



PLAN ESTRATEGICO DE SALUD MENTAL 2009-2011

Borrador

Director del Proyecto: Guillermo Petersen Guitarte

24/06/2009

INDICE

- A. Justificación y bases conceptuales del Plan Estratégico de Salud Mental 2009-1011**
- B. Marco legislativo y otros documentos de referencia**
- C. Recursos actuales de atención a la Salud Mental**
- D. Actividad desarrollada en los Centros de Salud Mental de Distrito**
- E. Actividad desarrollada en hospitalización psiquiátrica**
- F. OBJETIVOS Y RECOMENDACIONES**
 - 1. Oficina Regional de Coordinación a la Salud Mental**
 - 2. Atención ambulatoria:**
 - 2.1. Centros de Salud Mental
 - 2.2. Hospitales de Día
 - 2.3. Coordinación con Atención Primaria
 - 2.4. Trastorno Mental Grave y persistente: Programa de Continuidad de Cuidados
 - 2.5. Rehabilitación y alternativas residenciales no sanitarias: Coordinación con la Red de Atención Social para personas con Trastorno Mental Grave y persistente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales
 - 2.6. Exclusión Social: el Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales sin Hogar
 - 3. Atención hospitalaria:**
 - 3.1. Servicios de Psiquiatría en Hospitales Generales
 - 3.2. Centros Psiquiátricos y Unidades especiales
 - 4. Áreas de atención específicas:**
 - 4.1. Asistencia en Salud mental de niños y adolescentes
 - 4.2. Atención psicogeriatrica
 - 4.3. Trastornos de la Conducta Alimentaria
 - 4.4. Trastornos de la Personalidad Graves

4.5. Alcoholismo, otras adicciones y comorbilidad psiquiátrica de las adicciones (patología dual)

4.6. Sordera y Salud Mental

4.7. Atención a la salud mental de personas con discapacidad intelectual

5. Prevención del suicidio

6. Lucha contra el estigma y la discriminación asociado a personas con trastorno mental

7. Violencia de género y Salud Mental

8. Salud mental y catástrofes

9. Salud mental e inmigración

10. Informe técnico: Psicoterapia

11. Informe técnico: Uso racional de psicofármacos

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

El Plan de Salud Mental 2003-2008 ha significado la consolidación del modelo comunitario de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid, aceptado unánimemente por la comunidad científica, siendo elementos básicos en este modelo la rehabilitación y la recuperación personal de los pacientes que padecen una enfermedad mental grave. A su finalización, los principios y valores que lo ha sustentado siguen teniendo plena vigencia.

El **Plan Estratégico de Atención a la Salud Mental 2009-2011** de la Comunidad de Madrid tiene como único objetivo dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores. El nuevo Plan asume el modelo asistencial que ha establecido el Plan de Salud Mental precedente y continua su desarrollo, aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de gestión eficiente.

Las últimas apuestas por la mejora de la sanidad madrileña, como la creación de los Nuevos Hospitales, concebidos como hospitales comunitarios, y la regulación del derecho a la libre elección de médico especialista y de Centro por parte del paciente, repercuten de manera indudable en la mejora de la atención a la Salud Mental de la población madrileña.

La libre elección de médico especialista y de Centro en una red territorializada de atención a la Salud Mental se conjuga con la necesidad de preservar la continuidad de los cuidados y la rehabilitación de los enfermos mentales graves, y por lo tanto más vulnerables. En este modelo organizativo, la posibilidad de utilización de recursos comunitarios próximos al domicilio del paciente es un elemento clave. Los recursos de Rehabilitación (Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día, Centros de Rehabilitación Laboral, Minirresidencias y Equipos de apoyo comunitario) para personas con Trastorno Mental Grave y persistente, dependientes en su mayoría de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, están distribuidos de acuerdo con criterios territoriales y otro tanto ocurre con los recursos de los Servicios Sociales de las Juntas Municipales del Ayuntamiento de Madrid (Centros de apoyo, ocio, auxiliares domiciliarias, etc.). Además, para algunos pacientes es necesario que el equipo de su Centro de Salud Mental de referencia realice atención domiciliaria.

A lo largo de la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008 han aparecido nuevos e importantes referentes. Algunos son nacionales como la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información. Otros son específicos para la organización de los servicios de atención a la Salud Mental como la Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005) y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006).

Los principios fundamentales que inspiran el modelo asistencial que adopta el Plan Estratégico de Salud Mental 2009-2011 son:

1. **El paciente es el centro del sistema**
2. **Rechazo a la estigmatización y a la discriminación** y falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen enfermedades mentales.
3. La atención al paciente debe ser integral, de acuerdo con el **modelo biopsicosocial** de la enfermedad mental.
4. Integración de la atención a la Salud Mental dentro del conjunto de las prestaciones de Atención Especializada. Esto conlleva la Integración de los sistemas de información y gestión de la atención a la Salud Mental en la red de información y gestión sanitaria del Servicio Madrileño de Salud. Al finalizar el Plan de Salud Mental 2003-2008 ha quedado pendiente de cumplir el objetivo de **integrar la red ambulatoria de atención a la Salud Mental en el nivel de Atención Especializada**, como una especialidad médica más, con sus peculiaridades propias, para evitar así el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales.
5. La asistencia a la Salud Mental está organizada de forma **territorializada** para facilitar la proximidad de los recursos asistenciales al paciente, quien tiene asignado un Centro de Salud Mental de referencia. Sin embargo, esto no es un obstáculo para que pueda ejercer su **derecho a la libre elección de médico y centro**, de acuerdo con la regulación correspondiente.
6. La **coordinación de la atención a la Salud Mental con el nivel de Atención Primaria** sigue siendo primordial, en especial para la detección precoz y el seguimiento de la enfermedad mental grave, con diseño de protocolos de derivación y tratamiento y definición de las respectivas responsabilidades de Atención Primaria y Especializada.
7. La **atención a la salud mental de niños y adolescentes** considerada como un área asistencial especializada diferenciada de la atención a los adultos es otro elemento clave del modelo asistencial. La Especialidad Médica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente ya tiene una entidad académica que responde a la realidad social de los pacientes habiendo sido anunciada su creación por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
8. La atención y rehabilitación a las personas con Trastorno Mental Grave y persistente y el apoyo a sus familiares y cuidadores constituyen un elemento básico del modelo asistencial. Hay que señalar la importancia de mantener la **coordinación con la red de recursos de atención social para enfermos mentales graves y crónicos de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales**.
9. La **coordinación con la red de atención a las personas drogodependientes** es necesaria, hasta que lleva a cabo la integración funcional de las redes de atención a la salud mental y a las drogodependencias.

10. La **atención a la salud mental tiene un carácter global** y por lo tanto implica la coordinación con otros recursos e instancias comunitarios (sociales, educativos, legales etc.).
11. La actividad asistencial en Salud Mental se desarrolla por **equipos multidisciplinares**, estructurados de forma interdisciplinar.
12. Es esencial garantizar la **continuidad de la asistencia del paciente** a lo largo de todo el proceso de su tratamiento, cuya duración en el caso del Trastorno Mental Grave y persistente puede ser prolongada.
13. Disponibilidad de **alternativas residenciales sanitarias** adaptadas a las necesidades de los pacientes con Trastorno Mental Grave, así como de **recursos de hospitalización psiquiátrica para proporcionar tratamiento y rehabilitación y cuidados prolongados**, en condiciones de máximo respeto a su dignidad, a aquellas personas que padecen Trastornos Mentales Graves y persistentes y que tienen importantes dificultades de permanencia en su medio.
14. El objetivo de la rehabilitación psicosocial del paciente es **lograr su inclusión social y facilitar su recuperación personal**.
15. La **formación del personal sanitario** y la **investigación** en Salud Mental, así como la utilización de la **gestión por procesos** con el desarrollo de la asistencia con arreglo a procedimientos normalizados de actuación y a guías de buenas prácticas basadas en la evidencia científica, permiten avanzar en la permanente **mejora de la calidad percibida por el paciente y sus familiares**.

A. MARCO LEGISLATIVO Y OTROS DOCUMENTOS DE REFERENCIA

1. Comunidad de Madrid

- Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (2001)

2. Nacional

- Constitución Española (1978)
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006)

3. Europeo

- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005)
- Libro Verde sobre Salud Mental (Unión Europea, 2005)
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (Unión Europea, 2008).

B. RECURSOS ACTUALES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

La red de atención a la Salud Mental incluye todos los dispositivos asistenciales de psiquiatría y salud mental, independientemente de su proveedor de servicios. Estos forman parte de una red integrada, de modo que se puedan llevar a cabo los mecanismos de coordinación que faciliten los flujos de pacientes entre las distintas unidades y programas, tanto los ambulatorios como los de hospitalización parcial y completa.

La entrada de los pacientes en el circuito asistencial se produce normalmente a través del nivel de Atención Primaria, exceptuando determinadas situaciones de crisis.

Los dispositivos asistenciales de psiquiatría y salud mental están estructurados en dos niveles:

- **AREA SANITARIA:**

- ☞ Centros de Salud Mental
- ☞ Unidades de Hospitalización Breve de Adultos
- ☞ Hospital de Día de Adultos
- ☞ Urgencias psiquiátricas

Los nuevos hospitales dotados de Servicios de Psiquiatría tienen adscritos los Centros de Salud Mental de Distrito de su zona de influencia.

- **VARIAS ÁREAS SANITARIAS O DE REFERENCIA REGIONAL:**

- ☞ Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación
- ☞ Unidades hospitalarias residenciales de Cuidados Prolongados
- ☞ Unidades especiales de hospitalización (parcial o completa) para: Adicciones, Trastornos de la Personalidad graves, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Infancia y adolescencia
- ☞ Unidades ambulatorias de referencia: Discapacidad intelectual, Enfermos mentales sin hogar, Sordera y Salud Mental, Programa ATIENDE-Menores en riesgo psíquico, Clínicas TCA.

La red de recursos sanitarios de Salud Mental se coordina a su vez, tanto con la red de recursos de Rehabilitación y Residenciales de Atención Social al Enfermo Mental Grave y crónico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales a través de los Programas de Continuidad de Cuidados como con los recursos específicos para el tratamiento de los trastornos adictivos de la Agencia Antidroga y del Ayuntamiento de Madrid.

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



1. Evolución de los recursos de atención a la Salud Mental durante el periodo 2002-2008

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

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

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

RECURSOS	2002	2008	% Variación
Tratamiento hospitalario adicciones			2002-2008
Deshabitación del alcohol			
Unidades	1	1	=
Camas	20	20	=
Desintoxicación del alcohol			
Unidades	0	2	Nueva creación
Camas	0	15¹	Nueva creación
Toxicomanías			
Unidades	3	3	=
Camas	16²	16²	=
Patología Dual			
Centros	0	1	Nueva creación
Camas	0	23³	Nueva creación
Deshabitación Cocaína			
Centros	0	1	Nueva creación
Plazas	0	25⁴	Nueva creación

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

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

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

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

RECURSOS	2002	2008	% Variación 2002-2008
Hospitalización psiquiátrica parcial			
Hospitales de Día para adultos			
Número	7	13	↑ 85,7
Plazas	197	325	↑ 64,9
Hospitales de Día para niños y adolescentes			
Número	2	6	↑ 200,0
Plazas	50	175	↑ 250,0
Hospitales de Día para Trastornos de la Conducta alimentaria			
Número	0	1	Nueva creación
Plazas	0	40	Nueva creación
Hospitales de Día para Trastornos de Personalidad y de la Conducta Alimentaria			
Número	0	1	Nueva creación
Plazas	0	15¹	Nueva creación

¹ plazas de estancia completa

RECURSOS SANITARIOS			
Unidades de referencia	2002	2008	% Variación 2002-2008
Enfermos Mentales sin hogar			
Número equipos	0	1	Nueva creación
Atención a menores en riesgo psíquico			
Número equipos	0	1	Nueva creación
Salud Mental personas sordas			
Número equipos	0	1	Nueva creación
Violencia de género (Programa ATIENDE)			
Número equipos	0	1	Nueva creación
Atención a Discapacidad Intelectual			
Número equipos	0	1	Nueva creación
Clínicas T.C.A.			
Número	0	2	Nueva creación

RECURSOS HUMANOS	2002	2008¹	% Variación
Servicios de Salud Mental de Distrito			2002-2008
Médicos Psiquiatras			%
Número	231	322	↑ 39,4
Psicólogos Clínicos			
Número	146	193	↑ 32,1
Enfermeras			
Número	103	129	↑ 25,2
T. Sociales			
Número	63	82	↑ 30,1
T. Ocupacionales			
Número	17	28	↑ 64,7
A. Enfermería			
Número	36	38	↑ 5,5
Monitores T.O.			
Número	8	14	↑ 75,0
Administrativos			
Número	79	114	↑ 44,3
Otros			
39,4Número	51	67	↑ 31,3

¹ Incluye plantilla orgánica, contratos eventuales del Plan Extraordinario de Asistencia a los afectados por el atentado del 11-M de 2004 y contratos eventuales derivados del Plan de Reducción de Lista de Espera.

RECURSOS RESIDENCIALES NO SANITARIOS	2002		2008		% Variación 2002-2008
	SERMAS	C.F y A.S.	SERMAS	C.F y A.S.	
Mini residencias					
Distribución	1	7	1	16	
Total mini residencias	8		17		↑112,5
Distribución plazas	13	128	9	415	
Total plazas en mini residencias	141		424		↑ 200,7
Pisos supervisados					
Distribución	15	6	15	53	
Total pisos supervisados	21		68		↑ 223,8
Distribución plazas	44	23	44	212	
Total plazas en pisos	67		256		↑ 282,0
Pensiones supervisadas	C.F y A.S.		C.F y A.S.		
Nº plazas en pensiones	11		22		↑ 100,0

C.F. y A.S. Consejería de Familia y Asuntos Sociales

SERMAS Servicio Madrileño de Salud

RECURSOS DE REHABILITACIÓN	2002		2008		% Variación 2002-2008
	SERMAS	C.F y A.S.	SERMAS	C.F y A.S.	
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)					
Distribución	2	8	2	22	
Total CRPS	10		24		↑ 140,0
Distribución plazas	180	705	180	1620	
Total plazas en CRPS	885		1800		↑ 103,3
Centros de Día	SERMAS		SERMAS	C.F y A.S.	
Distribución	9		9	26	
Total Centros de Día	9		35		↑ 288,8
Distribución plazas	172		172	840	
Total plazas en Centros de Día	172		1012		↑ 488,3
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)	SERMAS	C.F y A.S.	SERMAS	C.F y A.S.	
Distribución	2	3	2	18	
Total CRL	5		20		↑ 300,0
Distribución plazas	80	140	80	890	
Total plazas en CRL	220		970		↑ 340,9
Equipos Atención Social Comunitaria (EASC)			C.F y A.S.		
Nº de EASC	0		38		Nuevas
Total plazas en EASC	0		1140		Nuevas

2. Catálogo de dispositivos asistenciales

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

AREA SANITARIA	DISTRITO	Dirección	Titularidad	Integrado en	SUPERFICIE (M ²)
1	ARGANDA DEL REY	c/ Juan de la Cierva, 20	SERMAS	C.E.P.	400
	RIVAS VACIAMADRID	c/ Acacias, s/n	SERMAS	C.A.P.	100
	MORATALAZ	c/ Hacienda de Pavones, s/n	SERMAS	C.E.P.	500
	RETIRO	c/ Lope de Rueda, 43	SERMAS	MONOGRÁFICO	1.500
	VALLECAS-PUENTE	c/ Peña Gorbea	SERMAS	MONOGRÁFICO	650
	VALLECAS-VILLA	c/ San Claudio, 154	SERMAS	C.A.P.	200
2	COSLADA	Avda. de España, s/n	SERMAS	C.A.P.	450
	CHAMARTÍN	c/ Marqués de Ahumada, 11	SERMAS	MONOGRÁFICO	600
	SALAMANCA	c/ O'Donnel, 55	SERMAS	C.A.P.	450
	SALAMANCA (U. Infan.Juv.)	c/ Uruguay, 9	SERMAS	MONOGRÁFICO	100
3	ALCALÁ DE HENARES	c/ Octavio Paz, s/n	SERMAS	C.E.P.	400
	TORREJÓN DE ARDOZ	Avda. Unión Europea, 4	SERMAS	C.A.P.	500
4	BARAJAS	c/ General, 5	REGIMEN ALQUILER	MONOGRÁFICO	400
	CIUDAD LINEAL	Avda. de Badajoz, 14	SERMAS	MONOGRÁFICO	500
	HORTALEZA	c/ Mar de Cara, s/n	CONS. FAM. A.	MONOGRÁFICO	900
	SAN BLAS	c/ Julia G ^a Boután, 8	REGIMEN ALQUILER	MONOGRÁFICO	500
5	ALCOBENDAS	Avda. de España, 50	SERMAS	C.A.P.	400
	S.S. DE LOS REYES	Avda. de España, 20	SERMAS	C.A.P.	400
	COLMENAR VIEJO	c/ Dr. Cecilio de la Morena, 2	SERMAS	C.A.P.	600
	TETUAN	C/ Maudes, 32	SERMAS	MONOGRÁFICO	1.000
	FUENCARRAL	c/ Melchor Fdez. Almagro, 1	SERMAS	C.A.P.	100

	FUENCARRAL(U.I.J.)	c/ Cándido Mateos, 11	SERMAS	C.A.P.	350
6	COLLADO VILLALBA	c/ Los Madroños, 5	SERMAS	C.A.P.	450
	MAJADAHONDA	Avda. de España, 7	SERMAS	C.A.P.	450
	MONCLOA	c/ Quintana, 11	SERMAS	C.E.P.	350
7	CENTRO	c/ Cabeza, 4	SERMAS	MONOGRAFICO	500
	CHAMBERÍ	c/ Modesto Lafuente, 21	SERMAS	C.E.P.	350
	LATINA	c/ Galiana, 1	AYUNTAMIENTO	MONOGRAFICO	200
	LATINA	c/ José Cadalso, s/n	SERMAS	C.A.P.	300
8	ALCORCÓN	Avda. De Lisboa, s/n	AYUNTAMIENTO	MONOGRAFICO	600
	MÓSTOLES	c/ Nueva Cork, 16	SERMAS	C.A.P.	600
	NAVALCARNERO	c/ La Doctora, 10	SERMAS	C.A.P.	300
9	FUENLABRADA	Avda. de la Comunidad, 9	SERMAS	C.E.P.	800
	LEGANÉS	c/ Colón, s/n	SERMAS	Complejo Hospitalario Psiquiátrico	500
10	GETAFE	Avda de los Ángeles, 53	SERMAS	C.E.P.	1.100
	PARLA	c/ Pablo Sorozabal, 4	SERMAS	MONOGRAFICO	600
11	ARANJUEZ	c/ Alhajés, 25	REGIMEN ALQUILER	MONOGRAFICO	200
	CIEMPOZUELOS	c/ Jardines, 1	Hnas.Hospitalarias	Complejo Hospitalario Psiquiátrico	300
	ARGANZUELA	c/ Ronda de Segovia, 52	SERMAS	C.E.P.	350
	CARABANCHEL	c/ Antonia Rguez, Sacristán 4	SERMAS	C.A.P.	450
	CARABANCHEL	c/ Ronda de Segovia, 52	SERMAS	C.E.P.	250
	USERA	c/ Visitación, 5	SERMAS	C.A.P.	350
	VILLAVERDE	c/ Totanes, 1	SERMAS	C.A.P.	400

C.E.P. Centro de Especialidades

C.A.P. Centro de Salud de Atención Primaria

Distribución de los C.S.M.			
		n	%
En entorno sanitario	C.E.P.	9	20,9
	C. Salud A. Primaria	18	41,8
	Complejo Hospitalario Psiquiátrico	2	4,6
Centros monográficos		14	32,5
TOTAL		43	100

Además, en las consultas externas de 13 Servicios de Psiquiatría de 20 Hospitales Generales de la Comunidad de Madrid (65 % del total) se llevan a cabo programas ambulatorios especializados, entre otros, para Trastorno Mental Grave, Adicciones, Trastornos de la conducta alimentaria, Primeros brotes psicóticos, Trastornos de la Personalidad, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Trastorno Bipolar etc.

2.2. Hospitalización parcial

HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS (EN FUNCIONAMIENTO)					
Área Sanitaria	Distrito	Modalidad	Dirección	Ubicación física	Titularidad instalaciones
1	Vallecas	Hospital de Día Adultos	Quijorna s/n Madrid	Monográfico Complejo del Hospital Infanta Leonor	SERMAS
1	Moratalaz y Retiro	Hospital de Día Adultos	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	Hospital	SERMAS
3	Alcalá Henares	Hospital de Día Adultos y adolescentes	Alfonso de Alcalá,s/n Alcalá de Henares	Monográfico Dependencia mixta (Oficina R.C.Salud Mental y Hospital U.P.Asturias)	Consejería de Educación, cesión de uso
4	Área 4	Hospital de Día Adultos	Hospital Universitario Ramón y Cajal	Hospital	SERMAS
5	Alcobendas	Hospital de Día Adultos	Hospital Infanta Sofía	Hospital	SERMAS
6	Majadahonda/Collado Villalba	Hospital de Día Adultos	Hospital Universitario Puerta de Hierro	Hospital	SERMAS
7	Chamberí	Hospital de Día Adultos	Ponzano, 70 Madrid	Monográfico Dependencia mixta (Oficina R.C.Salud Mental y Hospital ClínicoSan Carlos)	SERMAS
8	Móstoles	Hospital de Día Adultos	Independencia,8 Móstoles	Monográfico Dependencia de la Oficina R.C.Salud Mental	SERMAS
8	Alcorcón y Navalcarnero	Hospital de Día Adultos	Hospital Fundación Alcorcón	Hospital	SERMAS

9	Leganés	Hospital de Día Adultos	Instituto Psiquiátrico y S.Salud Mental "Jose Germain"	Hospital monográfico	SERMAS
10	Getafe	Hospital de Día Adultos	Galicia nº 6,8,10. Getafe	Monográfico Dependencia mixta (Oficina R.C.Salud Mental y Hospital U.Getafe)	Municipal, cesión de uso
11	Villaverde	Hospital de Día Adultos	Rocafor, 3 Madrid	Monográfico (Servicio contratado por Oficina R.C.Salud Mental)	Municipal, cesión de uso
11	Área 11	Hospital de Día Adultos	Hospital Universitario 12 de Octubre	Hospital	SERMAS

22

HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS (INSTALADOS)					
Área Sanitaria	Distrito	Modalidad	Dirección	Ubicación física	Titularidad instalaciones
1	Arganda	Hospital de Día Adultos	Hospital del Sureste	Hospital	SERMAS
2	Coslada	Hospital de Día Adultos	Hospital del Henares	Hospital	SERMAS

HOSPITALES DE DÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (EN FUNCIONAMIENTO)					
Área Sanitaria	Distrito	Modalidad	Dirección	Ubicación física	Titularidad instalaciones
1	Vallecas	Hospital de Día Adolescentes	Rafael Fernández Hijicos, 32- Madrid	Monográfico Dependencia de la Oficina R.C.Salud Mental	SERMAS
3	Alcalá Henares	Hospital de Día Adultos y adolescentes	Alfonso de Alcalá, s/n- Alcalá de Henares	Monográfico Dependencia mixta (Oficina R.C.Salud Mental y Hospital U.P.Asturias)	Consejería de Educación, cesión de uso
5	Area Norte	Hospital de Día Niños y Adolescentes	Av. Cardenal Herrera Oriá. Madrid	Monográfico (Servicio contratado por Oficina R.C.Salud Mental)	Alquiler
9	Leganés	Hospital de Día Niños y Adolescentes	Avda. Los Pinos s/n. Leganés	Monográfico (Servicio contratado por Oficina R.C.Salud Mental)	Consejería de Educación, cesión de uso
11	Carabanchel	Hospital de Día Niños y Adolescentes	Gorrión, 2 Madrid	Monográfico (Servicio contratado por Oficina R.C.Salud Mental)	Consejería de Educación, cesión de uso
	Referencia	Hospital de Día Niños y Adolescentes	Hospital Infantil "Niño Jesús"	Hospital	SERMAS

HOSPITALES DE DÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (INSTALADOS)					
Área Sanitaria	Distrito	Modalidad	Dirección	Ubicación física	Titularidad instalaciones
1	Vallecas	Hospital de Día de Niños (0-6 años) y Autismo	Hospital Infanta Leonor	Complejo del Hospital Infanta Leonor	SERMAS
8,9 y 10	Parla	Hospital de Día de Niños (0-6 años)	Hospital Infanta Cristina	Hospital	SERMAS

2.3. Hospitalización Breve

En la tabla siguiente se presenta el mapa de camas de hospitalización breve para adultos de la Comunidad de Madrid (actualizado a 31 diciembre de 2008).

