y para conseguir adaptar la oferta de los servicios a las necesidades de la población. Un SISM debe contribuir a facilitar una atención de más calidad, continuada y coordinada entre niveles de atención, y a que se disponga de herramientas de ayuda para una gestión más óptima de los recursos aportando la información necesaria para la toma de decisiones. Además de servir para detectar áreas de mejora en la organización, facilitar a los profesionales la labor asistencial y permitir una comunicación fluida entre niveles asistenciales, un sistema de información ideal sería aquél que incluyera también información sobre resultados en salud y de la calidad percibida.

2. Los Sistemas de Información de Salud Mental en el SNS

La primera Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (MSC, 2007) estableció, entre sus líneas estratégicas, el desarrollo de sistemas de información y evaluación con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre la salud mental y la atención prestada. Posteriormente esta línea fue suprimida en la última estrategia vigente (MSPSI, 2011), al considerar que el sistema de información vendría determinado por los objetivos e indicadores de las demás líneas estratégicas.

En la evaluación de la primera Estrategia (MSPS, 2009) se pudo constatar que tan solo 9 Comunidades Autónomas (CCAA) aportaron información sobre la morbilidad atendida, hallándose una alta variabilidad entre ellas, lo que llevó a recomendar el desarrollo de un sistema de registro generalizado y homogéneo en todas las CCAA. Por el momento, no existe un sistema de información en salud mental que recoja la actividad asistencial en cada Comunidad Autónoma y que esté agregado a nivel nacional. El único sistema centralizado con el que se cuenta en la actualidad es el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD), que forma parte del Sistema de Información Sanitaria del SNS, y que actualmente se limita a la información sobre la morbilidad atendida en pacientes en hospitalizados. Sin embargo, no se dispone por el momento de información homogénea sobre morbilidad atendida ambulatoria. A lo largo de los años, los diferentes servicios de salud han ido desarrollando paulatinamente sus propios SISM, sin que por el momento se haya conseguido desarrollar un sistema integrado a nivel del Sistema Nacional de Salud que garantice la homogeneidad y la comparabilidad a nivel autonómico.

3. Sistemas de Información y Registros de Salud Mental en Canarias

El registro acumulativo de casos psiquiátricos de Canarias (RECAP), creado el 4 de marzo de 2002 por Orden de la Consejería de Sanidad y Consumo, responde a la necesidad de disponer de un sistema unificado de información periódica sobre la utilización y actividades de la red de atención a la salud mental en Canarias. Está diseñado como un fichero longitudinal en el que se recogen los contactos de cada paciente con los diferentes dispositivos asistenciales en salud mental, por lo que permite hacer un seguimiento continuo de los mismos.

Un elemento clave que ha permitido avanzar en el desarrollo de los sistemas de información ha sido el proceso de informatización del Servicio Canario de la Salud, que ha facilitado tanto la obtención de los datos como la automatización de los procedimientos de recogida, procesamiento y explotación de la información correspondiente al proceso asistencial. Además, los beneficios para los profesionales sanitarios han sido múltiples: acceso rápido a la información básica de los pacientes, ayuda para una toma de decisiones más eficiente y adaptada a la evidencia científica, disminución de la variabilidad clínica, puesta en marcha de sistemas de ayuda para el análisis de la información y disminución de la carga burocrática, aumentando el tiempo dedicado a la atención clínica.

El Plan de Salud de Canarias 2016-2017, dentro de las estrategias a desarrollar en salud mental, establece de forma específica la necesidad de potenciar los sistemas de información y de registro específico de trastornos mentales en niños y adolescentes, y de recursos terapéuticos y asistenciales con indicadores homogéneos en toda la Comunidad Autónoma.

4. El Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias

4.1. Situación actual

Desde la creación del RECAP hasta la actualidad, su implantación ha ido extendiéndose progresivamente hasta abarcar todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, a excepción de los equipos funcionales de interconsulta y enlace, que se pretenden integrar próximamente.