Como población de referencia se ha considerado la correspondiente al censo de tarjetas sanitarias de personas mayores de 18 años de 2007.

El ratio estándar de camas de hospitalización breve considerado es de 12 / 100.000 habitantes mayores de 18 años, que fue establecido en el Plan de Salud Mental 2003-2008.

Las áreas sanitarias más deficitarias en lo que respecta a camas instaladas y camas en funcionamiento, en relación a la población de referencia son, en este orden:

- Área 6 (Hospital Universitario Puerta de Hierro)
- Área 3 (Hospital Universitario Príncipe de Asturias)
- Área 11 (Hospital Universitario 12 de Octubre)

El Hospital General Universitario Gregorio Marañón tiene superávit de camas generado por la puesta en funcionamiento de dos de los nuevos hospitales

UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE PARA ADULTOS							
Ratio estándar 12 camas/100.000 habitantes ≥ 18 años							
Área	Población Tarjetas sanitarias 2007	estándar camas/100.000 habitantes	Hospital	Camas instaladas	Δ estándar	Camas func.	Δ estándar
1			H.G.U. Gregorio Marañón	75		75	
1			Hospital del Sureste (Arganda)	17		9	
1			Hospital Infanta Leonor	30		12	
1	624.430	74,93	TOTAL camas	122	+47,0	96	+21,0
2			Hospital U. de la Princesa	24		24	
2			Hospital del Henares	17		17	
2	388.662	46,63	TOTAL camas	41	-5,6	41	-5,6
3			H.U. Príncipe de Asturias	18		18	
3	293.749	35,24	TOTAL camas	18	-17,2	18	-17,2
4			H.U. Ramón y Cajal	25		25	
4			Hospital Dr. R. Lafora (adultos y >65 a) ¹	36		36	
4	501.923	60,23	TOTAL camas	61	+0,7	61	+0,7
5			H. Universitario de la Paz	21		21	
5			Hospital Dr. R. Lafora (adultos y >65 a) ¹	30		30	
5			Hospital Infanta Sofía	29		15	
5	621.153	74,53	TOTAL camas	84	+9,4	64	-10,5
6	Majadahonda y Collado Villalba		H.U. Puerta de Hierro	20		19	
6	416.016	49,92	TOTAL camas	20	-29,9	19	-30,9
7	Chamberí, Latina y Carabanchel		Hospital Clínico San Carlos	56		55	
7	Carabanchel		H. Central de la Defensa ¹	6		6	
7	586.167	70,34	TOTAL camas	62	-8,3	61	-9,3
8			H. Fundación Alcorcón	22		20	

8			H.U. de Móstoles	20		20	
8	406.247	48,74	TOTAL camas	42	-6,7	40	-8,7
9			H.U. Severo Ochoa	19		18	
9			H.U. de Fuenlabrada	16		16	
9	335.701	40,28	TOTAL camas	35	-5,2	34	-6,2
10			H.U. de Getafe	14		14	
10			Hospital Infanta Cristina	16		10	
10	273.855	32,86	TOTAL camas	30	-2,8	24	-8,8
11	Arganzuela, Aranjuez, Usera, Villaverde		H.U. 12 de Octubre	20		20	
11			C. Asistencial Benito Menni ¹	20		20	
	474.004	56,88	TOTAL camas	40	-16,8	40	-16,8
11	Valdemoro		C. Hnos. S.J. Dios (H. Infanta Elena)	20		20	
	38.822	4,65	Total camas	20	+ 15,3	20	+ 15,3
11	512.826	61,53	TOTAL camas	60	-1,5	60	-1,5
	Moncloa y Centro		Fundación Jiménez Díaz	19		19	
	233.172	27,98	TOTAL camas	19	-8,9	19	-8,9
Tod as	5.193.901	623,26	TOTAL camas Comunidad de Madrid	596	-27,2	539	-84,2

¹ Hospital de apoyo

Las Unidades de Hospitalización Breve, tanto de Hospitales Generales como de Centros Psiquiátricos monográficos tienen el siguiente grado de implantación de procedimientos normalizados de actuación clínica:

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

Otros protocolos	
	Psicoeducación
	Planes de cuidados de enfermería
	Plan de información al usuario
	Actuación en Urgencias
	Violencia de género
	Actuación pacientes agitados
	Seguimiento efectos secundarios psicofármacos
	Traslado a otra Unidad
	Guía de actuación enfermería para pacientes con ideación autolítica

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

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica para Niños Y Adolescentes		
Hospital	Camas instaladas	Camas en funcionamiento
Hospital General Universitario Gregorio Marañón Unidad de Adolescentes	20	20
Hospital Universitario Niño Jesús	19	19
TOTAL camas	39	39

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

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

Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (Media Estancia)			
Hospital	Áreas sanitarias referencia	Unidades de Tratamiento y Rehabilitación	Total Camas
Instituto P. S. Salud Mental José Germain	8,9,10	2	60
Clínica San Miguel - Hermanas Hospitalarias	2,3,4 y 5	2	48
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	7,11	1	35
Complejo Asistencial Benito Menni	1,6	1	30
TOTAL		6	173

2.5. Hospitalización de larga estancia: Unidades residenciales de Cuidados Prolongados

Los dispositivos de hospitalización de media estancia son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

Modalidad	HOSPITAL	Camas
Desintoxicación alcohol	Hospital Dr. R. Lafora	15
Desintoxicación alcohol	Clínica Ntra. Sra. de la Paz Concertado con Ayuntamiento de Madrid	3
Deshabitación alcohol	Hospital Dr. R. Lafora	20
Deshabitación cocaína	Clínica Ntra. Sra. de la Paz (Centro Asistencia integral de Cocainómanos CAIC) Concertado con Agencia Antidroga	25 ¹
Desintoxicación Toxicomanías	Hospital Dr. R. Lafora	8
Desintoxicación Toxicomanías	Hospital General Universitario Gregorio Marañón	6
Desintoxicación Toxicomanías	Hospital General Universitario Ramón y Cajal	2 ²
Patología Dual	Clínica Ntra. Sra. de la Paz (Centro de Patología Dual CPD) Concertado con Ayuntamiento de Madrid	23

¹además dispone de 20 plazas de Centro de Día

²incluidas en UHB

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

En este apartado se recogen exclusivamente los dispositivos con dependencia administrativa de la Consejería de Sanidad. La Red de Atención Social al Enfermo Mental Grave y crónico dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales dispone de numerosos recursos de rehabilitación y residencia que se detallan como anexo al apartado COORDINACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES.

CENTROS DE DÍA			
Area sanitaria	DISTRITO	Dirección	Titularidad
4	Barajas	General, 5 -Local - Madrid	Alquiler
6	Majadahonda	Avda. de Guadarrama. Majadahonda	Municipal, cesión de uso
2	Coslada	Plaza de Ondarreta s/n 28830 San Fernando de Henares	Municipal, cesión de uso
4	San Blas	Carretera Aljarvir a Vicálvaro, 64	SERMAS
4	Hortaleza	Mar de Karal, 11 - Madrid	Cesión Consejería Familia y Asuntos Sociales, cesión de uso
8	Alcorcón	Avda. Lisboa s/n. Alcorcón	Municipal, cesión de uso
8	Móstoles	Asturias S/n Bajo. Móstoles	Municipal, cesión de uso
9	Leganés	Instituto P.Jose Germain	SERMAS
10	Parla	Pablo Sorozabal 12. Parla	Cesión de IVIMA a SERMAS no formalizada

CENTROS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL		
DISPOSITIVO	Dirección	Titularidad
Centro Rehabilitación Psicosocial "San Enrique"	San Enrique, 20 - Madrid	Alquiler

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

PISOS SUPERVISADOSOS			
Área	Distrito	Dirección	Titularidad
4	Barajas	Garganchón 114. Madrid	FEAFES, cesión de uso
4	Barajas	Garganchón 313. Madrid	FEAFES, cesión de uso
4	Ciudad Lineal	Marques de Corbera 28 BAJO Madrid.	FEAFES, cesión de uso
4	Hortaleza	Gomeznarro, 498 - Madrid	SERMAS
4	Hortaleza	Av. San de Luis 92 BAJO. Madrid	FEAFES, cesión de uso
5	Tetuán	María de Guzmán 6 1º IZDA. Madrid	SERMAS
7	Centro	Mesón de Paredes 25. Madrid	SERMAS
8	Móstoles	Agustina de Aragón 2, 1º DCHA Móstoles	Municipal, cesión de uso
8	Móstoles	Agustina de Aragón 2. 1º IZDA. Móstoles	Municipal, cesión de uso
9	Leganés	Seis pisos supervisados	Instituto P. José Germain

3. Recursos humanos

3.1. Red ambulatoria vinculada a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (Centros de Salud Mental y Hospitales de Día)

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

RECURSOS HUMANOS de la red de Centros de Salud Mental y Hospitales de Día vinculada a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (datos diciembre 2008)	n
Médicos Especialistas en Psiquiatría	340
Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica	193
Enfermeras	129
Trabajadores Sociales	82
Terapeutas Ocupacionales	28
Auxiliares de Enfermería	38
Monitores de terapia ocupacional	14
Administrativos	114
Otras categorías profesionales	67

Datos a 31 de diciembre de 2008, incluye plantilla orgánica, contratos eventuales del Plan Extraordinario de Asistencia a los afectados por el atentado del 11-M de 2004 y contratos eventuales derivados del Plan de Reducción de Lista de Espera

El 42,8 % de los puestos funcionales de los Servicios de Salud Mental de Distrito está desempeñado de manera provisional.

3.2. Unidades de Hospitalización Breve de Hospitales Generales

Los datos globales referidos a médicos psiquiatras y enfermeras en Unidades de Psiquiatría de Hospitales Generales son los siguientes:

Unidades de Hospitalización Psiquiátrica	Camas en funcionamiento	Médicos Psiquiatras	Ratio media	Enfermeras	Ratio media
20	495	72	1,1 psiquiatras/8 camas	225	1 enfermera/2,1 camas

4. Sistemas de información de la red ambulatoria de Servicios de Salud Mental

La descripción resumida del equipamiento informático y de sistemas de información sanitaria de la red ambulatorio de Servicios de Salud Mental es la siguiente:

Equipos Informáticos				
	Ordenadores	Impresoras en Red	Impresoras Monopuesto	Total Impresoras
Año 2002	85	2	35	37
Año 2008	655	59	99	158
Integración en la red SALUD				
	Cableado	Electrónica	Conexión	Correo
Año 2002	1	1	1	1
Año 2008	46	43	39	39
Sistemas de Información				
	RCP	HP HIS	AURORA	OTROS
Año 2002	35	0	0	0
Año 2008	37	7	2	1

Como se puede observar, el grado de integración en la red general de información y gestión sanitaria es muy deficitario.

Fuentes de información

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

Principales variables estudiadas

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

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

La base de datos, acumulada desde 1986, permite extraer series temporales y conocer la evolución de la asistencia ambulatoria en Salud Mental a lo largo de los años. En 2006 se realizó un análisis en este sentido que se publicó en el capítulo 6 del “Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2007” (disponible en la página web de la Consejería de Sanidad).

En la Tabla 1 aparecen los datos asistenciales básicos correspondientes a todos los Centros de Salud Mental durante 2007.

Tabla 1 Actividad Centros de Salud Mental (2007)

Distrito	nº total personas atendidas en el CSM	primera vez (Casos nuevos) en el CSM	% sobre el total de personas atendidas	un contacto previo con el CSM	% sobre el total de personas atendidas	nº total de asistencias programadas	nº de altas	el Programa de Continuidad de Cuidados
ARGANDA	3.824	1.478	38,65%	2.346	61,35%	19.665	494	145
MORATALAZ	3.431	1.627	47,42%	1.804	52,58%	18.012	37	
RETIRO	3.487	1.158	33,21%	2.329	66,79%	24.222	886	30
Puente VALLECAS	6.946	3.061	44,07%	3.885	55,93%	41.678	1.384	254
VALLECAS VILLA	5.153	1.779	34,52%	3.374	65,48%	29.682	299	62
AREA 1	22.842	9.104	39,86%	13.738	60,14%	133.259	3.101	
CHAMARTIN	2.705	869	32,13%	1.836	67,87%	21.263	264	112
COSLADA	4.499	1.407	31,27%	3.092	68,73%	25.843	1.965	
SALAMANCA	2.743	1.042	37,99%	1.701	62,01%	16.212	416	49
AREA 2	9.947	3.317	33,35%	6.630	66,65%	63.318	2.645	
ALCALA	9.368	3.165	33,79%	6.203	66,21%	49.089	2.274	

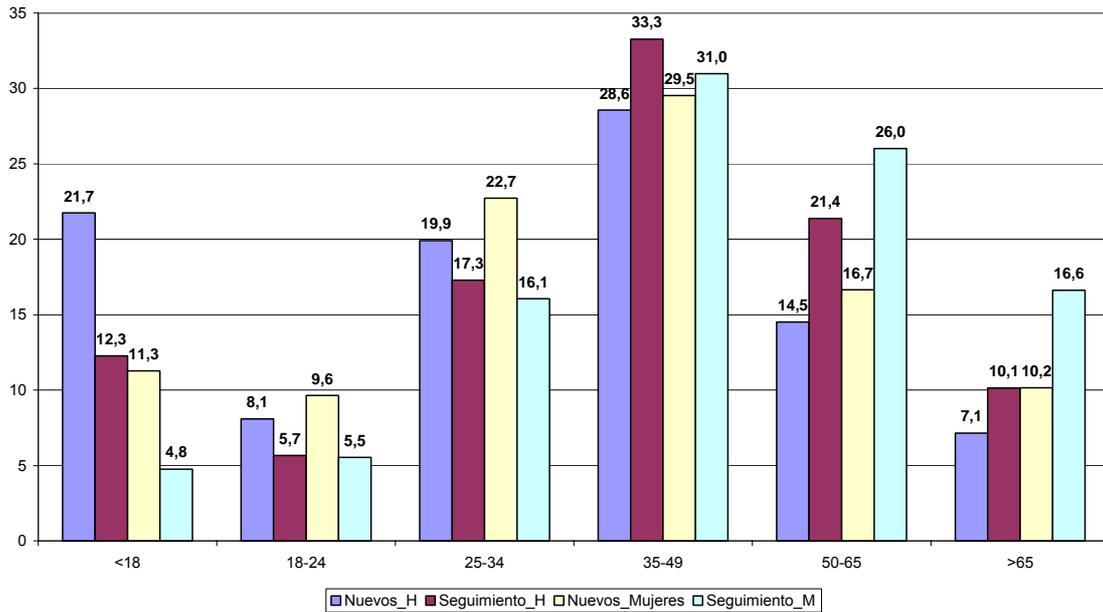
TORREJON	4.013	1.656	41,27%	2.357	58,73%	21.262	976	
AREA 3	13.381	4.821	36,03%	8.560	63,97%	70.351	3.251	
BARAJAS	1.665	455	27,33%	1.210	72,67%	11.768	259	89
CIUDAD LINEAL	4.255	1.581	37,16%	2.674	62,84%	32.324	449	140
HORTALEZA	2.738	1.188	43,39%	1.550	56,61%	16.697	327	62
SAN BLAS	2.742	979	35,70%	1.763	64,30%	16.223	284	150
AREA 4	11.400	4.203	36,87%	7.197	63,13%	77.012	1.319	
ALCOBENDAS	5.893	2.014	34,18%	3.879	65,82%	31.791	483	247
COLMENAR	2.437	925	37,96%	1.512	62,04%	20.977	389	129
FUENCARRAL	5.038	1.325	26,30%	3.713	73,70%	23.263	186	263
TETUAN	2.564	944	36,82%	1.620	63,18%	9.272	407	
AREA 5	15.932	5.208	32,69%	10.724	67,31%	85.303	1.465	
COLLADO VILLALBA	4.699	1.700	36,18%	2.999	63,82%	26.229	455	251
MAJADAHONDA	5.491	1.752	31,91%	3.739	68,09%	27.687	939	60
MONCLOA	3.800	1.042	27,42%	2.758	72,58%	15.902	247	321
AREA 6	13.990	4.494	32,12%	9.496	67,88%	69.818	1.641	
CENTRO	3.684	1.374	37,30%	2.310	62,70%	20.495	204	219
CHAMBERI	2.818	1.298	46,06%	1.520	53,94%	9.899	285	164
LATINA	5.379	1.301	24,19%	4.078	75,81%	17.708	150	461
AREA 7	11.881	3.973	33,44%	7.908	66,56%	48.102	639	
ALCORCON	5.163	1.617	31,32%	3.546	68,68%	24.948	247	155
MOSTOLES	6.875	1.855	26,98%	5.020	73,02%	38.207	680	
NAVALCARNERO	1.842	887	48,15%	955	51,85%	13.366	462	90
AREA 8	13.880	4.359	31,40%	9.521	68,60%	76.521	1.389	
FUENLABRADA	5.986	3.560	59,47%	2.426	40,53%	33.871	1.666	300

LEGANES	5.821	2.666	45,80%	3.155	54,20%	25.205	371	271
AREA 9	11.807	6.227	52,74%	5.580	47,26%	59.076	2.037	
GETAFE	5.277	2.946	55,83%	2.331	44,17%	26.141	895	192
PARLA	5.651	1.866	33,02%	3.785	66,98%	35.302	986	340
AREA 10	10.928	4.812	44,03%	6.116	55,97%	61.443	1.881	
ARANJUEZ	2.895	1.056	36,48%	1.839	63,52%	14.573	110	99
ARGANZUELA	4.032	1.376	34,13%	2.656	65,87%	25.788	153	196
CARABANCHEL	7.674	2.325	30,30%	5.349	69,70%	48.834	366	379
USERA	4.070	1.640	40,29%	2.430	59,71%	22.388	346	263
VILLAVERDE	5.221	1.425	27,29%	3.796	72,71%	30.635	822	300
AREA 11	23.892	7.822	32,74%	16.070	67,26%	142.218	1.797	
TOTAL	159.881	58.340	36,49%	81.444	50,94%	886.421	21.165	5.793

Como se puede observar, hay disparidad en los resultados correspondientes a los casos nuevos atendidos en los dispositivos. También hay una importante retención de pacientes en el circuito asistencial puesta de manifiesto por el bajo porcentaje de altas.

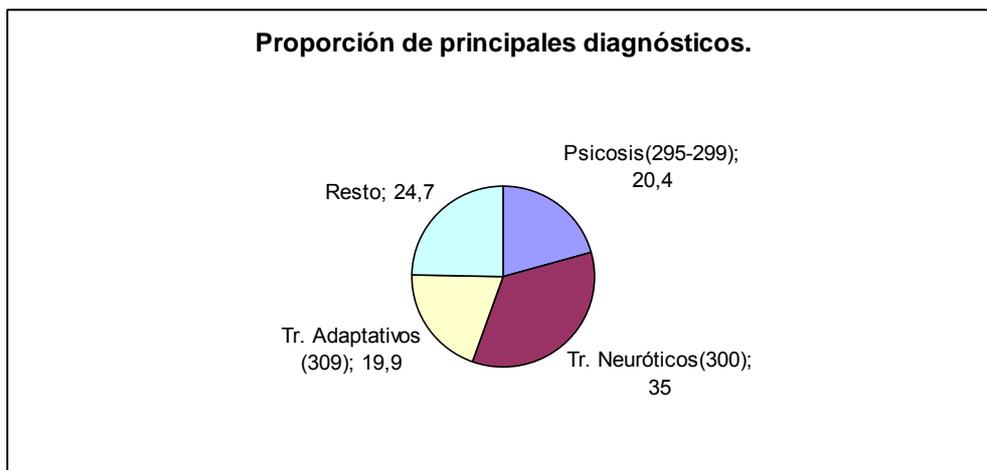
En el siguiente gráfico se refleja la distribución por sexo y edad de los casos nuevos (primer contacto) y en seguimiento.

Proporción de casos por edad y sexo. Asistencia ambulatoria en los CSM 2007.



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

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



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

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

La asistencia se realiza por un equipo multiprofesional. En la tabla 2 se presenta una estimación de la media de asistencias prestadas como primer profesional (sin diferenciar casos nuevos de casos antiguos) obtenida a partir de una muestra de datos correspondiente a 9 CSM (2007) sin contabilizar su actividad cuando actúan como segundo o tercer profesional.

Tabla 2 Asistencias programadas como primer profesional (2007)

Muestra de 9 CSM (2007) asistencias como primer profesional				
	Total asistencias programadas	Nº de profesionales	Media de asistencias/profesionales	Media asistencias/semana*
M. Psiquiatra	97.985	52	1.884	41,87
Psicólogo C.	38.744	30	1.291	28,70
Enfermera	24.792	20	1.240	27,55
T. Social	10.121	11	920	20,45
Total	171.642	113	1.519	33,75
* media de asistencias registradas por profesional / 45 semanas				

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

A continuación se exponen los datos estimativos de actividad referidos a una muestra de 19 Centros de Salud Mental en 2008.

En cuanto a las asistencias programadas, los datos registrados indican que un 15,2 % de las citas programadas han sido fallidas.

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

En las tablas 3, 4 y 5 se ofrecen los datos asistenciales según diversas variables de interés que ilustran la cartera de prestaciones y programas de un Servicio de Salud Mental de orientación comunitaria.

Tabla 3. Distribución de las asistencias según Grupo (Programa) en una muestra de 19 Servicios de Salud Mental de Distrito (2008)

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

Tabla 4. Distribución de las asistencias según tipo de prestación en una muestra de 19 Servicios de Salud Mental de Distrito

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

Tabla 5. Distribución de las asistencias según modalidad de atención en una muestra de 19 Servicios de Salud Mental de Distrito

Modelo de atención	Asistencias	Porcentaje
SIN ESPECIFICAR	29731	7,8
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	72027	19
TERAPIA INDIVIDUAL	56237	14,8
TERAPIA DE GRUPO	32692	8,6
TERAPIA DE FAMILIA	2802	0,7
TERAPIA DE PAREJA	356	0,1
ATENCION CON PERSONAS RELACIONADAS	5589	1,5
TRATAMIENTO FARMACOLOGICO+OTRA TERAPIA INDIVIDUAL	94551	24,9
OTRAS COMBINACIONES	28223	7,4
GRUPOS DE APOYO	8050	2,1
CONSULTA TERAPEUTICA	29697	7,8
ENTREVISTA CON PADRES	7781	2
TRABAJO SOCIAL	12200	3,2
Total	379936	100

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

En la siguiente tabla se muestra la distribución de la actividad asistencial por Área Sanitaria así como de su población (Datos de asistencia procedentes del RCP 2007 y datos de población procedentes del Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid, padrón continuo a fecha 1 de enero de 2007).

Tabla 7 Distribución de la actividad por Áreas Sanitarias (2007)

ÁREA	% Poblacion (n= 6081689)	% CasosTotal (n= 159881)	% CasosNuevos (n= 58340)	% Asistencias (n=886421)
AREA 1	12,4	14,3	15,6	15,0
AREA 2	7,3	6,2	5,7	7,1
AREA 3	5,8	8,4	8,3	7,9
AREA 4	9,5	7,1	7,2	8,7
AREA 5	12,4	10,0	8,9	9,6
AREA 6	10,7	8,8	7,7	7,9
AREA 7	8,8	7,4	6,8	5,4
AREA 8	7,8	8,7	7,5	8,6
AREA 9	6,5	7,4	10,7	6,7
AREA 10	5,4	6,8	8,2	6,9
AREA 11	13,5	14,9	13,4	16,0
TOTAL	100	100	100	100

D. ACTIVIDAD DESARROLLADA EN HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

1. HOSPITALIZACIÓN BREVE

Del análisis del CMBD 2007. PSIQUIATRIA se desprende que en los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales del SERMAS se registraron 6.875 altas (113 por 100 mil habitantes) que correspondieron a 5.220 pacientes (86 casos por 100 mil habitantes). La distribución por grupo de edad y sexo de las altas hospitalarias en 2007 fue la siguiente:

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

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

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

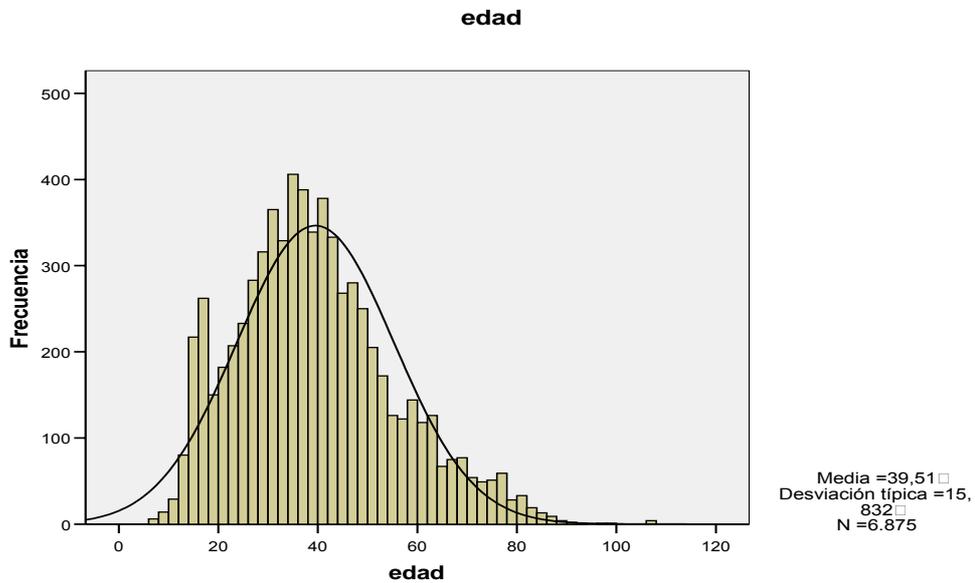
En la siguiente tabla se muestra la distribución porcentual de los principales trastornos mentales, según el "diagnóstico principal" (Códigos CIE9-MC).

Diagnóstico principal al ALTA	Código CIE 9 MC	n	%
Esquizofrenia	295	1.651	24,0
Psicosis Afectivas	296	1.160	16,9
Otras psicosis	297-298	763	11,1
Psicosis Infantil	299	6	0,1
Trastornos neuróticos	300	453	6,6

Trastornos de la Personalidad	301	768	11,2
Abuso de sustancias	303-305	335	4,9
T. Conducta alimentaria	307.1 y 307.5	245	3,6
Otros Diagnósticos		1.494	21,7
TOTAL		6.875	100

En 478 altas (7% del total) altas se registró un intento de suicidio, de los cuales 200 correspondieron a hombres y 278 a mujeres.

En el siguiente gráfico se refleja la distribución de las altas según la edad (media = 39,5 años).



En referencia a la distribución por Áreas de Salud, el mayor porcentaje de altas se ha producido en el Área 1 (18,9%) seguido del Área 11 (12,7%) y del Área 7 (11,7%). En la tabla se muestra la distribución porcentual de las altas hospitalarias según áreas sanitarias.

Área sanitaria	Nº de altas	%
Área 1	1.302	18,9
Área 2	409	5,9
Área 3	244	3,5
Área 4	363	5,3
Área 5	155	2,3
Área 6	512	7,4
Área 7	804	11,7
Área 8	725	10,5
Área 9	718	10,4
Área 10	296	4,3
Área 11	872	12,7
Otros	209	3,3
No consta	79	1,1
Otra Provincia	188	2,7
Total	6.875	100

Unidades de Hospitalización Breve HOSPITAL	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	INDICE DE OCUPACION ANUAL	ESTANCIA MEDIA ANUAL	Nº DE PACIENTES AÑO CON ESTANCIA SUPERIOR A DOS MESES	Nº DE PACIENTES CON MAS DE UN INGRESO EN EL AÑO 2008	Nº DE PACIENTES SOMETIDOS A MEDIDA DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO POR SENTENCIA PENAL INGRESADOS/AÑO	Nº DE INGRESOS/AÑO EN SITUACION DE PRESOS PREVENTIVOS PENDIENTE DE RESOLUCION JUDICIAL
H.G.U. Gregorio Marañón	75	1560	1572	76	15	36	124	8	
H. del Sureste (Arganda)	9	129	123	75	13,4	1	9	0	0
H. Infanta Leonor	12	93	85	81	11	0	0	N D	
H. U. de la Princesa	24	359	370	ND	19	10	40		0
H. del Henares	17	200	194	79	14,2			0	0
H. U. Príncipe de Asturias	18	293	294	116,0	24,1	22	33	0	0
H. U. Ramón y Cajal	25	366	363	80	20		60	0	1
H. U. Puerta de Hierro Majadahonda	19	400	400	80	12			0	0
H. U. La Paz	21	500	499	89,6	13,8	6	45	0	1
H. Infanta Sofía	15	225	214	87,4	13,1	2	21	0	0
H. Clínico San Carlos	55	1071	1073	100	17	48	136	6(*)	(*)
H. F. Jiménez Díaz	19	490	493	82,1	12				0
H. U. Móstoles	20	254	265	95	26	18	40	0	0
H. Fundación Alcorcón	20	455	453	77,5	12,9			0	0
H. U. Severo Ochoa	18	423	418	89	14	8	68		
H. U. Fuenlabrada	16	360	351	84,6	13,3	10	53	0	0
H. Infanta Cristina	10	102	97	62	10,5	0	11	0	1
H. U. Getafe	14	233	239	76,4	16,1	4	31	0	0
H. U. 12 de Octubre	20	391	309	97,0	18,1	10	26	0	0
CH. Benito Menni	20	267	268	93	ND				1
CH. S. Juan de Dios	20	127	118	ND	22,4	3		3	
H. Dr. R. Lafora	66	857	853	77	22,4	50		0	0
TOTAL ADULTOS	533	9155	9051		16,2	228	697	11	4
H.G.U.G.M. U. Adolescentes	20	285	284	47	12	4	19		
H. U. Niño Jesús	19	390	377	103,8 7	15,1	5	72		
TOTAL INFANTO JUVENIL	39	675	661		13,5	9	91		

ND dato no disponible

2. Hospitalización de media estancia (Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación) y Unidades especiales

Los pacientes ingresan en este tipo de Unidades de forma programada por indicación de su médico psiquiatra responsable, previa inclusión en la lista de espera gestionada desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Los datos de lista de espera para hospitalización de media y larga estancia (abril 2009) son los siguientes:

a) Nº de pacientes inscritos en lista de espera

	Media estancia (UTR) ♂	Media estancia (UTR)♀	Larga estancia (UCPP)♂	Larga estancia (UCPP)♀	TOTAL
Nº pacientes	50	33	56	21	160

b) Distribución de los pacientes según fecha de inclusión en lista de espera:

Fecha inclusión	Media Estancia	Larga Estancia ♂	Larga Estancia ♀
2001	0	1	0
2002	0	0	0
2003	0	6	0
2004	1	6	2
2005	1	2	0
2006	4	1	1
2007	3	6	1
2008	40	20	8
2009	34	12	9
TOTAL	83	56	21

Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (U.T.R.) Media estancia	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	INDICE DE OCUPACION ANUAL	ESTANCIA MEDIA ANUAL	Nº DE PACIENTES SOMETIDOS A MEDIDA DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO POR SENTENCIA PENAL INGRESADOS/AÑO
Instituto P. Servicios Salud Mental José Germain	60	73	72	93	239	2
Clínica San Miguel HHSC	48	40	40	98	198,7	1
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	35	21	20	93,3	213,5	0
Complejo Asistencial Benito Menni	30	34	32	97	191	1
TOTAL	317	168	164			4

Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (U.C.P.P.) Larga estancia	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	INDICE DE OCUPACION ANUAL	Nº DE PACIENTES SOMETIDOS A MEDIDA DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO POR SENTENCIA PENAL INGRESADOS/AÑO
Instituto P. Servicios Salud Mental José Germain	94	3	5	98,0	1
Hospital Dr.R.Lafora	200	49	55	94,7	0
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	271	17	16	96,5	5
Complejo Asistencial Benito Menni	220	12	3	98,0	0
Centro Asistencial Santa Teresa de Arévalo S.L.	39	3	3	100	0
TOTAL	824	84	82		6

Unidades de Trastornos de la Personalidad	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	Nº ALTAS VOLUNTARIAS	INDICE DE OCUPACION ANUAL	ESTANCIA MEDIA
Clínica San Miguel HHSC	17	48	44	23	63	70
Hospital Dr.R.Lafora*	16	30	21	13	55	136
TOTAL	33	78	65	36		

*10 meses

Unidades Hospitalarias para tratamiento de los Trastornos Adictivos y Patología Dual en Centros Psiquiátricos 2008	CAMAS FUNCIONANTES	Nº INGRESOS ANUALES	Nº ALTAS ANUALES	INDICE DE OCUPACION ANUAL	ESTANCIA MEDIA ANUAL	Media de días espera hasta ingreso	Pacientes en lista de espera (31.12.2008)
Desintoxicación alcohol							
Hospital Dr. R. Lafora	15	298	298	81	13,6	68	795
Clínica Ntra. Sra. de la Paz*	3	75			12		
Deshabitación alcohol							
Hospital Dr. R. Lafora	20	225	222	78	25,7	114	125
Deshabitación cocaína							
Clínica Ntra. Sra. de la Paz**	25						
Desintoxicación toxicomanías							
Hospital Dr. R. Lafora	8	194	194	81	12,2		
H.G.U.G.Marañón U.Toxicomanías (2007)	6	117	118	88,3	13,0		
Patología Dual							
Clínica Ntra. Sra. de la Paz*	23	151			51,5		
TOTAL	90						

*Concertado con Ayuntamiento de Madrid

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

E. OBJETIVOS Y RECOMENDACIONES

1. OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL

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

La estructura de la atención a la Salud Mental que contempla el Plan Estratégico de Salud Mental 2009-2011 apuesta por un modelo organizativo y de gestión en el que la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental desempeña un papel principal.

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

El funcionamiento de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental se lleva a cabo con su propio staff y con el apoyo de Comités de Expertos designados ad hoc para realizar tareas específicas.

OBJETIVO

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

Se considera que las funciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental son las siguientes:

1. Supervisar la homogeneidad del funcionamiento de la red de atención a la Salud Mental, con especial énfasis en las actuaciones destinadas a poblaciones de riesgo o especialmente vulnerables como son las personas con Trastorno Mental Grave.
2. Actuar como Observatorio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, procesando la información relativa a la actividad asistencial y epidemiológica relacionada con atención la Salud Mental y con la satisfacción del paciente y sus cuidadores.
3. Impulsar la gestión por procesos asistenciales para garantizar la calidad de las prestaciones
4. Realizar el seguimiento del cumplimiento de los objetivos y de las recomendaciones del Plan de Salud Mental.

5. Asesorar en la elaboración de la cartera de servicios de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.
6. Asesorar a la Dirección General de Hospitales en la planificación presupuestaria de los recursos para la atención a la Salud Mental.
7. Realizar estudios de planificación, epidemiológicos, de análisis de recursos y evaluación de la calidad en materia de atención a la Salud Mental, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otras Direcciones Generales de la Consejería de Sanidad.
8. Proponer líneas de investigación relacionadas con la Salud Mental.
9. Asesorar a la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios “Laín Entralgo” en la elaboración del Plan Anual de Formación Continuada en materia de Salud Mental.
10. Supervisar la gestión de la lista de espera de ingresos programados en Centros Psiquiátricos (Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de media y larga estancia y Unidades Especiales).
11. Asesorar en el diseño de los Sistemas de Información y de Gestión de Salud Mental, integrados con los demás elementos de los Sistemas de Información Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
12. Asesorar en la coordinación con la Dirección General de Atención Primaria, Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Agencia Antidroga y Ayuntamiento de Madrid y con otras instituciones sinérgicas en materia de Atención a la Salud Mental (Consejería de Presidencia, Justicia e Interior, Consejería de Educación, Consejería de Empleo y Mujer).
13. Realizar recomendaciones técnicas al Servicio Madrileño de Salud sobre estándares, criterios de actuación y de evaluación incluidos en los contratos y conciertos de servicios de Salud Mental con entidades públicas y privadas.
14. Elaborar un informe periódico sobre el estado de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid.
15. Coordinar la elaboración de Planes de Salud Mental.

16. Colaborar con otras Comunidades Autónomas en proyectos de interés común relacionados con la Salud Mental.

17. Participar en el seguimiento de los objetivos y evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

RECOMENDACIÓN:

Aprobación de la normativa de desarrollo de las funciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

2. ATENCIÓN AMBULATORIA

2.1. CENTROS DE SALUD MENTAL

Basado en el modelo comunitario de atención a la Salud Mental, a la finalización del Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008, los Servicios de Salud Mental de Distrito y la red de Centros de Salud Mental que los integran, constituyendo el eje de la asistencia y de la coordinación de los recursos, proporcionan asistencia ambulatoria integral a las personas con trastornos mentales de su territorio de referencia.

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

La organización territorializada de la asistencia ambulatoria ha facilitado la proximidad de los recursos básicos de atención a la Salud Mental al paciente, el cual dispone así de un Centro de Salud Mental de referencia.

La territorialización es necesaria para facilitar la necesaria continuidad de la asistencia a los pacientes durante todo el proceso de su tratamiento, en especial en el caso de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave de evolución persistente.

Los Centros de Salud Mental, al igual que los restantes dispositivos de atención a la Salud Mental, desarrollan su actividad con equipos profesionales multidisciplinares, estructurados de forma interdisciplinar e integrados al menos por médicos psiquiatras, psicóloga/os clínicos, enfermeras/os y trabajadores sociales.

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

OBJETIVO GENERAL 1

Integración de la atención a la Salud Mental ambulatoria en el conjunto de prestaciones de Atención Especializada para evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastornos mentales y para optimizar la gestión de los recursos

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 A

Preservación de la cohesión de los equipos de atención a la Salud Mental

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

RECOMENDACIÓN:

Mantener la cohesión de los equipos multiprofesionales de atención a la Salud Mental con el proceso de integración en las Gerencias de los Hospitales

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 B**Definición de la estructura organizativa y de gestión**

Es necesario definir la estructura organizativa y los niveles de responsabilidad para llevar a cabo la integración efectiva de todos los recursos la atención a la Salud Mental en el nivel de Atención Especializada.

La experiencia de la fórmula organizativa del Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos ha demostrado que es un modelo muy interesante para gestionar de forma coordinada una compleja red de recursos de atención a la Salud Mental, integrada por una variedad de dispositivos, programas y profesionales. Esta fórmula de gestión es especialmente útil para preservar la necesaria cohesión de los equipos multidisciplinares de atención a la Salud Mental con el proceso de su integración en las Gerencias de los Hospitales.

RECOMENDACIONES:

1ª Crear Institutos de Gestión Clínica como fórmulas organizativas y de gestión de la red de recursos de atención a la Salud Mental más adecuadas.

2ª Hasta la creación de los Institutos de Gestión Clínica, los Servicios de Salud Mental adscritos a los Hospitales serán coordinados por las Direcciones Médicas

3ª Establecer objetivos de gestión relacionados con la atención a la Salud Mental en los Contratos de Gestión anuales de las Gerencias de Atención Especializada.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 C**Integración de los Centros de Salud Mental monográficos en entornos de Atención Especializada**

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

En la actualidad un tercio de los Centros de Salud Mental aún tiene carácter monográfico y está pendiente de integrarse preferentemente en Centros de Especialidades o en áreas diferenciadas de atención ambulatoria en los Hospitales.

RECOMENDACIONES:

1ª Elaborar un Plan Director con el fin de establecer las prioridades para la ejecución de la integración progresiva de los Centros de Salud Mental monográficos en entornos de Atención Especializada

2ª Definir el programa arquitectónico básico para Centros de Salud Mental con adecuación de los espacios a todas las actividades

PROGRAMA ARQUITECTÓNICO BÁSICO PARA SERVICIOS DE SALUD MENTAL AMBULATORIOS

Distribución de espacios de los Servicios de Salud Mental ambulatorios para el desempeño de sus funciones:

1. ESPACIOS COMUNES (compartidos en C.E.P.):

- ❖ Información/Recepción
- ❖ Área de Administración (citaciones)
- ❖ Archivo de Historias Clínicas
- ❖ Aseos personal
- ❖ Aseos usuarios (incluido minusválidos).
- ❖ Almacén
- ❖ Instalaciones generales

2. ESPACIOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Despachos/consultas para Médicos Psiquiatras, Psicólogos Clínicos,, Enfermeras, Trabajadores Sociales y Especialistas en formación (MIR, PIR, EIR). Superficie: 15-18 m².
- ❖ Salas de espera diferenciadas para niños y adultos: 25 m²
- ❖ Salas de Grupos 2 por centro de 20 m².
- ❖ Sala de Terapia Ocupacional 1 por centro de 40 m².
- ❖ Sala de Reuniones/Biblioteca, Aula 25-30 m².

Observaciones:

- Todos los despachos/consultas dispondrán de sistemas de seguridad (puertas con sistema de escape, sistemas de aviso acústico y/o mediante señales luminosas de alarma).
- Las consultas de enfermería precisan toma de agua para lavabo.
- El aislamiento acústico de los despachos/consultas debe ser el adecuado para garantizar la total confidencialidad en las entrevistas.
- Se deben tener en cuenta todos los aspectos relacionados con la prevención de conductas suicidas (sistemas de apertura de ventanas etc.) en el espacio asignado a los Servicios de Salud Mental.

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 D**Integración de los sistemas de información y gestión de la red de atención ambulatoria a la Salud Mental en la red de información y gestión sanitaria del Servicio Madrileño de Salud**

Se considera prioritaria la creación de un sistema de información clínica y de gestión sanitaria, integrado en la red del Servicio Madrileño de Salud. También es necesaria una historia clínica electrónica unificada y compartida según niveles de acceso y tipo de actividad.

RECOMENDACIONES:

1ª Proveer a los Centros de Salud Mental de un sistema de información y gestión sanitaria integrado en la red del Servicio Madrileño de Salud

2ª Implantar en los Centros de Salud Mental una aplicación informática específica para el Programa de Continuidad de Cuidados, en línea con todos los dispositivos asistenciales psiquiátricos, al objeto de realizar el registro de los pacientes con Trastorno Mental Grave y facilitar su permanente seguimiento.

OBJETIVO GENERAL 2**Adecuación de los recursos de enfermería comunitaria****OBJETIVO ESPECÍFICO 2 A****Adecuación de los recursos de enfermería para el desarrollo de los Programas de Continuidad de Cuidados para pacientes con Trastorno Mental Grave**

Se considera una prioridad la implementación de recursos de enfermería para el adecuado desarrollo de los Programas de Continuidad de Cuidados destinado a los pacientes con Trastorno Mental Grave. En la actualidad son insuficientes.

RECOMENDACIÓN:

Dotar a los Programas de Continuidad de Cuidados específicos para los pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente con 3 enfermeras/100.000 habitantes para su adecuado desarrollo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2 B**Cobertura de las plazas de enfermería con Enfermeras Especialistas en Salud Mental**

La incorporación de la Enfermería Especializada en Salud Mental a los Centros de Salud Mental representa una mejora de la calidad de la asistencia prestada. La Especialidad de Enfermería en Salud Mental está incluida en el RD 450/2005, de 22 de abril, de Especialidades de Enfermería. La Comunidad de Madrid tiene Unidades Docentes acreditadas para la formación de enfermeras especialistas en Salud Mental (Programa EIR).

RECOMENDACIÓN:

Realizar la cobertura de las plazas de enfermería vacantes y/o de nueva creación de modo preferente con Enfermeras/os Especialistas en Salud Mental.

OBJETIVO GENERAL 3**Adecuación de los recursos humanos**

Se considera necesaria la adecuada dotación con trabajadores sociales para desarrollar los Programas de Continuidad de Cuidados para pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente.