La cumplimentación del registro en los dispositivos clínicos, USM y Hospitales de Día, se realiza desde la Historia Clínica Electrónica (HCE). En los dispositivos de rehabilitación psicosocial el registro se hace vía web, directamente en la aplicación del RECAP.

Además, este registro se nutre de datos procedentes de otros sistemas de información del SCS como el Sistema de Información Hospitalaria (SIH), la base de datos de tarjeta sanitaria y la Historia Clínica Electrónica, entre otros. Esta integración permite recuperar información de los pacientes al cruzarse bases de datos de diferentes ámbitos asistenciales y mejora la relación entre niveles asistenciales.

4.2. Prestaciones y utilidad

La disponibilidad del RECAP permite y facilita los siguientes aspectos:

- Contribuye a la planificación y gestión de los recursos en un área concreta, fomentando una política descentralizadora e integradora, que facilite la accesibilidad a los servicios.
- Permite conocer el funcionamiento y la demanda de los servicios de salud mental.
- Suministra información rápida, fácilmente comprensible y de calidad, contribuyendo a la toma de decisiones en los distintos niveles de la organización.

- Facilita la investigación clínica y epidemiológica, así como la iniciación de estudios longitudinales sobre factores etiológicos, de pronóstico y/o tratamiento.

A partir de la base de datos se elabora periódicamente la información que se pone a disposición de los gestores y de los profesionales. El análisis de los datos y el desarrollo de indicadores y cuadros de mando se realiza con el Programa Oracle Business Intelligence. La explotación de los datos permite obtener una visión integral de todos los episodios asistenciales en los distintos dispositivos de Salud Mental, en los que está inmerso el paciente. Los cuadros de mando incorporan indicadores, que además de las funciones descritas de apoyo a la planificación, la gestión y la investigación, sirven para evaluar la calidad y la efectividad de programas, contribuyendo a instaurar medidas de mejora. La calidad de la información registrada se garantiza por medio de controles de calidad en todos los niveles del proceso y por programas con controles de errores lógicos.

5. Estación Clínica de Salud Mental en la Historia Clínica Electrónica DRAGO AE

Dentro de la aplicación informática corporativa de Atención Especializada-Drago AE se incluye la estación clínica de salud mental, que gestiona el proceso asistencial completo reflejando cada una de las relaciones del paciente con el sistema sanitario. Su objetivo no sólo es mejorar los flujos de trabajo, sino ofrecer un servicio más eficiente y de mayor calidad a la población. En su desarrollo se ha contado con la participación de los profesionales implicados, de forma que diera respuesta a sus necesidades.

Bibliografía

Consejería de Sanidad del Gobierno Autónomo de Canarias. Servicio Canario de la Salud. Plan de Salud de Canarias 2016-2017. Entre la crisis y la transformación necesaria para la innovación en la gestión de la salud y de los servicios. Las Palmas de Gran Canaria: FF Comunicación; 2016.

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.

MSPS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSPS; 2009.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

OMS. Organización Mundial de la Salud. Sistemas de información en salud mental. (Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental). Ginebra: OMS; 2010.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL

Consolidar y mejorar el sistema de información en salud mental, de tal forma que resulte una herramienta útil para la obtención de información de la actividad asistencial, la gestión y la investigación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1. Mejorar los indicadores de seguimiento de la actividad asistencial en salud mental orientados a resultados en salud.

Actividades

- 1.1. Reuniones con los profesionales de la Red de Salud Mental para definir los indicadores principales y establecer estándares a diferentes niveles.
- 1.2. Integración en el SISM de datos relativos a la lista de espera, gestión económica, prescripción de psicofármacos e interconsulta virtual.
- 1.3. Incorporar estándares de referencia nacionales y/o internacionales para la comparación de los indicadores de Canarias.

Objetivo específico 2. Proporcionar a los profesionales de la Red de Salud Mental información útil para la gestión asistencial.

Actividades

- 2.1. Revisión de los cuadros de mando disponibles para analizar si cubren las necesidades de información.
- 2.2. Creación de mecanismos de retroalimentación con los profesionales.