El Plan de Salud Mental 2003-2008 ha recomendado los siguientes indicadores de recursos humanos para la dotación de los Servicios de Salud Mental:

PLAN DE SALUD MENTAL 2003-2008 INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	
Médicos Psiquiatras para atención a adultos	1 médico psiquiatra/20.000 hab.
Psicólogos Clínicos para atención a adultos	1 psicólogo clínico/40.000 hab.
Médicos Psiquiatras para atención a niños y adolescentes	1 médico psiquiatra/20.000 hab.
Psicólogos Clínicos para atención a niños y adolescentes	1 psicólogo clínico/25.000 hab.
Enfermeras	1 enfermera/40.000 hab.

RECOMENDACIONES:

1ª Dotar los Programas de Continuidad de Cuidados específicos para los pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente con 1 trabajador social/100.000 habitantes para su adecuado desarrollo.

2ª Adecuar los recursos humanos de los Centros de Salud Mental o a los indicadores profesional/habitante, así como a las características de su población de referencia y a la evaluación de los indicadores de gestión obtenidos a partir de la integración de la red ambulatoria de atención a la Salud Mental en el sistema información de la red sanitaria general.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2 E

Adecuación de la estructura organizativa y jerárquica

En la actualidad, el 42,8 % de los puestos funcionales de Jefatura de Salud Mental de Distrito se encuentra vacante, siendo desempeñados de forma provisional. Se considera necesario proceder a su cobertura para facilitar la integración de la Atención a la Salud Mental en la estructura organizativa y jerárquica de Atención Especializada.

RECOMENDACIÓN:

Realizar la cobertura de los puestos funcionales de Jefatura de Salud Mental de Distrito vacantes, desempeñados actualmente de manera provisional.

OBJETIVO GENERAL 3

Mejora de los procedimientos de gestión

OBJETIVO ESPECÍFICO 3 A

Definición de la cartera de servicios de los Centros de Salud Mental y desarrollo e implantación de la gestión por procesos asistenciales

El RD 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la cartera de Servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y enumera las prestaciones de servicios de salud mental. Al objeto de ofrecer una atención ambulatoria a la Salud Mental homogénea se estima imprescindible la elaboración de una cartera de servicios específica.

La gestión por procesos en Salud Mental tiene como objetivos:

- ☞ Encauzar y filtrar de una manera eficaz y homogénea la demanda generada desde Atención Primaria, que es donde se deberían iniciar los procesos asistenciales.
- ☞ Reordenar los flujos de trabajo para aportar valor añadido dirigido a aumentar la satisfacción del paciente y su familia y a facilitar las tareas de los profesionales.
- ☞ Establecer de una forma homogénea la especificidad del trabajo en salud mental

- ☞ Asegurar la continuidad asistencial.
- ☞ Evaluar la actividad asistencial con criterios de excelencia
- ☞ Especificar los criterios de derivación generales para cada uno de los procesos asistenciales, teniendo en cuenta la cartera de servicios de salud mental y de Atención Primaria establecida por el Sistema Nacional de Sanidad.
- ☞ Mejorar la coordinación con Atención Primaria y con otros dispositivos de la red implicados en cada uno de los procesos
- ☞ Potenciar la colaboración entre equipos de distintas áreas y dentro del propio equipo, con la tarea común de ir perfeccionando los procesos
- ☞ Perfilar para cada proceso la tarea a realizar por cada profesional, indicadores, criterios de derivación, cartera de servicios, modalidades de tratamiento.
- ☞ Disminuir la variabilidad de la práctica clínica con estándares de calidad aplicables a todas las unidades.
- ☞ Facilitar la identificación de la no calidad en las actividades asistenciales
- ☞ Facilitar la planificación de los recursos de una forma más eficiente

RECOMENDACIONES:

1ª Elaborar una cartera de servicios específica para los Servicios de Salud Mental de Distrito por un Comité de Expertos multiprofesional, pormenorizada y común para toda la red de Centros de Salud Mental.

2ª Definir y priorizar los procesos asistenciales basados en criterios de evidencia científica y calidad asistencial, definiendo los indicadores de evaluación.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3 B

Elaboración e implantación de procesos de gestión

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

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

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

- ☞ **Asignación del médico psiquiatra responsable del paciente** durante el proceso de su tratamiento.
- ☞ **Evaluación del paciente** (historia clínica, informes de derivación, escalas de medida, etc.)
- ☞ **Coordinación** con Atención Primaria, Urgencias psiquiátricas, Unidades de hospitalización, Servicios sociales, red de atención a drogodependencias y otros dispositivos
- ☞ **Rehabilitación y Continuidad de Cuidados** (procedimiento de gestión de casos con Trastorno Mental Grave, visitas domiciliarias, soporte informático, tecnologías de la comunicación). A lo largo del Plan de Salud Mental 2003-2008 se implantaron los Programas de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados en todos los Servicios de Salud Mental de Distrito para pacientes con Trastorno Mental Grave. Tienen consideración de programas prioritarios.
- ☞ **Gestión de equipos** (para Jefes de Salud Mental de Distrito/Jefes de Sección y coordinadores de procesos asistenciales)
- ☞ **Gestión administrativa** (lista de espera, gestión de agendas, confirmación telefónica de citas, gestión de llamadas telefónicas, registro de datos)
- ☞ **Formación posgraduada de especialistas, formación continuada e investigación**

RECOMENDACIÓN:

Elaborar un conjunto básico de procesos de gestión común para todos los Servicios de Salud Mental ambulatorios con identificación de indicadores de estructura, proceso y resultado.

2.2. HOSPITALES DE DÍA

El Hospital de Día es un dispositivo imprescindible dentro de la red de unidades asistenciales de un territorio sanitario.

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

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

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

El Plan de Salud Mental 2003-2008 consideraba necesario la disponibilidad de al menos un Hospital de Día de Salud Mental para adultos integrado en la red de atención a la salud mental, en cada una de las áreas sanitarias, independientemente de su adscripción administrativa.

Por motivos de gestión, tamaño o multiplicidad de recursos, es posible que en alguna de las áreas sanitarias exista más de un Hospital de Día para adultos. Estos podrían ser específicos para uno o más grupos de patologías como psicosis, trastornos de la personalidad o trastornos de la alimentación. Por otro lado, se podrán desarrollar en los Hospitales de Día uno o más programas de tratamiento específicos (como el de primeros episodios de psicosis) si la evidencia científica lo respalda.

En la actualidad existen los siguientes dispositivos de hospitalización parcial:

- **HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS:** hay 13 Hospitales de Día para adultos en funcionamiento de los cuales 6 se encuentran vinculados a Hospitales Generales. Hay 2 Hospitales de Día para adultos pendientes de poner en funcionamiento (Hospital del Henares y Hospital del Sureste).

- **HOSPITALES DE DÍA MONOGRAFICOS PARA ADULTOS:** hay 2 en funcionamiento: para Trastornos de la Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria (Hospital Clínico de San Carlos) y Trastornos de la Conducta Alimentaria (Hospital Universitario Santa Cristina).
- **HOSPITALES DE DÍA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES:** hay 6 Hospitales de Día para niños y adolescentes y 2 Hospitales de Día para niños (0-6 años) pendientes de poner en funcionamiento (Hospital Infanta Cristina y Hospital Infanta Leonor)

Un Hospital de Día para adultos tiene entre 20 y 30 de plazas como máximo, entendidas en término de estancias a tiempo completo cada día de actividad.

Calculados para treinta plazas con una ocupación media del 80% y oferta del programa asistencial básico, el equipo multidisciplinar mínimo del Hospital de Día para adultos debe contar con los siguientes profesionales:

- Dos médicos psiquiatras (a ser posible con formación en psicoterapia)
- Dos psicólogos especialistas en Psicología Clínica
- Profesionales en formación: un MIR y un PIR
- Dos enfermeras especializadas en Salud Mental.
- Dos terapeutas ocupacionales (a ser posible con experiencia en Salud Mental)
- Un trabajador social a tiempo parcial

Tras un proceso de evaluación y diagnóstico se confecciona un Plan de Tratamiento Individualizado adaptado a las necesidades de cada paciente, siguiendo el siguiente esquema:

- Definición de la problemática a tratar.
- Formulación de objetivos.
- Elección de actividades terapéuticas (recursos, secuencia y horarios).
- Identificación de los profesionales responsables de cada modalidad de intervención y tipo de coordinación.
- Plazos temporales para la realización de los objetivos.
- Criterios de evaluación del tratamiento.

OBJETIVO 1**Completar la oferta de Hospitales de Día**

Hay cuatro Hospitales de Día vinculados a Nuevos Hospitales que están pendientes de poner en funcionamiento, dos para adultos y dos para niños.

RECOMENDACIONES:

1ª Puesta en funcionamiento de los Hospitales de Día de adultos del Hospital del Sureste y del Hospital de Henares

2ª Puesta en funcionamiento del Hospital de Día de niños del Hospital Infanta Cristina y del Hospital Infanta Leonor

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

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

RECOMENDACIÓN:

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

Se adjunta como Anexo el documento técnico **HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS** propuesto en el correspondiente grupo de trabajo.

ANEXO

DOCUMENTO TÉCNICO HOSPITALES DE DÍA PARA ADULTOS

CATÁLOGO DE SERVICIOS BÁSICO DEL HOSPITAL DE DÍA PARA ADULTOS

La Cartera de Servicios del HDSM esta diseñada para la atención terapéutica directa e intensiva a los pacientes, así como a sus familiares si fuera preciso.

En general todas las intervenciones tienen un enfoque común centrado en los problemas, y en la realidad del aquí y el ahora, y tratan de trabajar con los elementos conservados de la persona, favoreciendo la toma de conciencia de enfermedad, la reducción de los síntomas y la recuperación de un mejor nivel de funcionamiento.

1. Actividades grupales.

Las terapias grupales en sus distintas modalidades, son la actividad terapéutica fundamental del Hospital de Día eje del Plan de Tratamiento. Ayudan a los pacientes a manejarse con sus síntomas, les permiten poner en práctica la relación con los otros en un medio controlado y desarrollar la alianza terapéutica con el equipo de tratamiento. Además, la inclusión en estos grupos enseña a los individuos habilidades de relaciones interpersonales y los proveen de una red de apoyo social, de la que muchos de ellos carecen. Hay múltiples actividades grupales que utilizan diferentes técnicas con finalidades específicas, a cargo de los diferentes especialistas que conforman el equipo multiprofesional del Hospital de Día:

- **Terapias de grupo.** Se reúnen subgrupos de pacientes desde las indicaciones específicas que marcan las diferentes técnicas psicológicas utilizadas (cognitivo-conductual, psicodinámica, interpersonal, etc.). Entre ellas las básicas son:
 - Psicoterapias de grupo, regladas y evaluables, focalizadas en el “aquí y el ahora”, en los problemas presentes y cómo afrontarlos. En general grupos abiertos, con objetivos y tiempo limitados.
 - Técnicas grupales de esclarecimiento y apoyo para el entrenamiento en habilidades sociales y resolución de problemas.
 - Técnicas de psicoeducación en grupo, para el conocimiento de la enfermedad.
- **Grupo Comunitario.** Un grupo grande con la participación de todos los pacientes y los miembros del equipo terapéutico constituye la actividad más concreta del modelo de “comunidad terapéutica”. En él los pacientes se presentan a los demás, hablan de sus problemas, sus logros y dificultades para alcanzar los objetivos planteados. El resto del grupo puede opinar, dando alternativas a los problemas expuestos. Grupo concerniente también al aquí y ahora relacional, a la marcha del Centro, a la actividad de los enfermos y de los profesionales, apartándose en la temática y el manejo de la misma de los procedimientos empleados en psicoterapias específicas.
- **Terapia ocupacional.** Talleres de trabajo individual y grupal, incluyendo técnicas de resocialización, grupos de discusión, teatro, danza, música, lectura de prensa, artes plásticas, etc.
- **Expresión corporal y psicomotricidad.** En unas patologías graves donde lo corporal sirve de marco de expresión para distintos aspectos del funcionamiento disociados de los pacientes, es necesario un trabajo con el cuerpo con técnicas específicas y profesionales cualificados. Constituye una actividad importante para la puesta de manifiesto de alteraciones en el funcionamiento del individuo y en la búsqueda de esa integración funcional propia de la salud.

- **Cuidados de enfermería.** Varias actividades del Programa de Enfermería del Hospital de Día se desarrollan en forma de talleres de trabajo grupal.
- **Otras actividades complementarias** como gimnasia, ludoterapia, cineforum, etc., se realizarán según conveniencia de los planes de tratamiento y posibilidades del Equipo del Hospital de Día.

2. Atención individual.

Cada paciente derivado tiene asignado, desde el primer momento, un facultativo de referencia del equipo (médico psiquiatra o psicólogo clínico) que ejercerá la función de responsable del caso. Se encarga de coordinar y dirigir todo el proceso de evaluación con las entrevistas individuales y familiares necesarias así como la colaboración del resto del equipo en tareas específicas de diagnóstico, que permitan la elaboración del Plan de Tratamiento Individualizado. También asegura su continuidad y cumplimiento. Las modalidades de tratamiento individual se centran básicamente en:

- **Tratamiento farmacológico.** El médico psiquiatra del Hospital de Día el control del tratamiento psicofarmacológico del paciente durante todo el tiempo de permanencia de este en el Hospital de Día, salvo que se especifique otra modalidad de intervención. Prescribe y supervisa cualquier ajuste de medicación incluida la que se administra directamente a los pacientes en la unidad.
- **Psicoterapia individual reglada** de diferentes orientaciones (psicodinámica, cognitivo-conductual, interpersonal, etc.). Adaptada a las necesidades del paciente en su Plan de Tratamiento, son complementarias a las actividades grupales. Las realizan tanto los psiquiatras como los psicólogos del equipo, ajustadas a protocolos y evaluación.
- **Otras actividades individualizadas protocolizadas** y evaluables son los cuidados de enfermería, clínica deprimida, trabajo social, etc.

3. Atención familiar

Desde la evaluación inicial, se tiene en cuenta a la familia del paciente. El compromiso y colaboración de la familia con el Plan de tratamiento es fundamental, y un predictor válido acerca de su cumplimiento. La colaboración con la familia puede tomar diferentes formas, entre las que se encuentran:

- **Entrevistas psicoterapéuticas de apoyo.**
- **Psicoterapia familiar breve reglada.**
- **Grupos multifamiliares**, de diferente orientación según necesidades y formación del equipo: psicoeducativos, habilidades sociales, de resolución de problemas, expresivos, etc.

4. Atención domiciliaria.

Si se estimara necesario, dentro del Plan de Tratamiento Individualizado de un determinado paciente, se contempla este recurso terapéutico en sus distintas modalidades, llevadas a cabo por los diferentes miembros del equipo según las necesidades.

5. Seguimiento post-alta.

Una vez finalizado el tratamiento propiamente dicho, el seguimiento post-alta en el propio Hospital de Día se considera recomendable en algunos pacientes, con el fin de mantener la

continuidad asistencial entre este dispositivo y el retorno a la atención ambulatoria especializada de Salud Mental.

Actividades complementarias

El Hospital de Día tiene otras actividades programadas habituales y/o periódicas complementarias y subordinadas a las actividades terapéuticas.

1. **Actividades de gestión clínica.** Los distintos profesionales del equipo tienen asignadas tareas de ordinarias de gestión como la realización y manejo de protocolos y procesos de actividad asistencial, susceptibles de ser evaluados en un programa de calidad así como de registro de datos. También colaboran en las actividades de gestión clínica del área sanitaria que corresponda.

2. **Actividades de docencia e investigación.** El Hospital de Día está incluido en los programas de docencia e investigación del área, como una unidad especializada en los pacientes que trata. Puede desarrollar y programar actividades para garantizar el buen nivel formativo e investigador de cada uno de los miembros de su equipo así como participar en programas más generales del área o en coordinación con otras unidades de características similares fuera del área, si así se autoriza. Las sesiones clínicas, bibliográficas, seminarios y talleres, son actividades programadas de forma habitual evaluables con criterios de calidad.

Otras actividades del Hospital de Día

1. **Actividades de equipo.** Programadas con periodicidad semanal de forma fija, son fundamentales para el correcto funcionamiento de la unidad. En ellas se trabajan de forma participativa todos los problemas que surgen en el tratamiento y la convivencia diaria con el perfil de pacientes graves que se manejan. Tensiones en el equipo, intercambio de información, unificación y coordinación de las actividades terapéuticas de cada paciente son temas habituales de estas reuniones que ayudan a mantener el “ambiente terapéutico”. También es el lugar para las puestas en común de nuevas derivaciones, evaluación de pacientes, confección de los planes de tratamiento, altas y bajas etc.

2. **Actividades de coordinación interinstitucional.** Hay diferentes reuniones periódicas de coordinación según sea el tema a tratar, en las que participa todo o parte del equipo. De este tipo son:

- Reuniones con los profesionales de otros dispositivos de la red para la derivación de los pacientes (CSM, Unidad de Agudos, Equipo de Exclusión Social)
- Reuniones con servicios sociales.
- Reuniones con unidades de rehabilitación (CRPS, CRL, mini-residencias, etc.)
- Reuniones con asociaciones de pacientes y familiares.

Sobre el catálogo de actividades del Hospital de Día se confecciona el **Plan de Tratamiento Individualizado** para cada paciente que comprenderá fundamentalmente los objetivos a alcanzar, el horario, el número y secuencia de las actividades en las que participará el paciente, además de las actuaciones con su entorno próximo, especialmente la familia. También la estimación del plazo previsible para la consecución de los objetivos.

Procedimientos para derivaciones y altas de los pacientes.

1. Derivaciones

- Las derivaciones de pacientes para evaluación y tratamiento en el Hospital de Día se realiza por el facultativo responsable del caso en los Centros de Salud Mental de los Distritos correspondientes al Área sanitaria de referencia.
- Un paciente puede ser derivado directamente desde la Unidad de Hospitalización Breve de referencia del área.
- Se podrán derivar pacientes desde otros dispositivos similares de otras áreas sanitarias por los motivos siguientes:
 - ✓ Libre elección de médico en la Comunidad de Madrid
 - ✓ Falta o saturación en el momento de la demanda de Hospitales de Día área sanitaria que deriva.
 - ✓ Existencia de programas específicos de tratamiento en un Hospital de Día determinado del que se puedan beneficiar pacientes de más de un área sanitaria.
- Al margen de la obligatoriedad de cumplimentar el Informe de derivación correspondiente por parte del psiquiatra responsable del caso, se procurará en todos los casos la comunicación directa y personal, con vistas a obtener una información más completa y una elaboración de los planes de tratamiento que sea adecuada a las posibilidades del paciente y su familia en ese momento.

2. Altas.

El alta del paciente se producirá con las modalidades de las altas hospitalarias siendo sus criterios:

- Alta voluntaria a petición del paciente o de su representante legal al no tratarse de un dispositivo de tratamiento coercitivo.
- Estabilización clínica del paciente.
- Consecución de los objetivos previstos en el Plan de Tratamiento.
- Fracaso de las expectativas de consecución de dichos objetivos.
- Cuando se considere que en ese momento el paciente puede beneficiarse más de un tratamiento en otro dispositivo asistencial.
- Inadecuación del paciente al Hospital de Día, bien por cambio en las características clínicas o de las circunstancias de la cobertura sociofamiliar.
- Reiteradas faltas de asistencia injustificadas.
- Incumplimiento reiterado e injustificado de las normas de funcionamiento del Hospital de Día.

Se debe realizar un Informe de Alta que ha de contener el motivo de esta y las razones de la derivación del paciente al dispositivo de la red considerado más idóneo para seguir el tratamiento, normalmente el Centro de Salud Mental de referencia.

El dispositivo que ha de recibir al paciente debe ser informado y participar en el proceso de alta, que en muchos casos es progresivo hasta que su adaptación a la nueva situación sea la adecuada.

Documentación para la gestión clínica.

Todo paciente del Hospital de Día dispondrá desde su ingreso de una carpeta o historia clínica que ha de contener, al menos, los siguientes documentos:

- Datos de filiación, administrativos y sociodemográficos
- Informe de derivación del centro o dispositivo del cual procede.
- Historia clínica.
- Diagnostico CIE 10.
- Hoja de normas y recomendaciones para el usuario.
- Historia de enfermería y hojas de evolución.
- Informe social.
- Hojas de evolución clínica e incidencias.
- Plan de Tratamiento Individualizado con referencia a los procedimientos a utilizar, actividades a realizar, objetivos a alcanzar, plazos y las evaluaciones.
- Protocolos específicos en los que está incluido.
- Exámenes para la valoración diagnóstica complementarios (biológicos y psicológicos)
- Hojas de tratamientos farmacológicos.
- Ficha de evaluación del tratamiento en el Hospital de Día
- Escalas y/o instrumentos de evaluación del paciente.
- Informe de alta-derivación con ficha informática.

Horario del Hospital de Día

El horario del Hospital de Día variará en función de su ubicación y/o necesidades asistenciales, pero deberá permanecer abierto de lunes a viernes para poder dar una asistencia mínima a cada paciente de 20 h semanales, en régimen de estancia completa. Se incluye la posibilidad de comida en el centro como una actividad asistencial más de las que se realizan en este tipo de recursos.

El horario del programa del Plan de Tratamiento Individualizado de cada paciente, se organiza en términos de Estancias o módulos horarios de actividad.

Registro de la actividad asistencial

Se deben registrar como mínimo las siguientes prestaciones:

- Estancia Completa: Se define como un mínimo de 4 horas de estancia en la unidad cinco días a la semana de lunes a viernes.(incluyendo comida de mediodía si precisa).
- Estancia parcial intermitente. Se define como un mínimo de 4 horas de estancia en la unidad 2 o 3 días a la semana.
- Estancia parcial diaria Se define como menos de 4 horas de estancia en la unidad cinco días a la semana.

Se podrán registrar además, las siguientes actividades asistenciales:

- Psicoterapia de grupo: Los pacientes pueden ser citados específicamente para esta actividad grupal si proceden de otros dispositivos, pero la preferencia absoluta es para pacientes en estancia en Hospital de Día. La responsabilidad del caso puede

corresponder a un psiquiatra que se encuentre en otra unidad. La duración máxima de la actividad son 90 min / sesión..

- Psicoterapia Individual: Los pacientes pueden ser citados específicamente para esta actividad grupal si proceden de otros dispositivos, pero la preferencia absoluta es para pacientes en estancia en Hospital de Día. La responsabilidad del caso puede corresponder a un psiquiatra que se encuentre en otra unidad. La duración máxima de la actividad es de 45 min. por sesión.
- Psicoterapia familiar: Intervención breve y reglada con preferencia para pacientes en estancia en Hospital de Día. La duración de la actividad se estima en 90 min. / sesión.
- Psicodiagnostico. Duración estimada 60 min./ sesión.
- Primera evaluación: Se define como el proceso de valoración clínica de un paciente que ha sido derivado para cualquiera de las prestaciones del Hospital de Día. Supone una o más citaciones. Incluye las visitas del paciente así como las entrevistas familiares de valoración. Duración estimada 60 min.
- Consulta de seguimiento: Se destina exclusivamente para aquellos pacientes que requieren una intervención de derivación, informes, control del tratamiento farmacológico o cualquiera de las prestaciones no nucleares que la Unidad realiza. Se incluye el seguimiento post-alta cuando sea indicado. Duración de la actividad 30 min.
- Grupo multifamiliar: Actividad grupal con familias y pacientes. Duración estimada 90-120 min. / sesión.
- Grupo de esclarecimiento y apoyo: Actividad para el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas. Duración entre 60 a 90 min.
- Grupo de Psicoeducación: Duración de la actividad 90 min / sesión..

INDICADORES DE CALIDAD:

1. Indicadores de proceso

- Índice de ocupación: 75-85%
- Capacidad de absorción de la demanda: Porcentaje de admitidos/remitidos: 80%
- Demora para la inclusión: 1-3 días.
- Estancia media en tratamiento: 6-9 meses
- Porcentaje de abandonos: <30%
- Cumplimentación de la documentación: 100%
- PTI primera semana: 90%
- Monitorizar motivos de alta: Mejoría; abandono; empeora / igual
- Continuidad de cuidados: Alta con cita concertada: 100% en plazo máximo 15 días
- Autoagresiones: <5% / heteroagresiones:<10%

2. Indicadores de resultado

- Número de reclamaciones: < 5%
- Porcentaje de altas por mejoría que reingresan por la misma causa antes de un mes: < 10%
- Disminución del número de episodios de hospitalización completa en pacientes del Hospital de Día (p.e. comparado el año antes y el de después)
- Disminución del número de estancias totales de hospitalización completa.
- Variables de resultado clínico. Inicio/alta/6 meses y/o 1año
- Variables de satisfacción, calidad de vida y ajuste social.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

Se procederá a cumplimentar la Ficha de evaluación del tratamiento en el Hospital de Día como mínimo en tres momentos determinados: al inicio, en la primera evaluación; al final del programa de estancia completa y/o el programa de seguimiento, cuando se halla fijado el momento del alta del paciente y a los 6 meses y/o el año del alta del tratamiento.

Para la evaluación se consideran imprescindibles los siguientes instrumentos:

- Escala de evaluación del funcionamiento general (GAF clínico)
- Escala de discapacidad de la OMS (versión reducida)
- Impresión clínica global (ICG)
- Calidad de Vida de la OMS, Breve (WHOQOL-BRIEF)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
- BPRS 24
- Escala de Funcionamiento Social (SFS) de Birchwood
- Escala de Autoestima de Rosenberg
- Escala de Actitudes Disfuncionales
- Escala de Evaluación del Insight (SUMD)
- Family Coping Questionnaire (FCQ) de Magliano
- Para psicosis añadir : Escala GEOPTE de Cognición Social para la Psicosis.
- Para trastornos de la personalidad por lo menos la SCID II

Además en la evaluación al alta añadir :

- Escala de satisfacción de pacientes (SAFT-B)
- Escala de satisfacción de Familias (SAFT-A)

2.3. COORDINACION ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PRIMARIA

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

La coordinación entre niveles asistenciales y la integración clínica es una condición indispensable para que la atención a la salud se organice de forma efectiva como un proceso integral con garantías de continuidad de la atención prestada a cada individuo.

Para desarrollar una atención global en salud mental, con un mejor abordaje del paciente, permitiendo un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible, un aumento de su calidad de vida y adaptación a su entorno, se requiere una actuación complementaria y coordinada entre los Servicios de Salud Mental, Atención Primaria y los servicios sociales y recursos comunitarios, aplicando modelos de atención compartida y desarrollando estrategias de enlace entre los profesionales de los distintos niveles.

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

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

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.

2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.

3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.

4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.

5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud señala que *la atención primaria de salud ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a los y las pacientes con trastornos mentales, mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse en el primer nivel asistencial, mediante la detección y la derivación precoz de las personas que precisen una atención especializada en los equipos de salud mental y mediante la continuidad en los cuidados de todas las personas afectadas y de sus familias*. También resalta que no existe una generalización de modelos de coordinación entre atención primaria y salud mental, ni un procedimiento reglado para establecer cuál es el grado de responsabilidad, y según qué criterios, de cada uno de los profesionales que pueden actuar sobre un mismo caso.

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

Uno de los hechos más característicos del proceso de desarrollo de la asistencia psiquiátrica en el ámbito de la Comunidad de Madrid, ha sido su acercamiento a la realidad asistencial de la Atención Primaria.

En el nivel regional no se han desarrollado hasta la actualidad mecanismos formales de coordinación con Atención Primaria. El Gerente de Área de Atención Primaria acude a los Comités de Enlace de Área, y es en el nivel de distrito sanitario donde tiene lugar la coordinación entre los dos niveles. El grado de estructuración de esta coordinación es variable según cada Distrito Sanitario, siendo en unos una coordinación organizada y continua y en otros una coordinación puntual cuando algún caso lo requiere.

Uno de los problemas detectado por los Servicios de Salud Mental de Distrito en la Comunidad de Madrid es el incremento de las derivaciones desde Atención Primaria para “atención psicoterapéutica” de las denominadas “patologías menores” y también la medicalización de los problemas de la vida cotidiana, que desbordan los recursos especializados. Esta situación no debiera comprometer la prioritaria atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave.

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

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

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

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

RECOMENDACIÓN:

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

OBJETIVO ESPECÍFICO 1 Establecimiento del consultor de Salud Mental en los Centros de Atención Primaria

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

RECOMENDACIÓN:

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

- *Desarrollar actividades de formación continuada*
- *Asesorar en la discusión de casos clínicos planteados por el equipo de Atención Primaria*

OBJETIVO ESPECÍFICO 2 Facilitación del desarrollo de la gestión por procesos asistenciales de Salud Mental en Atención Primaria.



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

RECOMENDACIÓN:

Constituir grupos de trabajo integrados por profesionales de ambos niveles, Salud Mental y Atención Primaria, para desarrollar los procesos asistenciales de Salud Mental en Atención Primaria y realizar su reevaluación permanente con el fin de mantener su calidad.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3 Facilitación de la transmisión de la información clínica entre ambos niveles asistenciales

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

RECOMENDACIONES:

1ª Utilizar las tecnologías de la comunicación actuales entre los profesionales (correo electrónico) de forma sistemática para intercambiar información útil para el abordaje de situaciones clínicas sencillas.

2ª Establecer un documento de derivación normalizado con los siguientes contenidos básicos:

a) Documento de derivación del Médico de Atención Primaria a Salud Mental

- Motivo de la derivación, ajustado a los criterios expresados, intentando evitar la derivación a petición propia
- Patología médica relevante
- Antecedentes de tratamientos previos y resultados obtenidos
- Situación laboral e información familiar y social relevante.
- Datos de contacto con el médico de Atención Primaria (Teléfono, fax, correo electrónico) incluido el nombre reconocible.

b) Informe de evaluación de Salud Mental para Atención Primaria

- Impresión diagnóstica
- Orientación terapéutica y necesidad de revisión periódica en el Centro de Salud Mental o alta médica
- Recomendaciones sobre situación laboral (si procede) y sugerencias para el seguimiento conjunto
- Datos de contacto con el profesional de SM que lo haya atendido (Teléfono, fax, correo electrónico) incluido el nombre reconocible

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

OBJETIVO ESPECÍFICO 4 Adecuación de la derivación de pacientes desde Atención Primaria a Salud Mental a criterios normalizados

Para que la derivación de pacientes desde Atención Primaria a Salud Mental sea adecuada, es necesaria que esta se adecue a criterios normalizados establecidos según prioridades y patologías. (ANEXO: CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL POR PRIORIDAD Y POR PATOLOGIA).

RECOMENDACIÓN:

Constituir un Comité de Expertos integrado por profesionales de ambos niveles, Salud Mental y Atención Primaria, para fijar los criterios normalizados de derivación de pacientes de Atención Primaria a Salud Mental por prioridades y patologías

CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A SALUD MENTAL POR PRIORIDAD Y POR PATOLOGIA.

A. CRITERIOS DE DERIVACIÓN URGENTE AL HOSPITAL DE REFERENCIA:

Se consideran casos de urgencia en Salud Mental:

- Episodios de agitación psicomotriz.
- Ideación y/o planificación autolítica.
- Conductas heteroagresivas graves en las que se sospecha la existencia de patología mental.
- Riesgo vital en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. (Por ejemplo IMC menor o igual a 13,5, especialmente si la pérdida ponderal ha sido rápida)
- Episodios maníacos.
- Trastornos psicóticos agudos.

Abordaje terapéutico desde Atención Primaria:

En todos estos casos consideramos indicado proceder a la derivación del paciente al servicio de urgencias del hospital de referencia para valoración del cuadro, descartar posible patología orgánica subyacente y valoración psiquiátrica e ingreso si procede. Salvo excepciones, las condiciones de un centro de salud mental no hacen posible una intervención adecuada de estas situaciones.

B. CRITERIOS DE DERIVACIÓN PREFERENTE

Criterios clínicos

Se considera indicada una derivación preferente al Centro de Salud Mental en los siguientes casos:

- Episodios hipomaniacos.
- Episodios depresivos graves (con riesgo autolítico, ideación delirante, alteración importante de los ritmos biológicos, aislamiento marcado, abandono de autocuidados, etc).
- Depresión posparto.
- Alucinosis y síndromes paranoides vinculados al alcoholismo (por ejemplo, delirio celotípico).
- Trastornos psicóticos: Primeros episodios o descompensaciones de casos conocidos (siempre que no cumplan criterios de derivación urgente). Se recomienda derivar a todo paciente no diagnosticado que presente síntomas compatibles para realizar un correcto diagnóstico y plan de tratamiento.

Criterios sociales y asistenciales

Aunque la patología del paciente no presente desde un punto de vista clínico criterios para una derivación preferente, se considerará indicada este tipo de derivación en los siguientes casos:

- Consideración de alto beneficio en la adherencia del paciente (por ejemplo síndrome de dependencia de alcohol en situaciones de riesgo; pacientes con baja conciencia de enfermedad, etc.)
- Situaciones de violencia familiar: Estas situaciones pensamos que deben ser derivadas de modo preferente a Servicios Sociales y por vía normal a Servicios de Salud Mental salvo que las repercusiones psicopatológicas en familiares u otras cuestiones incluidas en puntos anteriores requieran una asistencia preferente.

Aunque el hecho de que un paciente se encuentre en situación de baja laboral no es criterio de derivación preferente (salvo que sus circunstancias clínicas así lo indiquen) se ve indicado que por parte de los servicios de Salud Mental exista la posibilidad de realizar interconsultas telefónicas urgentes sobre cuestiones relacionadas con el manejo de estas situaciones que suponen una sobrecarga y una dificultad importante en las consultas de Atención Primaria. Tras estas interconsultas se decidirá la pertinencia de posibles derivaciones preferentes en algunos de estos casos.

C. CRITERIOS DE DERIVACIÓN NORMAL

Criterios clínicos

Siguiendo la clasificación CIE-10 en su versión “Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria”, con algunas modificaciones:

1. DEMENCIA: Sólo derivar a Salud Mental casos de trastornos de conducta graves que no responden a tratamiento o ante la aparición de comorbilidad psiquiátrica que plantee dificultades de manejo previo diagnóstico por parte de Servicios de Neurología o Geriátrica.
2. DELIRIUM: No es indicación de derivación a Salud Mental.
3. TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL: En líneas generales se considera que los abusos y los consumos perjudiciales de alcohol sean tratados en Atención Primaria y los síndromes de dependencia en centros especializados. (Servicios de Salud Mental o CAD -Centro de Atención a Drogodependientes-)

Si se considera indicado un ingreso hospitalario específico puede solicitarse ingreso programado en la Unidad de Desintoxicación o de Deshabitación del Hospital Dr.R. Lafora. Se recomienda que lo solicite el propio paciente.

4. TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE DROGAS: Se recomienda derivación a algunos de los recursos de la Agencia Antidroga (CAD, CAID, Centros de la Cruz Roja).

5. ESQUIZOFRENIA: El tratamiento de esta patología se debe hacer en los Servicios de Salud Mental. La derivación por vía normal es recomendable en casos en los que el paciente se encuentra estabilizado y presenta una buena adherencia al tratamiento. En el resto de los casos se recomienda derivación preferente o urgente. (Ver criterios de derivación urgente y preferente). Desde Atención Primaria el papel en esta patología es fundamental de cara a:

- Contribuir a la adherencia terapéutica y continuidad de cuidados.
- Control de salud general.
- Control y vigilancia de efectos secundarios de la medicación psiquiátrica.
- Identificación precoz de síntomas de descompensación para derivación urgente o preferente.
- Vigilancia de posible comorbilidad con abusos de sustancias u otros trastornos que compliquen el cuadro.
- Detección de consecuencias de la enfermedad en otros miembros del entorno familiar.

6. TRASTORNO BIPOLAR: El tratamiento de esta patología siempre debe hacerse en Salud Mental. La derivación por vía normal sólo debe hacerse en casos en los que el paciente se encuentre estable. En el resto de situaciones debe hacerse de forma urgente o preferente (revisar criterios de derivación urgente y preferente). El papel de Atención Primaria es similar al sugerido en el caso de la Esquizofrenia.

7. DEPRESIÓN (Incluidas distimias y trastornos de adaptación con ánimo depresivo): El tratamiento de las depresiones leves o moderadas no complicadas, de las distimias y de los trastornos de adaptación es recomendable realizarlo en los Centros de Atención Primaria pues constituye el medio asistencial ideal en cuanto a su detección precoz y al tratamiento y seguimiento de la mayoría de los casos. Son criterios de derivación a Salud Mental:

- Dudas diagnósticas con otros cuadros psicopatológicos.
- Episodios depresivos graves acompañados de síntomas delirantes (En estos casos se recomienda derivación preferente o urgente; ver criterios de derivación), con grave riesgo suicida, en depresiones mayores cuyas características (inhibición marcada o agitación, alteraciones conductuales graves, síntomas psicóticos) obligan a considerar tratamientos más agresivos o incluso el ingreso hospitalario
- Episodios depresivos leves o moderados con las siguientes características:
 - Persisten en el tiempo o tienden a la recurrencia a pesar de haber realizado pautas de tratamiento apropiadas. (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria).
 - Presentan trastornos de personalidad u otros trastornos psiquiátricos comórbidos asociados que influyen en la falta de respuesta terapéutica y/o dificultan la relación médico-paciente.
 - Se presentan en momentos vitales significativos, en relación con factores psicosociales definidos y existe una capacidad de insight y

motivación para el cambio que nos hace valorar la indicación de una intervención psicoterapéutica.

- Comorbilidad con patologías orgánicas graves que compliquen el manejo terapéutico así como la depresión con síntomas marcados durante el embarazo.

8. TRASTORNOS FÓBICOS (Incluye agorafobia y fobia social): El tratamiento inicialmente se recomienda realizarlo en los Centros de Atención Primaria. (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria). Son criterios de derivación:

- Persistencia de conductas de evitación y limitaciones graves a pesar de que se ha instaurado un plan terapéutico adecuado. Y necesidad de instaurar un tratamiento psicológico específico.
- Asociación de abuso de sustancias para paliar ansiedad.
- Dudas diagnósticas.

9. TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: Es recomendable que el tratamiento se realice en los Centros de Atención Primaria. (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria). Además de la instauración de tratamiento psicofarmacológico (si es necesario) y entrevistas psicoterapéuticas de apoyo se recomienda entrenamiento en técnicas de relajación (en muchos casos existen grupos terapéuticos en los Centros de Atención Primaria). La derivación a Salud Mental se recomienda:

- Cuando persisten las crisis de pánico o los síntomas ansiosos son de intensidad grave o incapacitante a pesar de los tratamientos indicados.
- Cuando se asocia abuso de sustancias para paliar síntomas.

10. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: Es recomendable la derivación a Salud Mental de pacientes con este trastorno.

11. TRASTORNO DE CONVERSIÓN (DISOCIATIVO): Suele ser muy poco frecuente. Se recomienda derivar a Neurología o a Medicina Interna en caso de duda para descartar organicidad. La derivación a Salud Mental se recomienda:

- Si los síntomas persisten durante meses o si la intensidad o repercusión funcional son elevadas.
- Si el paciente está preparado y desea abordar la psicogenicidad de sus síntomas y el médico de Atención Primaria no se siente preparado para afrontar esta tarea.

12. TRASTORNOS SOMATOMORFOS E HIPOCONDRIACOS: El marco que se considera más adecuado para el tratamiento de estos cuadros es Atención Primaria. Es

recomendable contacto con un solo profesional; en ocasiones es recomendable consultas de médico a médico evitando derivaciones. (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria). Las derivaciones a Salud Mental se consideran indicadas en los siguientes casos:

- Dudas diagnósticas con trastorno obsesivo-compulsivo o delirio hipocondríaco.
- Persistencia prolongada de incapacidad funcional y laboral.

13. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO: Aunque no cumplan la totalidad de los criterios diagnósticos, dado que la detección y el tratamiento precoz han demostrado mejores resultados, se recomienda derivación inicial a Salud Mental. (Ver criterios de derivación urgente).

14. TRASTORNOS NO ORGÁNICOS DEL SUEÑO: Se consideran tratables en Atención Primaria, salvo los siguientes casos:

- Dudas diagnósticas.
- Repercusiones severas y persistencia de síntomas a pesar de haber instaurado pautas terapéuticas adecuadas (Ver recomendaciones terapéuticas en manual CIE-10; pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria).

15. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD: Aunque desde Atención Primaria es recomendable tener conocimientos de la existencia de este tipo de trastornos y el conocimiento de sus características fundamentales, el abordaje de estos pacientes debe realizarse en los servicios de Salud Mental.

Criterios sociales y otras consideraciones

Se considera que existen algunas circunstancias que justifican la derivación para valoración a Salud Mental aunque no se cumplan las condiciones clínicas que se han citado. Entre estas circunstancias se señalan:

- Situaciones en las que la falta de tratamiento en Salud Mental implique consecuencias importantes en el entorno (repercusión en menores, riesgo de deterioro social, situaciones de maltrato, implicaciones legales)
- Casos en los que, aunque las alteraciones psicopatológicas sean leves, las circunstancias del entorno hacen que la intervención en Salud Mental puede tener además un carácter preventivo.
- Dificultades específicas de algunos profesionales en la relación con algunos pacientes o algunas patologías.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en Atención Primaria. 2ª versión española. Meditor. Madrid, 2004.

Psiquiatría de cabecera. Manual para la práctica psiquiátrica en Atención Primaria (vol.1 y 2). Coord.: Juan de Dios Molina y Cristina Andrade. Aula Médica. Madrid, 2003.

Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Vol.2. Coord.: A. Martín Zurro y JF Cano Pérez. Harcourt. Barcelona, 2000.

Psiquiatría en Atención Primaria. Ed. José Luís Vázquez-Barquero. Aula Médica. Madrid, 1998.

Criterios de derivación de pacientes con patología psiquiátrica desde Atención Primaria. P Alonso Ortega. Revista Medicine. Vol 8- número 104. Mayo 2003.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006.

Por J Jonay Ojeda Feo ^a, José Manuel Freire Campo ^b, Juan Gérvas Camacho ^c

La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI

Navarrete Vazquez M^a L. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. Publicación original: *Rev. Esp. Salud Pública*, nov.-dic. 2005, vol.79, no.6, p.633-643. ISSN 1135-5727.

Reproducción autorizada por: Revista Española de Salud Pública. [resp\[arroba\]msc.es](http://resp[arroba]msc.es)

Rebeca Terraza Núñez ^a, Ingrid Vargas Lorenzo ^a, María Luisa Vázquez Navarrete La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria* Vol.20 Núm. 06

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

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

Según datos predictivos de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2007) y aplicando criterios de frecuencia esperada en función de población, en la Comunidad de Madrid habría entre 30.000 y 44.000 enfermos mentales crónicos, de los cuales un 15% sería subsidiario de estar incluido en un Programa de Continuidad de Cuidados. Datos registrados en la Región Europea sitúan, para la mayoría de los países la prevalencia estimada de Trastorno Mental Grave entre el 0,6 % y el 1% de la población que, sin embargo, absorbe el 50% de los recursos asistenciales de salud mental.

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

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

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

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

Los modelos de provisión de servicios asistenciales que han demostrado mayor eficacia en la literatura científica son básicamente el tratamiento asertivo comunitario y los sistemas de gestión de casos ("Case management" clínico). Ambos facilitan el proceso de continuidad de cuidados, mejorando la adherencia al tratamiento y el uso de otros recursos, mejoran la satisfacción de pacientes y familiares, el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida y reducen las hospitalizaciones y el tiempo de permanencia total en el hospital. Son significativamente útiles en el caso de pacientes graves, con alta tasa de ingresos, abandonos de tratamiento y descompensaciones

severas con alteraciones conductuales importantes. El tratamiento asertivo comunitario es el procedimiento de elección en los casos con mayores dificultades de vinculación y menor adherencia al tratamiento.

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

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

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

2. Actividades centradas en el entorno:
 - Asesoramiento, apoyo y psicoeducación a la familia
 - Asesoramiento y apoyo a otras personas relacionadas con el paciente
 - Mantenimiento y desarrollo de soportes comunitarios individualizados
 - Asesoría y defensa del paciente
 - Promoción del asociacionismo
 - Contacto con el sistema judicial y seguimiento de incapacidades y tutelas.

3. Actividades centradas simultáneamente en el caso y en el entorno.
 - Intervención en crisis.
 - Evaluación y control de resultados.

4. Actividades de coordinación y seguimiento con dispositivos sanitarios y sociales.
 - Con Atención Primaria
 - Con Unidades de Hospitalización Breve
 - Con Recursos Específicos de Rehabilitación
 - Con recursos socio-comunitarios

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

1. La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
2. La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a estas necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
3. El acuerdo entre el equipo de salud mental, los otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y/o el cuidador responsable acerca de esta programación.
4. El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de las personas de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.

Cada paciente incluido en el Programa es tomado a cargo por un profesional del equipo, el “Coordinador de Cuidados”, figura central del programa, que supervisa el cumplimiento de los objetivos fijados en su plan de intervención individualizado, mantiene permanente contacto con el paciente y con su familia durante todo el proceso de su tratamiento, en el que se establece una relación de “alianza terapéutica” de apoyo y asesoramiento.

La Enfermería en Salud Mental Comunitaria tiene un papel fundamental para:

- Controlar la adherencia del paciente al tratamiento.
- Realizar psicoeducación dirigida al paciente y/o la familia
- Detectar precozmente las posibles recaídas de la enfermedad e informar inmediatamente al médico psiquiatra responsable del paciente.
- Realizar intervenciones domiciliarias cuando sea necesario.
- Realizar el seguimiento de la evolución del paciente conjuntamente con el médico psiquiatra.
- Orientar al paciente a actividades grupales (psicoterapia, grupos de apoyo, grupos de actividades de ocio, tiempo libre, etc.)
- Mantener entrevistas con la familia y con otras personas relacionadas con el paciente.
- Realizar la coordinación con cada dispositivo específico donde se encuentre el paciente.
- Conectar y realizar la coordinación con los recursos sociales y comunitarios en los que se pretende integrar al paciente.
- Realizar el seguimiento de la integración del paciente en estos recursos.