Objetivo específico 3. Evaluar y mejorar la calidad de los datos recogidos en el SISM.

Actividades

- 3.1. Chequeo de la calidad de los datos contrastando la información del SISM con las fuentes disponibles.
- 3.2. Reuniones formativas e informativas con los profesionales sobre aspectos mejorables de la recogida de la información.
- 3.3. Puesta en marcha de soluciones informáticas que faciliten la cumplimentación de los registros.

Objetivo específico 4. Garantizar el acceso a la historia clínica electrónica desde todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, con el objeto de contar con información clínica y/o psicosocial del paciente a lo largo de todo el proceso asistencial.

Actividades

- 4.1. Mejora de la infraestructura tecnológica y del equipamiento informático.
- 4.2. Desarrollos informáticos y dotación de los mecanismos de comunicación que permitan el acceso a la HCE por parte de los profesionales de la Red de Salud Mental.

Objetivo específico 5. Integrar en el Sistema de Información de Salud Mental información relativa al grado de satisfacción de los usuarios.

Actividades

5.1. Diseño de herramientas que permitan valorar el grado de satisfacción de los usuarios.

5.2. Integrar las herramientas de evaluación de la satisfacción de los usuarios en el SISM.

5.3. Incorporar los resultados de valoración de la satisfacción de los usuarios en los cuadros de mando.

Objetivo específico 6. Facilitar el acceso a la información a profesionales, usuarios y la población.

Actividades

6.1. Creación de un portal abierto vía web que permita consultar datos epidemiológicos y de actividad.

Objetivo específico 7. Establecer un entorno colaborativo del SCS con otras instancias e instituciones, para facilitar la investigación intra e interinstitucional.

Actividades

7.1. Establecimiento de un entorno colaborativo que incluya mecanismos de autorización y de desarrollo de consultas *ad hoc*.

Objetivo específico 8. Facilitar el seguimiento de las personas con trastorno mental a través del uso de las nuevas tecnologías.

Actividades

8.1. Revisión de los hallazgos disponibles sobre los diferentes instrumentos de nuevas tecnologías potencialmente útiles para mejorar el seguimiento clínico de las personas con trastorno mental.

8.2. Selección de instrumentos de nuevas tecnologías que se estimen más adecuados, en virtud de aspectos como el coste-efectividad, facilidad de uso y aceptabilidad potencial.

8.3. Implementación del uso del instrumento o instrumentos de nuevas tecnologías en Canarias.

Notas:

- Los instrumentos de nuevas tecnologías podrán estar orientados a la mejora de cualquier aspecto que se considere relevante para la mejora del tratamiento, seguimiento y evolución clínica (p.ej: mejora de la adherencia terapéutica, reducción del absentismo a consultas, reducción del riesgo suicida, etc).
- Los instrumentos de nuevas tecnologías pueden ser de diferente naturaleza (p.ej: aplicaciones para el móvil, recordatorios de consultas, etc).
- La implementación podrá realizarse mediante una experiencia piloto previa en un área geográfica determinada.

8.4. Incorporación de los datos obtenidos del uso de nuevas tecnologías al entorno colaborativo de los SISM.

Objetivo específico 9. Desarrollar un sistema de evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental.

Actividades

- 9.1. Elaboración de un panel de indicadores correspondientes a cada una de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental para su monitorización continua.
- 9.2. Determinación del sistema de recogida, elaboración y análisis de la información aportada por los indicadores.
- 9.3. Elaboración de un cuadro de mando que permita evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos del PSMC.

LÍNEA ESTRATÉGICA 12: FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Los datos y análisis correspondientes a la formación y a la investigación se han desarrollado ampliamente en el Análisis de la situación global de este Plan. Por ello, a continuación solo se desarrollan algunas ideas básicas y datos adicionales.

La formación continua es un pilar básico para favorecer la atención sanitaria de calidad. La Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 (MSPSI, 2011) incluye la “Formación del personal sanitario” como una de sus Líneas Estratégicas.