En la Comunidad de Madrid, el Programa de Continuidad de Cuidados desarrolla su actividad en estrecha coordinación con la red de recursos de rehabilitación y residenciales del Plan de Atención Social al Enfermo Mental Grave y Crónico de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

Se considera necesario que en cada Servicio de Salud Mental de Distrito sanitario de Salud Mental haya un facultativo responsable del Programa de Continuidad de Cuidados, con funciones de organización, planificación, coordinación interinstitucional y evaluación del programa.

Para la implantación de este tipo de programa se precisa de una dotación mínima de personal de enfermería especializado y entrenado así como de trabajadores sociales suficientes. Sobre la base de una prevalencia de un 0,6% de Trastorno mental grave y persistente y considerando que el 15% de los pacientes necesita una atención específica y que un profesional puede ser responsable de 40 casos como máximo, se estima necesario contar, de acuerdo con estándares europeos, con 3 enfermeros cada 100.000 habitantes y con 1 trabajador social cada 100.000 habitantes.

OBJETIVO

Desarrollo del Programa de Continuidad de Cuidados

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

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

RECOMENDACIONES:

1ª Implantar un Programa de Continuidad de Cuidados homogéneo en todos los Servicios de Salud Mental de Distrito de la Comunidad de Madrid, cuya elaboración sea auspiciada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

2ª Constituir equipos multidisciplinares diferenciados en los Centros de Salud Mental para el Programa de Continuidad de Cuidados, integrados por Médicos Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Enfermeras y Trabajadores Sociales. Para ello se considera prioritario crear nuevos puestos de Enfermeras (3 Enfermeras/100.000 habitantes) y de Trabajadores Sociales (1 Trabajador Social/100.000 habitantes), siendo requisito indispensable la especialización en Salud Mental y el entrenamiento del personal de enfermería de nueva incorporación al Programa de Continuidad de Cuidados.

3ª Desarrollar e implantar una aplicación informática específica para el Programa de Continuidad de Cuidados para el Trastorno Mental Grave con el fin de facilitar su desarrollo.

4ª Realizar en cada Centro de Salud Mental un censo permanentemente actualizado de personas con Trastorno Mental Grave para adecuar la dotación de recursos del Programa.



2.5. REHABILITACIÓN Y ALTERNATIVAS RESIDENCIALES NO SANITARIAS: COORDINACIÓN CON LA RED DE ATENCIÓN SOCIAL PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Las personas con trastornos mentales graves y persistentes presentan diferentes necesidades, tanto sanitarias como sociales. Durante la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2008, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid ha desarrollado el **Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007** para proporcionar atención social a las personas con discapacidad debida a enfermedad mental grave y persistente y apoyo a sus familias.

Muchas de las personas que sufren enfermedades mentales presentan discapacidades psicosociales que se expresan en dificultades en su autonomía personal y social, en sus relaciones interpersonales, en su integración laboral en la pérdida de redes sociales de apoyo, y en limitaciones a su participación e integración social y están en mayor riesgo de encontrarse en situaciones de desventaja social, sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren muchas familias que conviven y cuidan de dichas personas.

El objetivo fundamental del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 ha sido el de ampliar la Red de Centros y Recursos de Atención Social a las personas con discapacidad por enfermedad mental que permita atender las necesidades sociales de este colectivo de personas y sus familias y promover su rehabilitación e integración en la comunidad en las mejores condiciones posibles de autonomía, participación social y calidad de vida.

El Plan, enmarcado en el conjunto de políticas de atención y apoyo a las personas con discapacidad que viene desarrollando la Comunidad de Madrid, ha desarrollado una **Red de Centros y Recursos de Atención Social** amplia, diversificada y territorializada, que trabaja en estrecha coordinación y complementariedad con la red de Atención a la Salud Mental para asegurar una atención socio sanitaria integral a los pacientes. Ofrece **atención social** a las personas adultas con trastornos mentales graves con edad comprendida entre los 18 y los 65 años que presentan discapacidades psicosociales y dificultades de integración y que hayan sido derivadas desde los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental de referencia.

Esta Red cuenta con diferentes tipos de centros y recursos que ofrecen en régimen de atención diurna (**Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Día de soporte social, Centros de Rehabilitación Laboral**) y de atención residencial (**Minirresidencias, Pisos supervisados y Plazas de alojamiento en Pensiones**) distintos programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de este colectivo de personas y para promover su autonomía e integración social y laboral.

Los **Equipos de Apoyo Social Comunitario** complementan la red de centros y ofrecen atención social en el propio domicilio y en el entorno comunitario a aquellas personas con mayores dificultades sociales a fin de mejorar su calidad de vida, su mantenimiento en la comunidad y su vinculación a la red de atención. También se desarrollan programas y recursos

específicos de apoyo a la reinserción social de personas sin hogar con enfermedad mental grave.

TIPO DE CENTROS	DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS	PERFIL USUARIOS ATENDIDOS	PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO
<p>CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (CRPS)</p> <p>Los CRPS tienen una capacidad de entre 60 y 90 pl.</p> <p>22 CRPS</p> <p>(1.620 PLAZAS)</p> <p>Ratio media actual :</p> <p>41 plazas de CRPS x 100.000 hb</p>	<p>El objetivo de los CRPS es ayudar a las personas con enfermedad mental grave y crónica a recuperar el máximo grado de autonomía personal y social, mejorar su funcionamiento psicosocial y promover su integración en la comunidad así como apoyar a sus familias. Ofrecen programas individualizados de apoyo a la rehabilitación psicosocial y promoción de la integración social, desarrollando intervenciones individuales y grupales en las siguientes áreas: autocuidado y actividades de la vida diaria, psicomotricidad, habilidades sociales, autocontrol, psicoeducación y manejo de la enfermedad, integración comunitaria y apoyo a la integración social. Así mismo ofrecen psicoeducación, asesoramiento y apoyo a las familias.</p>	<p>En todos los casos: Adultos de ambos sexos entre 18-65 años. Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia. La derivación y acceso a los centros de atención social del Plan es desde los Servicios de Salud Mental que son los responsables del tratamiento y seguimiento de los usuarios y el único canal de derivación y acceso</p> <p>Los CRPS se dirigen específicamente a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maniaco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc) que presentan dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social normalizada y necesitan un apoyo específico y estructurado para avanzar en su rehabilitación e integración en la comunidad.</p>	<p>Director (psicólogo), 2/3 psicólogos, 1 Trabaj Social, 1 Terapeuta Ocup., 3/ 4 Educadores, 1 Aux Admitivo, ½ aux limpieza.</p>

<p>CENTRO DE DÍA DE SOPORTE SOCIAL (CD).</p> <p>Los CD tiene una capacidad de 30 pl</p> <p>27 Centros de Día (870 PLAZAS)</p> <p>Ratio media actual :</p> <p>21 plazas de CD x 100.000 hb.</p> <p><i>(Hay un CD de 30 pl específico para EMC sin Hogar)</i></p>	<p>Ofrecen programas y actividades de apoyo y soporte social, para ayudar a las personas con enfermedad mental grave y crónica con mayores niveles de dificultades de funcionamiento, aislamiento y dependencia, a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles. Ofrecen para ello actividades de mantenimiento de la autonomía personal, actividades de socialización, actividades de ocio y actividades socioculturales de soporte social como las siguientes: manualidades, pintura, juegos de mesa, tertulias, periódico, taller de lectura y escritura, taller de creatividad, expresión corporal, gimnasia, y cuantas otras actividades sociales, ocupacionales o culturales puedan resultar relevantes. La meta del Centro de Día es la estructuración de la vida de la persona y ayudar a su mantenimiento en las mejores condiciones la mejora de su autonomía y posibilidades de integración social.</p>	<p>Los CD se dirigen específicamente a las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maniáco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc) que presentan mayores dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo con mayores dificultades de funcionamiento e integración y por tanto mayor riesgo de deterioro, aislamiento y marginación y necesitan un apoyo específico y una estructuración de su vida cotidiana para alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.</p>	<p>Director (psicólogo), 1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 2 Educadores, 1 Aux Admitivo, ½ aux limpieza.</p>
<p>CENTRO DE REHABILITACIÓN LABORAL (CRL).</p> <p>Los CRL tiene una capacidad de 50 pl</p> <p>18 CRL (890 PLAZAS)</p> <p>Ratio media actual :</p> <p>22 plazas de CRL x 100.000 hb</p>	<p>El objetivo de los CRL es ayudar a aquellos enfermos mentales que han alcanzado un buen nivel de autonomía, a aprender o recuperar los hábitos y capacidades laborales necesarias para acceder al mundo laboral y apoyar su integración y mantenimiento en el mismo.</p> <p>Se ofrecen un abanico variado de actividades y programas tanto individuales como grupales: orientación vocacional, entrenamiento en hábitos básicos de trabajo, ajuste socio- laboral, talleres prelaborales, apoyo a la formación laboral, búsqueda activa de empleo, apoyo y seguimiento de la inserción laboral.</p>	<p>Los CRL se dirigen específicamente A las personas con enfermedades mentales graves y crónicas (esquizofrenia, psicosis maniáco-depresivas, trastornos paranoides, otras psicosis, etc.) que teniendo un mínimo nivel de autonomía personal y social, necesitan un apoyo específico y estructurado que les prepare y apoye para su inserción laboral.</p>	<p>Director (psicólogo),1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Tecnico de Apoyo a la Integración Laboral, 1 Preparador Laboral, 3 Maestros de Taller, 1 Aux Admitivo, ½ aux limpieza.</p>

<p>EQUIPOS DE APOYO SOCIAL COMUNITARIO (EASC)</p> <p>Cada EASC tiene una capacidad de en torno a 30 usuarios.</p> <p>38 EASC CON UN TOTAL DE 1.140 PLAZAS.</p> <p>Ratio media actual :</p> <p>28 plazas de EASC x 100.000 hb</p>	<p>Ofrecen atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental crónica con dificultades y necesidad de apoyo social para poder mantenerse en su entorno familiar y comunitario. Cada EASC cuenta con un trabajador social, un psicólogo y dos educadores</p>	<p>Los EASC se dirigen las personas con enfermedades mentales graves y crónicas con dificultades de integración en recursos socio-comunitarios e importantes necesidades de soporte social y familiar; que necesitan una atención flexible y cercana en su propio domicilio a fin de prevenir situaciones de abandono y marginación y sobre todo ayudarles en la medida de lo posible a mantenerse en adecuadas condiciones en su propia vivienda y/o en su entorno familiar y social.</p>	<p>Cada EASC esta formado por 1 psicólogo, 1 Trabajador Social y 2 Educadores.</p>
<p>TIPO DE CENTROS</p>	<p>DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS</p>	<p>PERFIL USUARIOS ATENDIDOS</p> <p>En todos los casos :</p> <p>Adultos de ambos sexos entre 18-65 años.</p> <p>Residentes en Madrid y derivados del SSM de referencia.</p>	<p>PLANTILLA HABITUAL POR TIPO DE CENTRO</p>
<p>RESIDENCIAS. (MR)</p> <p>Las Resid. tiene una capacidad de entre 20 y 30 pl</p> <p>17 MR</p> <p>(426 PLAZAS)</p> <p>Ratio media actual :</p> <p>11 plazas de MR x 100.000 hb</p> <p>(Hay una MR de 11 pl específica para EMC sin Hogar)</p>	<p>Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades. Ofrecen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alojamiento y manutención. - Atención psicosocial y apoyo personal para la mejora de la autonomía y para apoyar su integración. - Supervisión las 24 horas del día. 	<p>A las personas con enfermedades mentales graves y crónicas que necesitan un apoyo residencial específico de mayor o menor duración, y con supervisión de 24 h., de mayor o menor duración, debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado. - Problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte 	<p>Director (psicólogo),1 psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 13/15 Educadores, 1 Aux Admitivo. Personal de Cocina y limpieza</p>

<p>PISOS SUPERVISADOS (PS)</p> <p>Los Pisos tienen una capacidad de 3 o 4 plazas por piso</p> <p>53 PISOS SUP (212 PLAZAS)</p> <p>Ratio media actual :</p> <p>5,2 pl de PS x 100.000 hb</p> <p>(Se incluyen los 5 Pisos (20 pl) específicos del Proyecto PRISEMI para enf ment. Sin hogar</p>	<p>Alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos normales en los que residen 3 ó 4 enfermos mentales recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten.</p> <p>Los pisos supervisados funcionan vinculados y en coordinación con las Residencias.</p>	<p>A las personas con enfermedades mentales graves y crónicas que tienen un nivel mínimo de autonomía personal y social pero necesitan una apoyo residencial debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de apoyo familiar o Problemas de autonomía que les impidan o dificulten para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte. No requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias 	<p>Los pisos supervisados funcionan vinculados a las MR. Al menos hay un Educador de apoyo para la supervisión de cada piso. Estos Educadores para pisos se añaden y son complementarios a las plantillas de la MR.</p>
<p>PLAZAS en PENSIONES SUPERVISADAS</p> <p>22 PLAZAS EN PENSIONES</p> <p>Ratio media actual :</p> <p>0,5 plazas de PENS x 100.000 hb</p>	<p>A través del pago de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas de enfermos mentales con un buen nivel de autonomía pero sin apoyo familiar ni recursos económicos intentado evitar procesos de marginación.</p>	<p>A las personas con enfermedades mentales graves y crónicas que tienen un buen nivel de autonomía personal y social pero necesitan un apoyo del debido a :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Son fundamentalmente personas solas con escasos recursos económicos y estilos de vida bastante independientes. - Están situación de riesgo de marginación. - No requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias, ni necesitan o se adecuan a la convivencia en Pisos supervisados. 	<p>Las plazas en pensiones son una alternativa de alojamiento organizada mediante el pago de una habitación y servicios básicos en Pensiones de Huespedes. Se supervisan los usuarios desde la MR a las que están vinculadas con apoyo desde los SSM .</p>

<p>SERVICIO DE APOYO A LA REINSERCIÓN SOCIAL DE ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS SIN HOGAR (PRISEMI)</p> <p>- 1 SubEquipo de Rehabilitación y Apoyo comunitario en el Centro de Acogida San Isidro.</p> <p>- 1 SubEquipo de Apoyo social y de acompañamiento en Itinerarios de Reinserción social en la calle (coordinado con el Equipo sanitario de atención psiquiátrica de calle).</p>			
--	--	--	--

El Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 ha supuesto un instrumento muy importante para avanzar sustancialmente en la mejora de la calidad de vida y las expectativas de integración y participación social del colectivo de personas con Trastorno Mental Grave y persistente y de sus familiares.

El apoyo y asesoramiento a la familia a través de distintos programas de psicoeducación que se desarrollan en los centros y el apoyo, la financiación y la coordinación con el movimiento asociativo de familiares de enfermos mentales de la Comunidad de Madrid constituyen ejes fundamentales de actuación. La ampliación de la red de recursos sociales de atención diurna y residencial ha proporcionado un importante apoyo a las familias, aliviando las situaciones de sobrecarga de los cuidadores.

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

Es de resaltar el esfuerzo y los resultados de inserción laboral en el mercado normalizado que se realiza desde los Centros de Rehabilitación Laboral. Como indicador global medio, alrededor del 50% de las personas atendidas cada año en los Centros de Rehabilitación Laboral consiguen integrarse en puestos de trabajo normalizados del mercado de trabajo.

OBJETIVO

Mantenimiento de la coordinación entre las red de Atención a la Salud Mental a través de los Programas de Continuidad de Cuidados y la red de Atención Social a Personas con Trastorno mental Grave y persistente

Con el fin de responder a las necesidades de rehabilitación psicosocial y de residencia no sanitaria de las personas con Trastorno Mental Grave y de sus familiares, se considera imprescindible una fluida y permanente coordinación entre los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental y la Red de Atención Social para las Personas con Enfermedad Mental Grave y persistente, impulsada desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

RECOMENDACIÓN:

Potenciar la coordinación entre los Programas de Continuidad de Cuidados de los Servicios de Salud Mental y la Red de Atención Social para las Personas con Enfermedad Mental Grave y persistente

2.6. EXCLUSIÓN SOCIAL: EL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR

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

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

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

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

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

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

El Plan de Salud Mental 2003-2008 abordaba la exclusión social y adquiría los siguientes compromisos:

- Personas sin hogar: creación de recursos sociales y sanitarios específicos, refuerzo de los ya existentes; desarrollo de programas y estrategias organizativas y de intervención adaptadas que posibiliten la adherencia y mantenimiento en los recursos socio sanitarios.

- Colectivos vulnerables: intervenciones precoces dirigidas a grupos de riesgo; priorizar la atención a aquellos colectivos que están en las fronteras de la exclusión.

En 2003 se creó en Madrid el Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar. La característica central de este programa es la intervención en el ámbito comunitario (calle, recursos sociales, etc.) mediante un equipo móvil y multidisciplinar. Este equipo es capaz de evaluar las necesidades y realizar intervención en crisis y prestar apoyo y soporte de las actividades de la vida diaria. Se realiza el seguimiento y establecimiento de planes individualizados de tratamiento y cuidados, todo ello mediante un trabajo en red y con coordinación con todos los equipos y recursos sociales y sanitarios que trabajan con esta población, complementando así su actuación.

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

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

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

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

En la definición operativa de **Trastorno mental grave** se consideran tres ejes: 1) diagnóstico (Se incluyen psicosis funcionales, no orgánicas, cuyo paradigma es el grupo de las esquizofrenias, trastorno bipolar, trastorno depresivo grave, trastorno delirante y algunos trastornos graves de personalidad), 2) presencia de discapacidad y 3) duración (dos años).

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

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

El Programa tiene la siguiente estructura:

a) Equipo de profesionales

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

En la actualidad, el equipo está constituido por 15 profesionales que integran un equipo único vinculado administrativamente a dos áreas sanitarias distintas (área 7- distrito Centro y Hospital Clínico de San Carlos- y área 5- distrito Tetuán y Hospital Universitario La Paz) y al programa PRISEMI dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

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

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

El equipo está dividido en 2 subequipos:

- Enganche
- Rehabilitación

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

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

Está formado por 4 enfermeras, dos trabajadores sociales y dos educadores y cuenta con el apoyo de ambos psiquiatras, tanto en trabajo de calle, como en instituciones.

El **subequipo de rehabilitación** trabaja con pacientes que ya han iniciado tratamiento farmacológico y/o han accedido a un contacto mínimo con recursos sociales para iniciar itinerarios de rehabilitación que favorezcan su proceso de integración con el máximo de autonomía. La intervención se realiza en el recurso al que acuden de forma habitual o en donde se alojen. También se ocupa de la evaluación y desarrollo de programas individualizados de rehabilitación y de la provisión y supervisión de recursos de alojamiento (pensiones), entrenamientos (por ejemplo, en alimentación, higiene, y transporte), asumiendo cierto soporte económico si se precisa.

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

b) Modelos de intervención

Los modelos teóricos de intervención del programa están inscritos dentro del marco conceptual de la psiquiatría social y comunitaria, concretamente los modelos de búsqueda activa asertiva, modelo de rehabilitación, recuperación, continuidad de cuidados y trabajo en red. Toda la intervención tiene un carácter procesual, no necesariamente lineal.

Estos mismos modelos o similares son compartidos por otros programas que en estos momentos existen en otros países del entorno europeo (Programa START, en Londres; proyecto UDENFOR en Copenhague, etc).

c) Recursos de apoyo

El equipo cuenta con recursos residenciales y de rehabilitación provistos por el Programa de Atención Social a Enfermos Mentales Crónicos de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales (plazas de minirresidencias, Centros de Día, Pensiones y Pisos del PRISEMI).

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

d) Infraestructura y recursos materiales

El equipo de profesionales desarrolla su actividad en un espacio físico actualmente insuficiente: para las quince personas que lo constituyen existen espacios inferiores a 20 m² en el Servicio de Salud Mental del Distrito de Centro y en el Servicio de Salud Mental del Distrito de Tetuán y un único despacho de consulta en el primero. Esto supone que no exista espacio para la reunión de todo el equipo en uno de los dos centros y que las historias clínicas deban de estar divididas en dos espacios diferentes, lo que hace que haya dificultades en la comunicación en el equipo y para el registro de datos. En caso de necesitar administrar medicación o realizar una cura a un paciente hay dificultades.

El equipamiento informático actual es insuficiente, teniendo en cuenta que el programa gestiona una carga importante información clínica y social y que realiza actividades de coordinación y trámites sociales (RMI, PNC, informes para petición de asilo, de derivación a recursos. etc.). Unido a la falta de apoyo administrativo, se ve dificultado el correcto registro de datos de actividad. Se aconseja el diseño de una base de datos informatizada e informatización de historias.

Se considera la necesidad de realizar la cobertura económica de los desplazamiento de todos los integrantes del equipo (Por ejemplo, dietas, abonos transporte) y valorar la posible dotación del equipo con un vehículo.

Se detectan los siguientes objetivos de mejora:

OBJETIVO 1

Reconocimiento del Programa como Unidad Funcional de referencia para el Municipio de Madrid

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

Su reconocimiento como tal tiene como objeto asegurar su capacidad de interlocución con la red de recursos sanitarios y sociales para poder garantizar la continuidad de cuidados asistenciales.

RECOMENDACIÓN:

Reconocer el Programa de Atención Psiquiátrica de Enfermos Mentales sin Hogar como una Unidad Funcional de referencia para el Municipio de Madrid, dotada con un puesto funcional con nivel de Jefatura de Sección

OBJETIVO 2**Mejora de recursos materiales e infraestructuras**

Se considera necesaria la adecuación de infraestructuras y recursos materiales: espacio físico, equipamiento informático y medios de transporte propios.

RECOMENDACIONES:

1ª Mejorar el espacio dotando al Programa de un espacio físico céntrico, de fácil acceso para los pacientes, y con superficie suficiente para todo el equipo

2ª Dotar al Programa con equipamiento informático necesario e informatización de la actividad clínica

3ª Cubrir los desplazamiento de los integrantes del equipo y valorar la posible dotación del equipo con un vehículo.

4ª Dotar de apoyo administrativo al Programa

OBJETIVO 3**Facilitación de la hospitalización de enfermos mentales sin hogar cuando la precisen**

Otro de los problemas más importantes con relación al tratamiento de los pacientes mentales sin hogar tiene que ver con las **dificultades** y peculiaridades de las **hospitalizaciones** de estos pacientes. Se trata de pacientes graves, sin red de apoyo, que requieren un mayor tiempo de hospitalización (sobre un 30% más de tiempo como mínimo con respecto a otros pacientes), y para los que, la planificación del alta puede llegar a ser crucial en su recuperación. Un alta precipitada o sin un recurso adecuado de alojamiento, sin contacto con algún recurso de la red de personas sin hogar o sin un mínimo enganche con el equipo, puede suponer una pérdida en la continuidad de los cuidados. Además, coexiste con frecuencia importante patología física. Se pueden plantear dificultades para la hospitalización en pacientes con patología no estrictamente aguda que, aunque acepten un ingreso voluntariamente, pueden no ser admitidos en las unidades de agudos o en casos de ingresos complicados (realizados a veces de madrugada para poder localizar al paciente, coordinandos con SAMUR, Policía, etc. o en zonas peligrosas o con un serio conflicto con los pacientes o el entorno).

RECOMENDACIÓN:

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

OBJETIVO 4**Mantenimiento y fomento de la coordinación interinstitucional**

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

RECOMENDACIONES:

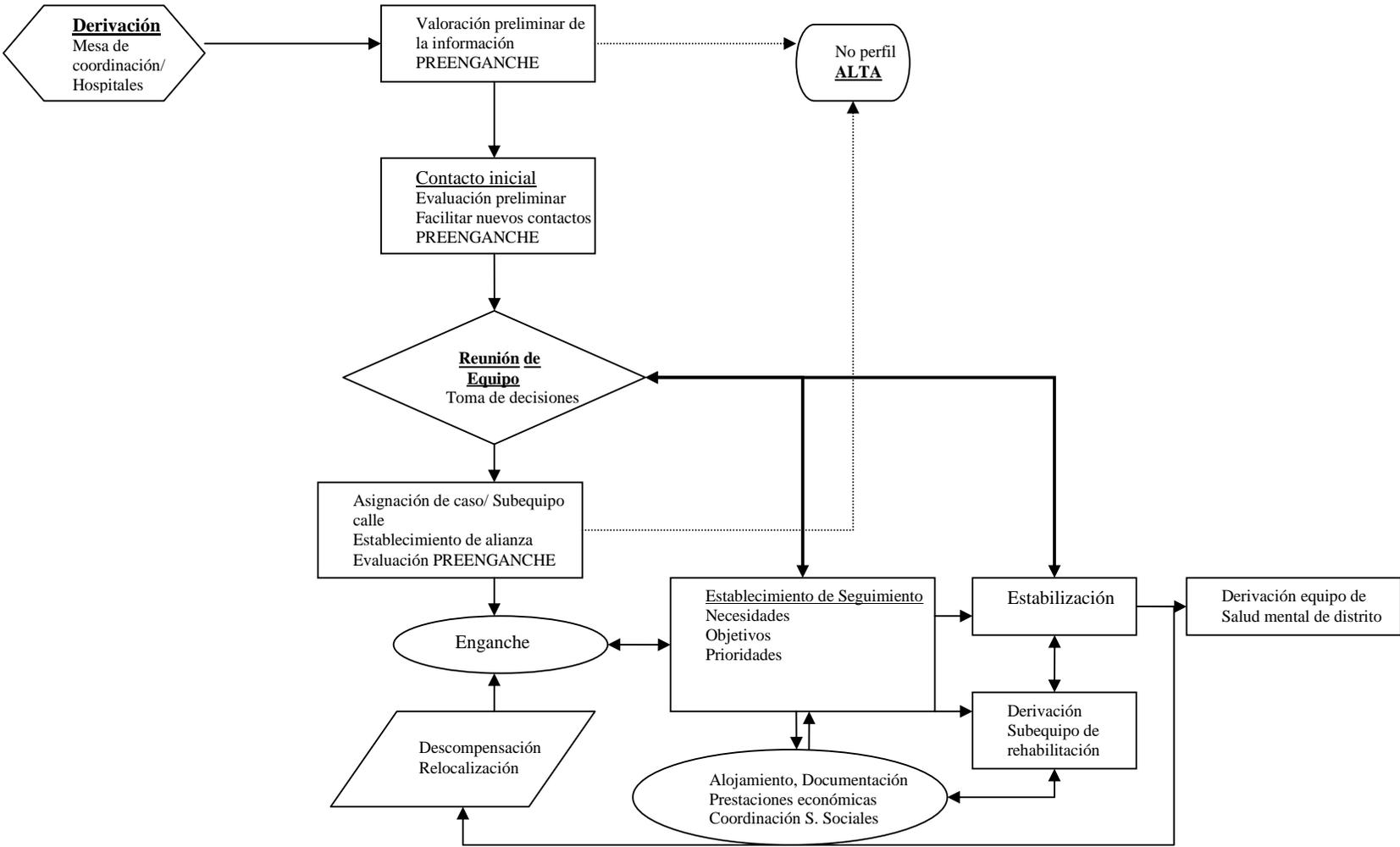
1ª Revisar y mantener el convenio de colaboración que existe con el Ayuntamiento de Madrid y los acuerdos con el Plan de Atención Social a personas con enfermedad grave y crónica de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

2ª Mantener y potenciar la Comisión de Integración de Enfermos mentales sin Hogar en la red de Servicios de Salud Mental vinculada a la Oficina Regional de Coordinación a la Salud Mental como herramienta clave para la integración de los pacientes en la red de salud mental de la Comunidad de Madrid.

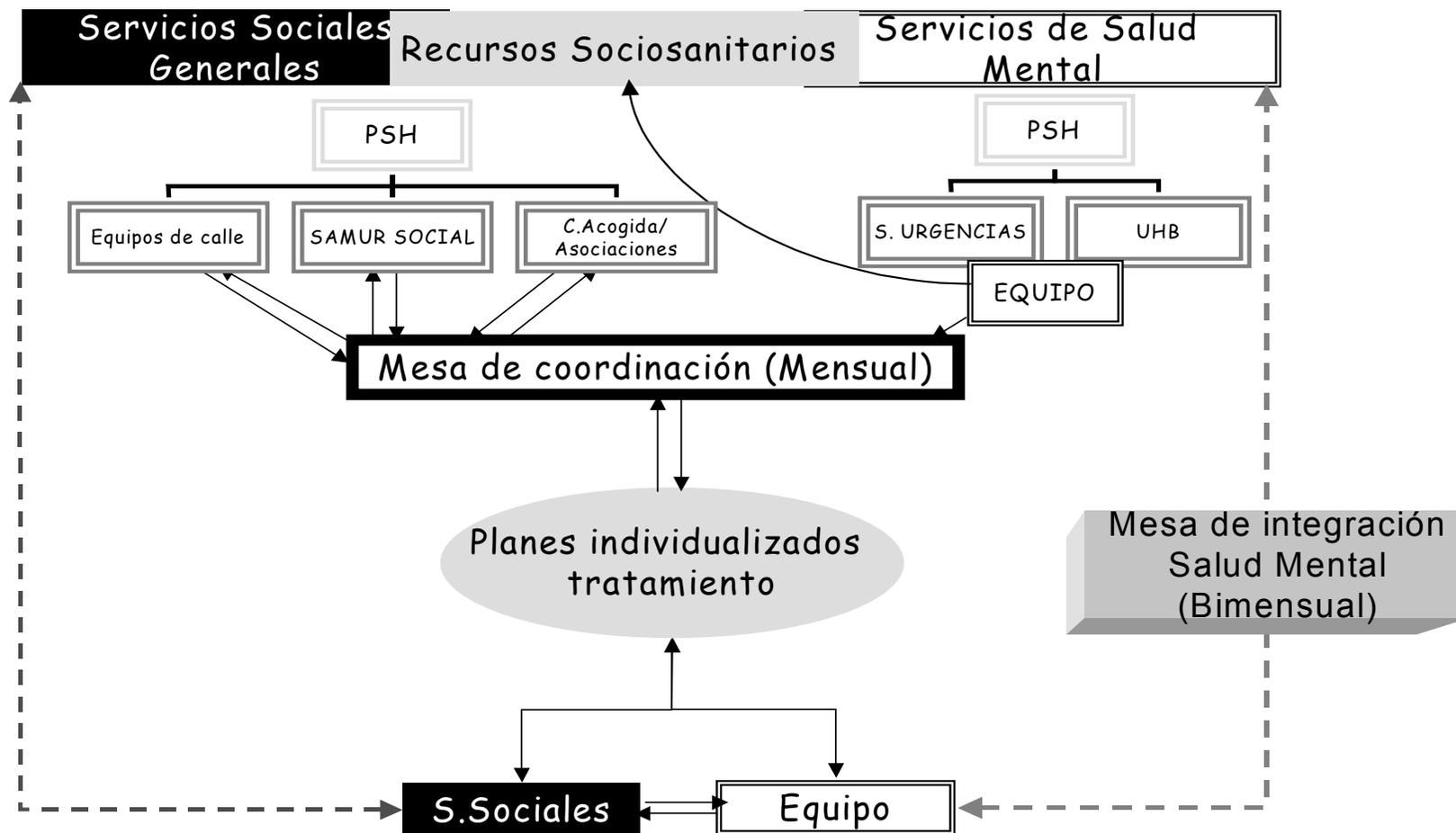
2ª Establecer una coordinación estable con la Agencia Antidroga y el Instituto de Adicciones de Madrid Salud.

1. "Propuesta de actuación coordinada en la atención a personas sin hogar con trastornos mentales". Grupo SMES. Madrid 1999
2. Timms P., Balazs J."ABC of mental health: Mental Health on the margins" . British Medical Journal, international ed. (1997)Vol 315, nº 7107,pp536-540
3. Craig T., Timms P. "Facing up to social exclusion: Services for homeless mentally ill people". International Review of Psychiatry(2000)Vol12, nº 3, pp206-212.
4. "Hospitalizing the homeless". Canadian Medical Association Journal (2001) 20, 164(6). Editorial.
5. Gillig P.M.; Mc Quiston, Ed.."Clinical Guide to the treatment of the Mentally Ill Homeless Person" American Psychiatric Publishing Inc. 2006.
6. Susser E., Goldfinger S.M., White A. "Some clinical approaches to the homeless mentally ill" Community Mental Health Journal (1990) Vol26, nº5. pp363-480.
7. Breakey W.R, Susser E., Timms P. "Mental health Services for homeless people" en measuring mental health needs. 2ª Ed.Editor Thornicroft G. Ed Gaskell. Glasgow 2001. pp 304-341.
8. Levy J. "Homeless outreach: A developmental model." Psychiatric Rehabilitation Journal(1998)Vol 22,nº2, pp 123-132.
9. González Rodríguez A. "Programas de seguimiento y continuidad de cuidados en la comunidad". Monografías de psiquiatría (2001) vol XIII, nº 2. pp4-16.
10. Dixon L. "Assertive Community Treatment: Twenty- Five Years Of Gold". Psychiatric Services (2000) Vol 51nº 6, pp 759-765.
11. González Guitián E., Vázquez Souza M.I., Sola Onís C., Redondo García S., De Bonifaz Barrio M. "Informe sobre el programa de atención psiquiátrica dirigida a enfermos mentales sin hogar" SERMAS. Oficina de Coordinación de Salud Mental. Febrero 2004.
12. Vega González L.S. SALUD MENTAL EN POBLACIÓN SIN HOGAR. Cuadernos Asturianos de Salud. Servicio publicaciones. 1996. Oviedo.

Esquema 1: Proceso de intervención



Esquema 2: coordinación servicios sociales y servicios de salud mental



3. ATENCIÓN HOSPITALARIA

3.1. SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITALES GENERALES

Los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales constituyen uno de los elementos que componen la red asistencial de Salud Mental de un territorio.

Se recomienda que la Hospitalización Psiquiátrica Breve forme parte de la cartera de servicios básica de todos los Hospitales Generales de referencia actuales y futuros, teniendo en cuenta la aplicación de criterios de gestión eficiente de los recursos.

Además, en los Hospitales Generales se atienden las Urgencias psiquiátricas y existen las Unidades de Interconsulta y Enlace.

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

Algunos Hospitales disponen también de un Hospital de Día y en otros está prevista su puesta en funcionamiento.

OBJETIVO 1

Adecuación de la oferta de camas de Hospitalización Psiquiátrica Breve

Se aconseja mantener el ratio de **12 camas por 100.000 habitantes mayores de 17 años**, definido en el Plan de Salud Mental 2003-2008.

El rango óptimo de camas de las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica debe oscilar entre **15 y 30 camas por Unidad**, siguiendo criterios internacionalmente compartidos de coste eficiencia y condiciones terapéuticas de los contextos de internamiento.

Los **Hospitales más deficitarios en camas de hospitalización psiquiátrica breve** en relación a la población atendida son actualmente (datos 2008): Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Hospital Universitario Príncipe de Asturias y Hospital Universitario 12 de Octubre.

El **Hospital General Universitario Gregorio Marañón tiene superávit de camas** como consecuencia de la puesta en funcionamiento de las Unidades de Psiquiatría de los Nuevos Hospitales Infanta Leonor de Vallecas y Hospital del Sureste de Arganda, que se acentuará con la puesta en funcionamiento de la totalidad de las camas instaladas previstas.

Con la puesta en funcionamiento de la totalidad de las camas instaladas en el Hospital Infanta Sofía se liberará una Unidad de Hospitalización en el Hospital Dr.R.Lafora, actualmente de apoyo para el Área 5, que puede transformarse sin coste adicional en una **Unidad para Pacientes con Patologías Resistentes** de referencia para varios Hospitales. Hay consenso sobre la creación de este tipo de Unidades en Centros psiquiátricos monográficos destinadas a pacientes con un perfil de estancia media superior a dos meses, ingresos de repetición y que

necesitan estancias más prolongadas hasta su estabilización clínica. (Los denominados pacientes “Subagudos”),

RECOMENDACIONES:

1ª Reordenar el mapa de camas de hospitalización breve de la Comunidad de Madrid adecuándolo a los estándares, aplicando criterios de gestión eficiente de los recursos.

2ª Adoptar medidas correctoras para los tres hospitales más deficitarios:

Hospital deficitario en camas	Alternativas
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda	Ampliar con un módulo de 25 camas
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	Ampliar con un módulo de 20 camas y que uno de los tres Servicios del H.G.U.G.Marañón asuma la población del Distrito de Torrejón de Ardoz provisionalmente
Hospital Universitario 12 de Octubre	Ampliar con un módulo de 20 camas o concertar camas en Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla

3ª Reordenar la población de referencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón que cuenta con 75 camas del modo siguiente:

Unidad de Hospitalización	Camas	Distrito de Referencia
<i>Servicio Psiquiatría I</i>	25	<i>Moratalaz y apoyo al Hospital del Sureste</i>
<i>Servicio Psiquiatría II</i>	25	<i>Torrejón de Ardoz y apoyo al Hospital Infanta Leonor</i>
<i>Servicio Psiquiatría y Unidades de Referencia</i>	25	<i>Retiro, apoyo H.U. de la Princesa e ingresos de programas de referencia institucional (Violencia de género; Sordos y Trastornos Conducta Alimentaria)</i>

4ª Transformar una Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Dr. R. Lafora (actualmente de apoyo al Área 5) en una Unidad para Pacientes con Patología Resistente, de referencia regional, cuando se ponga en funcionamiento la totalidad de camas del Hospital Infanta Sofía.

OBJETIVO 2

Adecuación de recursos humanos de los Servicios de Psiquiatría de Hospitales Generales

RECOMENDACIONES:

1ª Adecuar los recursos humanos a los siguientes ratios de personal estándar para Unidades de Hospitalización Breve:

1 Médico Psiquiatra / 6-8 camas

1 Psicólogo Clínico

1 presencia de Enfermera (6 DUE) / 6-8 camas

1 Terapeuta Ocupacional

1 Trabajador Social

1 presencia de Auxiliar de Enfermería (6 Auxiliares de Enfermería) / 8 camas

1 presencia de Celadores (TIGA) (6) / 8 camas

Las Unidades de Interconsulta y Enlace deberían contar al menos con un profesional por cada 300 camas dentro de un equipo multidisciplinar.

2ª Crear y cubrir las Jefaturas de Servicio de Psiquiatría en aquellos Hospitales en los que aún no existan en su organigrama

OBJETIVO 3

Mejora de los procedimientos organizativos y de gestión

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

RECOMENDACIONES:

El funcionamiento de las Unidades de Hospitalización Breve debe tener definido:

1ª.- El mecanismo de coordinación con el resto de dispositivos de la red asistencial, y en especial con el Centro de Salud Mental, que es donde se realiza el seguimiento de los pacientes garantizando la continuidad asistencial y la utilización de un sistema de información común que facilite la coordinación y la continuidad asistencial.

2ª.- El mapa de procesos de la Unidad, elaborado de manera consensuada con participación de los profesionales de la Unidad, en el que se recojan, entre otros, los siguientes:

☞ Procedimientos que regulan los accesos a la Unidad

☞ Protocolos asistenciales para los distintos grupos de diagnósticos elaborados según las Guías de Práctica Clínica

☞ Procedimientos normalizados para situaciones específicas: protocolos para la aplicación de contención física y aislamiento terapéutico, protocolos de riesgo de suicidio y protocolos de situaciones de violencia

☞ Consentimientos informados para el ingreso voluntario y para la aplicación de determinados procedimientos terapéuticos.

3ª.- Un Manual de funcionamiento interno de las Urgencias Psiquiátricas, dada la rotación diaria de Médicos Residentes de Psiquiatría, personal de staff del Hospital, médicos psiquiatras de los Centros de Salud Mental del área de referencia o expresamente contratados para la realización de las guardias psiquiátricas, que contenga los procedimientos de atención coordinados con el resto de los Servicios de Urgencia del Hospital y con criterios explícitos de la indicación de internamiento. Se recomienda que diariamente se realice una reunión de guardia a la que asistan, además del equipo saliente y el entrante y si es posible también el personal de la Unidad de Hospitalización y de la Unidad de Interconsulta y Enlace.

OBJETIVO 4

Protocolización normalizada para situaciones específicas

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud recomienda reducir al mínimo la aplicación de medidas coercitivas y de restricción de la libertad, velando que no conlleve riesgos evitables tanto para la propia persona como para su entorno.

RECOMENDACIONES:

1ª. Deberá existir para todos los dispositivos de hospitalización psiquiátrica protocolización normalizada de las medidas coercitivas y de prevención del riesgo suicida.

2ª. Para su aplicación específica en el área de urgencias psiquiátricas deberá existir un procedimiento documentado para coordinar las intervenciones preventivas de fugas de pacientes desde la Urgencia y para intervenir en la aplicación de contenciones físicas que eventualmente puedan surgir.

OBJETIVO 5**Propuesta de Plan Funcional para Unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve y Urgencias Psiquiátricas****RECOMENDACIONES TÉCNICAS BÁSICAS PARA EL DISEÑO Y ADECUACIÓN DE LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA Y URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN HOSPITALES GENERALES:**

Las principales normas y reglamentos de aplicación son:

- ☐ Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales.
- ☐ Disposiciones mínimas de seguridad y salud en las obras.
- ☐ Real Decreto 1627/1997.
- ☐ Normas Tecnológicas de la Edificación (NTE).
- ☐ Normas básicas para las instalaciones interiores de suministro de agua (NIA).
- ☐ Reglamento electrónico para Baja Tensión (REBT).
- ☐ Reglamento de Instalaciones Térmicas en los Edificios (RITE).
- ☐ Norma Básica de la Edificación (NBE-CPI-96).
- ☐ Condiciones de Protección contra incendios de los edificios.
- ☐ Reglamento de protección contra incendios.

Características del área de hospitalización psiquiátrica

- Ubicación preferente en planta baja
- Acceso a un área exterior de esparcimiento acotada (jardín o patio)
- Puerta de acceso de pacientes y familiares a la Unidad dotado de medidas de seguridad para el control de entrada y salida de personas (video portero con abre puertas y control de apertura codificado)
- Restantes puertas de servicio (incluidos ascensores) dotadas de medidas de seguridad para prevenir fugas de pacientes
- Control de enfermería, situado en punto central en la Unidad lo que permita la visualización directa de los pacientes, dotado con acristalamiento y puerta de seguridad que permita el rápido acceso a toda la Unidad y el necesario aislamiento y protección en su caso. Dicho control poseerá un mostrador diáfano para la atención al paciente (el cristal de seguridad debe ser como mínimo 6 + 6 o similar). Dentro de este control estarán ubicados los monitores de circuito cerrado mediante los cuales se controlará tanto el acceso desde el exterior así como las habitaciones, cuartos de

baño, comedor, sala de estar y aquellas otras dependencias donde sea necesario instalar dicho sistema.

- Servicios de la Unidad adecuados a las necesidades de las personas de edad avanzada
- Habitaciones de los pacientes de uso individual permitiendo su superficie la posibilidad de su uso doble en función de las necesidades clínicas de los pacientes
- Sistema de llamada para uso de los enfermos en habitaciones y cuartos de baño (con posibilidad de su anulación temporal en función de su situación clínica)
- Sistema de comunicación entre habitaciones y con el control de enfermería mediante aparatos empotrados en paramentos.
- Baño del cuarto de baño compuesto por plato de ducha, inodoro y lavabo, todos estos elementos de acero inoxidable o similar. Los elementos como la alcachofa de la ducha, fluxor, etc, deben estar empotrados, evitando cualquier tipo de saliente que puedan dañar al paciente. Los aseos no dispondrán de elementos desmontables y fácilmente rompibles.
- Suelo del baño antideslizante y dotado de un sistema de desagüe.
- Espejos de baño irrompibles y que deformen la imagen reflejada.
- Armarios empotrados en las habitaciones, evitando barras de colgar y perchas.
- Evitar instalar cualquier tipo de cortinas tanto en baño como en habitación.
- Apertura de puertas de la habitación y del cuarto de baño hacia el exterior, sin cierre de seguridad interno y con pomos de las puertas redondos.
- Habitaciones y salas comunes para pacientes con luz natural y ventanas de seguridad que posibiliten la ventilación, y que solo permitan su apertura a personal autorizado. Estarán dotadas de medios que permitan opacificar la luz exterior y que al tiempo no impliquen cortinas, visillos, estores u otros elementos similares.
- Disponibilidad de dos habitaciones individuales contiguas al control de enfermería destinadas a la observación y aplicación de medidas coercitivas en condiciones de seguridad (aislamiento terapéutico y contención física), cuya supervisión desde el control de enfermería sea fácil e inmediata (cámara de TV circuito cerrado y visualización directa a través de acristalamiento de seguridad opaco unidireccional). Las camas estarán fijadas al suelo, disponiendo la habitación de espacio suficiente para la transferencia del paciente a una cama de traslado.
- Comedor colectivo para pacientes
- Espacios comunes polivalentes amplios para terapia ocupacional y grupal y preferentemente abiertos, salvaguardando las necesarias medidas de seguridad y vigilancia.
- Sala de estar para pacientes con TV protegida
- Sala de visitas
- Zona para pacientes fumadores debidamente acondicionada con sistema de extracción de humos
- Despachos de consulta para los profesionales, situados en la propia Unidad, dotados de sistema de aviso de seguridad
- Despachos y sala de espera para familiares situados en un área con acceso independiente dentro de la Unidad
- Cámaras de vigilancia con visión nocturna, convenientemente protegidas y conectadas con el control de enfermería.

- Luces de techo o pantalla empotrados o de seguridad.

- Pintura ignífuga en parámetros horizontales y verticales.