Por su parte, la investigación es un imperativo moral para la comunidad que forman los profesionales de la salud y debe de entenderse como un elemento más del proceso asistencial. Además de ser un deber ético, proporciona las ventajas de que “la integración de la investigación con la práctica clínica garantiza una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, y un cuidado más ético y eficaz de los pacientes” (MSC, 2007). La “Investigación en salud mental” es una de las líneas estratégicas básicas recogidas en la Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 (MSPSI, 2011).

Un hecho de gran relevancia en la formación de posgrado en nuestra Comunidad en los últimos años ha sido la constitución de Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental. En Canarias existen dos, en las que se integran los residentes de las especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental. La Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Tenerife ha estado en proceso de acreditación provisional desde septiembre de 2010 hasta el 22 de marzo de 2017, fecha en la que ha obtenido la Acreditación por parte de la Subdirección General de Ordenación Profesional del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con una capacidad docente de 4 residentes/año en la especialidad de Psiquiatría, 2 residentes/año en la especialidad de Psicología Clínica y 5 residentes/año en la especialidad de Enfermería de Salud Mental. Desarrolla un programa docente recogido en el Proyecto Docente aprobado en diciembre de 2010, que integra un Programa General, un Programa Específico para cada especialidad y un Programa Transversal. Dispone de tres días al mes para el desarrollo del programa docente. Están nombrados 8 tutores (4 de la especialidad de Psiquiatría, 2 de Psicología Clínica y 2 de Enfermería de Salud Mental). La Unidad Docente Multiprofesional de Gran Canaria ha solicitado la Acreditación como Unidad Docente Multiprofesional y se encuentra en la actualidad tramitando dicho proceso y a la espera de la resolución del Ministerio de Sanidad. Cuenta con la misma capacidad docente: 4 residentes/año en la especialidad de Psiquiatría, 2 residentes/año en la especialidad de Psicología Clínica y 5 residentes/año en la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

Bibliografía

MSC. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006. Madrid: MSC; 2007.

MSPSI. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Madrid: MSPSI; 2011.

OBJETIVOS Y ACCIONES

OBJETIVO GENERAL 1

Potenciar la formación de los profesionales de los sectores implicados en la salud mental.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 1.1. Disponer de un Programa de Formación Continuada en Salud Mental para todos los profesionales implicados en la atención a la salud mental, orientado a las prioridades establecidas en las líneas estratégicas de este Plan, y que compatibilice objetivos institucionales, demandas formativas de profesionales y necesidades de salud de la población.

Actividades

- 1.1.1. Análisis de las necesidades formativas en Salud Mental, que contemple los objetivos institucionales, demandas formativas de profesionales y necesidades de salud de la población.
- 1.1.2. Elaboración de un Programa de Formación Continuada, que contemple las necesidades formativas identificadas en el análisis.
- 1.1.3. Acciones de formación dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios clave (Servicios Sociales, Educación, Justicia e Instituciones Penitenciarias).
- 1.1.4. Incluir acciones formativas de "paciente experto" y "familiar experto".
- 1.1.5. Fomentar el desarrollo de actividades de formación online.
- 1.1.6. Mejorar el alcance de las actividades formativas a las islas no capitalinas.
- 1.1.7. Implantar acciones formativas periódicas y regladas (sesiones clínicas y bibliográficas) en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 1.1.8. Favorecer acciones formativas compartidas entre los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- 1.1.9. Potenciar las actividades de docencia o formación continuada acreditadas.
- 1.1.10. Facilitar los procedimientos necesarios para la realización de docencia, actividades de formación continuada, formación en servicio, estancias de reciclaje u otras.
- 1.1.11. Realizar la necesaria difusión de las actividades formativas a los profesionales implicados.

Objetivo específico 1.2. Garantizar la calidad de la formación postgrado.

Actividades

- 1.2.1. Implementar cuantas acciones sean necesarias para el desarrollo de las Unidades Docentes Multiprofesionales de salud mental.
- 1.2.2. Realizar la formación postgrado en consonancia con lo establecido en los respectivos programas formativos oficiales de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.
- 1.2.3. Elaborar un Programa de Formación Transversal, General y Específico para las diferentes especialidades de Salud Mental: psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental.

1.2.4. Evaluar el desarrollo y la calidad de los Programas de Formación: Transversal, General y Específico para los Residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental integrados en las Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental de Tenerife y Gran Canaria.

1.2.5. Elaborar un Programa de Formación Específica para Tutores y Responsables Docentes que incluya el desarrollo de cursos sobre la normativa que regula, organiza y desarrolla la formación sanitaria especializada en los ámbitos nacional y autonómico, metodología docente, formación por competencias, instrumentos y metodología de evaluación en Formación Sanitaria Especializada, desarrollados anualmente en Canarias.

1.2.6. Actualización y mejora de las 'Guías Formativas' de las Unidades Docentes Multiprofesionales incorporando la descripción de las competencias que se han de adquirir en cada una de las rotaciones contempladas en los Planes Individuales Formativos de todos los especialistas en formación, según lo establecido en los Programas Oficiales de las Especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental mediante el establecimiento de reuniones conjuntas de los Tutores, Responsables Docentes y Jefe de Estudios.

OBJETIVO GENERAL 2

Fomentar la investigación en salud mental, la metodología de gestión del conocimiento científico y su aplicación a la práctica clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo específico 2.1. Potenciar la investigación, preferentemente la investigación clínica sobre las áreas de mayor repercusión negativa en la salud.

Actividades

2.1.1. Determinar de forma consensuada las líneas de investigación prioritarias, según las áreas de mayor relevancia.

2.1.2. Disponer de un registro de investigaciones en salud mental en Canarias.

2.1.3. Apoyar el desarrollo de proyectos de investigación de calidad, especialmente los incluidos en redes acreditadas de centros de investigación y aquellos que participen en convocatorias competitivas autonómicas, nacionales o internacionales.

2.1.4. Fomentar el desarrollo de proyectos de investigación independientes, sin conflictos de intereses.

2.1.5. Impulsar proyectos de investigación conjuntos entre diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental y con Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Universidades.

2.1.6. Facilitar la realización de Trabajos de Fin de Máster y/o Tesis doctorales y aumentar en número de doctores.

2.1.7. Fomentar el reconocimiento de la actividad investigadora de impacto en la carrera profesional.

2.1.8. Difundir la información de las investigaciones de salud mental.

Objetivo específico 2.2. Potenciar la formación de los profesionales implicados en la salud mental en metodología de la investigación.

Actividades

- 2.2.1. Cursos de ámbito autonómico sobre aspectos de metodología de la investigación, dirigidos a profesionales de la Red de Salud Mental.
- 2.2.2. Cursos de Formación Específica en Investigación para Residentes, dentro del Programa de Formación Transversal.
- 2.2.3. Incorporar a las Guías Formativas vigentes de las Unidades Docentes Multiprofesionales la elaboración del diseño de un proyecto de investigación para todos los residentes de las especialidades de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de Salud Mental a lo largo de su proceso formativo.
- 2.2.4. Fomentar en la formación postgrado de residentes de psiquiatría, psicología clínica y enfermería de salud mental, la participación en, al menos, un proyecto de investigación.

Objetivo específico 2.3. Fomentar la metodología de gestión del conocimiento científico.

Actividades

- 2.3.1. Fomentar habilidades en el manejo de plataformas del conocimiento en Salud Mental, mediante formación sobre actualización de conocimientos, herramientas para la búsqueda y selección de información relevante para la práctica clínica.

Objetivo específico 2.4. Fomentar la aplicación del conocimiento científico a la práctica clínica.

Actividades

- 2.4.1. Fomentar habilidades en el manejo de plataformas del conocimiento en Salud Mental.
- 2.4.2. Promocionar la orientación de la práctica clínica sustentada en hallazgos científicos mediante la consulta regular y crítica de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