- Cuadro eléctrico, incluyendo todas las protecciones magneto térmicas y diferenciales, para todos los circuitos de alumbrado y fuerza de acuerdo al REBT.
- Líneas de cableado eléctrico para la realización de la instalación eléctrica de acuerdo al REDT.
- Colocación de cuadro de protección en todas las habitaciones conteniendo un diferencial y dos interruptores magneto térmicos.
- Medios de lucha contraincendios (extintores y mangueras) en armarios empotrados practicables y visibles, para evitar auto y heterolesiones y detección de incendios en todas las habitaciones.

- No existirán elementos exentos por lo que la red de gases medicinales, se dispondrá entre huecos con puerta y cerradura.

Características del área de urgencias psiquiátricas

Las Urgencias Psiquiátricas necesitan una dotación estructural mínima, con zonas o espacios separados para la evaluación de los pacientes, para la contención física y el aislamiento terapéutico si fuese necesario, y separados también de la zona de observación de pacientes ingresados por otras patologías. Siempre debe garantizarse la adecuada vigilancia, custodia y atención de los pacientes psiquiátricos, y la seguridad de usuarios y profesionales.

Debe disponer de:

- Sala de espera independiente de la Urgencia general
- Un despacho médico de consulta (dos despachos si hay MIR de guardia), dotados de medidas de seguridad: puerta de salida tipo “vaivén”, sistema de aviso a personal de seguridad, ventanas de seguridad, etc.
- Box de atención/observación de enfermería dotado de medidas de seguridad

En el caso de Hospitales Generales con grandes áreas poblacionales de influencia pueden ser de utilidad las Unidades de Corta Estancia (hasta 72 horas), separadas estructuralmente de las Unidades de Hospitalización Breve, siguiendo la experiencia del Hospital Clínico de San Carlos.

3.2. CENTROS PSIQUIÁTRICOS Y UNIDADES ESPECIALES

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

Las características de las unidades hospitalarias que desarrollan estas funciones se encuentran definidas en el Plan de Salud Mental 2003-2008.

Las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación deben disponer de un centro ambulatorio de rehabilitación cercano y vinculado a su funcionamiento para facilitar la asistencia durante el ingreso y la continuidad de cuidados tras el alta.

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

Las Unidades Residenciales y las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados atienden las necesidades de aquellas personas con Trastornos Mental Grave y persistente, de cualquier edad, en los que se han agotado las posibilidades de rehabilitación que les permitan vivir en un entorno más normalizado (domicilio familiar, pensiones o pisos protegidos, minirresidencias). Sus objetivos son lograr el mantenimiento de las habilidades no perdidas y del estado clínico, así como proporcionarles los cuidados centrados en actividades ocupacionales y de ocio y tiempo libre.

Se contemplan de modo diferenciado las unidades de psicogeriatría, para pacientes con las anteriores características, mayores de 60 años, considerando que una parte de ellos requerirá atención a patología orgánica de mayor complejidad.

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

Necesidad de cuidados	Contención conductual	Patologías orgánicas asociadas	Tipo de Unidad adecuado
I	ALTA	BAJA	Unidad Residencial Hospitalaria (psiquiátrica)
II	Variable	ALTA	Unidad Residencial Hospitalaria (médica)
III	BAJA	BAJA	Unidad Residencial Sanitaria Externa

Existe un déficit actual importante de camas residenciales hospitalarias. Además de ampliar los recursos residenciales hospitalarios, para cubrir las necesidades terapéuticas, de cuidados y residenciales de los pacientes del grupo III, se propone la creación de **Unidades Residenciales Sanitarias Externas**, que se caracterizarían fundamentalmente por estar situadas en un entorno comunitario y por prestar cuidados de enfermería y disponer de supervisión médica especializada durante las 24 horas. Por razones de economía creciente de escala, las Unidades Residenciales Externas podrían ubicarse en los espacios dotacionales de los centros hospitalarios, como módulos independientes.

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

Se han identificado los siguientes OBJETIVOS DE MEJORA:

OBJETIVO GENERAL 1

Adecuación de la oferta de camas de media y larga estancia a las necesidades de los pacientes

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Desarrollo de un procedimiento normalizado de gestión de ingresos programados

Con la integración de la atención a la Salud Mental en Atención Especializada se considera la necesidad de disponer de un procedimiento normalizado actualizado para la gestión de los ingresos programados de pacientes con Trastorno Mental Grave y persistente en Unidades de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia de la Comunidad de Madrid. Este procedimiento debe contemplar la aplicación de criterios objetivos para la inclusión de pacientes y la asignación de camas y tener en cuenta la distribución territorial de camas para facilitar su proceso de rehabilitación.

Este procedimiento permite dimensionar las camas necesarias de forma objetiva.

RECOMENDACIÓN:

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

OBJETIVO ESPECÍFICO 2**Adecuación de la oferta de camas de las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación de media estancia**

La oferta de camas de media estancia debe adecuarse al tiempo medio de permanencia de los pacientes en la lista de espera.

En el momento actual, la oferta de camas de media estancia de la Comunidad de Madrid se estima suficiente. Además, una proporción de pacientes ingresados en las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación se encuentra a la espera de ocupar camas residenciales, por haberse agotado sus posibilidades de rehabilitación.

RECOMENDACIÓN:

La oferta de camas de Unidades de Tratamiento y Rehabilitación debe estar dimensionada de manera que el tiempo medio de espera hasta el ingreso no supere seis meses.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3**Adecuación de la oferta de camas residenciales de larga estancia**

La oferta de camas residenciales de larga estancia debe adecuarse al tiempo medio de permanencia en la lista de espera. En el momento actual, la oferta de camas de larga estancia es muy deficitaria.

RECOMENDACIONES:

1ª La oferta global de camas de Unidades Residenciales debe estar dimensionada de manera que el tiempo medio de espera hasta el ingreso no supere seis meses.

2ª Para atender las necesidades actuales se estima necesario crear un mínimo de 1000 camas residenciales durante el periodo 2009-2011.

OBJETIVO GENERAL 2

Creación de dos Unidades de Hospitalización para Patologías Resistentes de referencia regional

Se considera la necesidad de **crear dos Unidades para Hospitalización de pacientes con Patologías Resistentes**, de referencia regional, con características estructurales y de recursos humanos similares a las de las Unidades de Hospitalización Breve e integradas en la red de atención a la salud mental, lo que implica tener establecida la asignación de sus camas en base a criterios poblacionales.

RECOMENDACIONES:

1ª Transformar una Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Dr. R. Lafora en una Unidad de Hospitalización para Patologías Resistentes, dotada con 22 camas, cuando se pongan en funcionamiento todas las camas de hospitalización breve instaladas en el Hospital Infanta Sofía.

2ª Crear una Unidad de Hospitalización para Patologías Resistentes en el Instituto Psiquiátrico y de Servicios de Salud Mental “José Germain”, dotada con 16 camas.

OBJETIVO GENERAL 3

Mejora de los procedimientos organizativos y de gestión

Constituyen una necesidad para ofrecer una asistencia de calidad.

RECOMENDACIONES:

1ª Perfeccionar los procedimientos normalizados de derivación de pacientes con definición de los objetivos terapéuticos y rehabilitadores

2ª Actualizar los mapas de procesos de las Unidades, en los que se recojan, entre otros, los siguientes:

☞ Protocolos asistenciales para los distintos grupos de diagnósticos elaborados según las Guías de Práctica Clínica

☞ Desarrollar e implantar o actualizar procedimientos normalizados para situaciones específicas: protocolos para la aplicación de contención física y aislamiento terapéutico, protocolos de riesgo de suicidio y protocolos de situaciones de violencia

☞ Consentimientos informados para el ingreso voluntario y para la aplicación de determinados procedimientos terapéuticos.

4. ÁREAS DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS

4.1. ASISTENCIA EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES

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

Los principios básicos para la asistencia en salud mental a niños y adolescentes son:

- 1º- Los Servicios de Salud Mental de Niños y Adolescentes atenderán a la población de 0-18 años.
- 2º- Como planteamiento general hay que tener presente el carácter preventivo de toda intervención en salud mental durante la infancia y adolescencia, lo que le confiere una relevancia aún mayor.
- 3º- La atención en salud mental a niños y adolescentes debe prestarse de forma específica, diferenciada e independiente de los servicios de salud mental de adultos, en cuanto a dotación de recursos humanos y materiales. La interrelación existente en la actualidad con los servicios de salud mental de adultos debe respetar la necesaria autonomía del Programa de Niños y Adolescentes en base a una relación de igualdad. Dicha especificidad también alude al reconocimiento de una titulación o hasta tanto se alcance ésta, una necesidad de acreditación de la capacitación específica de los profesionales de distintas disciplinas que atienden a los menores.
- 4º- El modelo comunitario de atención en salud mental a niños y adolescentes basado en la atención territorializada realizada con equipos multidisciplinares está reconocido internacionalmente como marco conceptual idóneo para la promoción, prevención, atención y continuidad de cuidados. Con este modelo, los Servicios de Salud Mental de distrito son el eje donde pivota la atención de los menores los 18 años.
- 5º- La atención debe ofrecerse a través de una red de dispositivos asistenciales diversificados que den respuesta a las distintas necesidades en el proceso de atención al paciente a lo largo de su tratamiento, e integrados dentro de un Plan de Continuidad de Cuidados. Los recursos terapéuticos se deben organizar por niveles de atención y deben tener en cuenta las peculiaridades del diagnóstico y tratamiento en las distintas etapas del desarrollo evolutivo.
- 6º- El diagnóstico y el tratamiento de los niños y adolescentes debe contemplarse de forma integral atendiendo a sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida (salud, salud mental, familia, educación, red y contexto social), considerándolos como un todo y no como aspectos aislados y parciales. Además, debe considerarse el carácter evolutivo del desarrollo desde el nacimiento a la adolescencia y la dependencia e influencia del entorno en el mismo. Dichas especificidades requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa que no son meras adaptaciones de las intervenciones realizadas sobre los adultos. Los factores del entorno sociofamiliar han de ser tenidos muy en cuenta para la comprensión etiopatogénica, el diagnóstico y para el abordaje terapéutico de la patología emergente.
- 7º- Las intervenciones psicoterapéuticas en sus distintos formatos y orientaciones tienen un valor fundamental en el tratamiento de los problemas mentales en la infancia y adolescencia. Debe asegurarse el acceso de los pacientes a las diferentes modalidades terapéuticas específicas de la infancia, que para ser eficaces deben ser implementadas en condiciones adecuadas en cuanto a

duración y frecuencia así como a la formación en cada tipo de terapia de los profesionales que las realizan.

8º-Debe tenerse en cuenta la importancia de la psicofarmacología en algunos tipos de pacientes y patologías, siempre como parte de un tratamiento integral. Destacar la importancia de fomentar un uso seguro y racional del medicamento, teniendo en cuenta que la seguridad y eficacia de los psicofármacos en niños y adolescentes no son extrapolables de los tratamientos de personas adultas. La Administración debe promover la mejora del conocimiento en estas líneas que redunde en una optimización del uso de psicofármacos en niños y adolescentes.

9º-El abordaje multimodal, que abarca intervenciones psicoterapéuticas, psicofarmacológicas, educativas y sociales, está recomendado para la mayor parte de las patologías de la infancia y debe ser tenido en cuenta en cualquier intervención y nivel de tratamiento.

10º- El abordaje de la patología mental de la infancia y adolescencia exige intervenciones terapéuticas complejas que pueden implicar a varias personas e instituciones y para ello es necesario contar con recursos suficientes y cercanos al medio natural del menor para proporcionar una atención adecuada.

11º- La coordinación interinstitucional (dispositivos sanitarios, educativos, sociales, jurídicos, etc.) e intrainstitucional (Programas de Adultos, Unidades de Hospitalización Breve, Hospitales de Día, Servicios de Interconsulta Hospitalaria, etc.) debe tener una consideración fundamental. La obtención de información de varias fuentes (paciente, padres y profesores, otros agentes que intervienen con el menor y/o su familia), es práctica imprescindible por la falta de concordancia entre informantes respecto a los problemas que los menores experimentan y cómo los manifiestan en diferentes contextos. La intervención conjunta y coordinada en distintos niveles, sanitario, educativo y social incrementa la efectividad de las intervenciones así como el mantenimiento de la estabilización en la mayoría de patologías; además, en el caso de las patologías mentales graves y/o complejas, cada vez más presentes, es requisito imprescindible para obtener resultados. El desarrollo de actividades de coordinación con Atención Primaria debería ser un objetivo prioritario, así como el reconocimiento de la participación en los Consejos Locales que se contempla como un imperativo legal (Ley 18/1999 de 29 de Abril Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la CM que obliga a que un técnico de salud mental del Distrito donde reside el menor, forme parte de las diferentes comisiones y asista a las reuniones que se realizan al menos mensualmente).

12º-Las actividades docentes y de formación continuada deben ser contempladas como parte de las actividades diarias, reflejándose de forma real en la agenda de los profesionales acreditados para ello y deben atender a los recientes cambios incorporados en los planes de formación. Estas actividades deben promoverse y desarrollarse en todos los dispositivos y niveles de atención a menores.

13º-La investigación en todos los campos de la salud mental en la infancia y adolescencia debe promoverse y desarrollarse en todos los dispositivos y niveles de la atención a menores.

Se han identificado los siguientes OBJETIVOS y RECOMENDACIONES:

Adecuación de los equipos multiprofesionales de atención a niños y adolescentes

Los equipos multiprofesionales deben implantarse en todos los tipos de dispositivos de salud mental ambulatorios que atiendan a menores.

Están compuestos por: psicólogo clínico infantil, médico psiquiatra infantil, enfermera y trabajador social.

RECOMENDACIONES

1ª Completar los equipos multidisciplinares de los actuales recursos de atención a niños y adolescentes.

La dotación cuantitativa de recursos debe hacerse atendiendo a criterios poblacionales, de frecuentación y de características sociodemográficas. El Plan de Salud Mental 2003-2008 de la Comunidad de Madrid establece los siguientes ratios de profesionales para la atención a la salud mental de niños y adolescentes:

1 Psicólogo Clínico Infantil/20.000 habitantes

1 Médico Psiquiatra Infantil/25.000 habitantes

Se recomienda la equiparación de ambos ratios (1/20.000 habitantes) y su adecuación para atender a la demanda (En 1996 las Asociaciones Científicas de Salud Mental de Niños y Adolescentes recomiendan 1/12.500-15.000 habitantes menores de 18 años).

Se recomienda que cada equipo esté dotado con al menos 1 enfermera y 1 trabajador social y que todos los hospitales de día para niños y adolescentes estén dotados de un trabajador social a tiempo completo.

2ª Asegurar la especificidad de la atención a niños y adolescentes por profesionales cualificados con dedicación total. Se aconseja que en la selección de profesionales para los Equipos de Niños y Adolescentes se exija la acreditación de formación específica en psiquiatría o psicología del niño y del adolescente como requisito imprescindible, por encima de otros aspectos valorables en el proceso de selección.

3ª Asegurar las condiciones específicas de infraestructura y medios materiales adaptados a la atención a la población infantil y adolescente. Esto incluye condiciones de espacio físico, disponibilidad de recursos materiales e instrumentos específicos de evaluación, diferenciados respecto a la población adulta. Dichas condiciones deben estar presentes de una forma homogénea en todos los dispositivos.

3ª Elaborar una Cartera de Servicios común para toda la Comunidad de Madrid, que contemple las distintas formas de evaluación, diagnóstico clínico, psicodiagnóstico y tipos de intervención farmacológica y psicoterapéutica en niños y adolescentes.

4ª Desarrollar prioritariamente el Programas de Continuidad de Cuidados para garantizar la atención integral biopsicosocial a los menores con Trastorno Mental Grave y/o en situación de riesgo psíquico, social y familiar y así prevenir los riesgos que comprometen su desarrollo, fomentando su capacidad de autonomía, autocuidado, integración escolar, ocupacional y social, de tal forma que se le capacite para organizar su vida adulta de forma satisfactoria, evitando la evolución hacia la cronicidad, la discapacidad y la dependencia social.

5ª Desarrollar todas las actividades necesarias de coordinación con Atención Primaria, Educación, Servicios Sociales, Jurídicos y otras instituciones que trabajan con la infancia y reconocer el tiempo necesario para su desarrollo como parte integral de la actividad asistencial. La implantación de actividades de coordinación con Atención Primaria y Educación en todos los dispositivos de atención a menores resulta primordial. Además, debe tenerse en cuenta la obligatoriedad de la asistencia a los Consejos Locales de Atención a la Infancia por imperativo legal.

6ª Contemplar en las agendas tiempos específicos para llevar a cabo las actividades requeridas para la correcta atención de niños y adolescentes, diferenciados de los tiempos estimados para la atención a los adultos

- **Actividades asistenciales que contemplen la necesidad de realizar evaluaciones diagnosticas que incluyen necesariamente entrevistas con los padres, además de la valoración del menor; Intervenciones psicoterapéuticas en todos los casos, que requieren un tiempo y frecuencia suficientes para realizarlas con efectividad. El uso racional y seguro del tratamiento farmacológico también exige unos controles regulares y periódicos de los fármacos en menores.**
- **Actividades de rehabilitación y continuidad de cuidados.**
- **Actividades de coordinación.**
- **Actividades de formación y supervisión, docencia e investigación.**

7ª Se considera esencial mantener la figura de Coordinador de Servicios de Salud Mental de Niños y Adolescentes en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

OBJETIVO 2

Adecuación de los dispositivos ambulatorios y de hospitalización parcial de atención a la salud mental de niños y adolescentes

Se considera necesario adecuar la oferta de dispositivos de atención a la salud mental de niños y adolescentes.

RECOMENDACIONES:

- 1ª Ofrecer a los usuarios una ampliación del horario de los dispositivos actualmente existentes.**
- 2ª Ampliar el número de plazas de Hospital de Día de niños menores de 12 años.**
- 3ª Crear recursos de hospitalización parcial para población en edad preescolar.**

4º Diversificar los modelos de atención en Hospitales de Día para atender las necesidades aun no cubiertas de niños y adolescentes con determinados perfiles: retraso mental leve, trastornos graves de conducta, etc.

122

OBJETIVO 3

Adecuación de la interconsulta y enlace en hospitales generales

En la actualidad, sólo en 6 Hospitales Generales con Servicio de Pediatría hay algún tipo de Interconsulta, desarrollada por 1 o 2 profesionales, sin equipo multidisciplinar.

RECOMENDACIÓN:

Crear Servicios de Interconsulta y Enlace en todos los Hospitales Generales de la Comunidad de Madrid que tengan Servicio de Pediatría.

OBJETIVO 4

Creación de Comunidades Terapéuticas para niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta graves

Se considera necesaria la creación de Comunidades terapéuticas /Centros Terapéuticos Residenciales que den respuesta a las necesidades de tratamiento intensivo de niños y adolescentes con trastornos mentales graves y de conducta que actualmente carecen de esta posibilidad, estimándose que existirían 195 pacientes contabilizados con esta indicación.

RECOMENDACIÓN:

Crear una Comunidad Terapéutica para niños y adolescentes con Trastorno Mental Grave y de Conducta

OBJETIVO 5

Coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales para la creación de dispositivos de rehabilitación y residencia

RECOMENDACIÓN:

En coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales se considera necesario crear recursos de rehabilitación y reinserción Social (Centros de Día y Tarde, recursos sociosanitarios de soporte social: residencias supervisadas, residencias materno-infantiles, recursos residenciales de convivencia familiar etc., en horario de día y tarde).

OBJETIVO 6

123

Desarrollo de protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas

Se considera recomendable el desarrollo de protocolos y guías para determinados pacientes con necesidades complejas (Trastornos de conducta graves, Trastornos Orgánicos, Psicosis, Autismo, Patología Dual, Menores en grave riesgo psicosocial, población inmigrante, retraso mental, etc.).

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

RECOMENDACIÓN:

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

OBJETIVO 7

Desarrollo e implantación de indicadores de calidad y sistemas de evaluación

Se considera necesario establecer Indicadores de Calidad y Sistemas de Evaluación para:

- Adecuación en la dotación de recursos humanos y materiales de los Equipos Multidisciplinares
- Implantación de una Agenda que contemple la multitarea de profesionales, con Porcentajes de tiempos dedicados a cada actividad , y Tiempos asistenciales específicos (diferentes de adultos)
- Creación de una Cartera de Servicios para los Servicios de Salud Mental Niños y Adolescentes
- Elaboración de indicadores y estándares de calidad

OBJETIVO 8

Creación de Servicios de Psiquiatría del Niño y del Adolescente

Se considera necesario que, ante la reciente propuesta del Ministerio de Sanidad para la creación de una nueva Especialidad Médica denominada Psiquiatría del Niño y del Adolescente, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid adapte sus recursos hospitalarios nueva realidad asistencial y cree el primer Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en un Hospital General.

También se estima oportuno reubicar la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para Adolescentes en un entorno no estigmatizador para los menores. Actualmente está localizada en un pabellón de Psiquiatría de Adultos, en el denominado Instituto Provincial de Psiquiatría

del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, siendo aconsejable realizar su traslado al Hospital Materno Infantil del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica para Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón tras años de existencia, incluso con un crecimiento de 1.000.000 habitantes en la Comunidad de Madrid desde que se inauguró mantiene discretos índices de ocupación (en 2008 de 47%).

RECOMENDACIONES:

1ª Convertir en Servicio la Sección de Psiquiatría-Psicología del Hospital Universitario Niño Jesús.

2ª Crear un Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón ubicado en el Hospital Materno Infantil de dicho Centro. Estaría constituido por la Unidad de Adolescentes del Departamento de Psiquiatría integrada con la Sección de Psiquiatría Infantil ya existente en dicho Hospital Materno Infantil, mediante la correspondiente adecuación de los recursos.

3ª Centralizar las guardias de Psiquiatría del Niño y del Adolescente de toda la Comunidad de Madrid en Hospital Universitario Niño Jesús y Hospital General Universitario Gregorio Marañón, disponiendo para ello de equipos específicos de guardia para la futura Especialidad en los que puedan participar médicos psiquiatras infantiles acreditados de toda la red de atención a la salud mental de niños y adolescentes.

4ª Desarrollar una Unidad de Investigación en Psiquiatría del Niño y del Adolescente que agrupe todos los esfuerzos de la región y que sirva de asesoría científica y epidemiológica a la Oficina Regional de Salud Mental en esta materia. Su ubicación más adecuada, teniendo en cuenta la experiencia investigadora del equipo, sería el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

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

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

Sin embargo, el grado de implantación de los programas y medidas referentes a las personas mayores contempladas en dicho Plan, ha sido muy escaso pese a la consideración que se le da a la Psicogeriatría como Área prioritaria. Todas las consideraciones que aparecen en el Plan de Salud Mental 2003-2008 sobre la atención a las personas mayores continúan siendo vigentes y sus propuestas y conclusiones siguen siendo necesarias.

Es particularmente importante la consideración de la atención comunitaria para los personas mayores. Se considera la necesidad de desarrollar un programa ambulatorio de Atención de los Mayores, programa del que aún carecen muchos Distritos y Áreas de forma específica. Por tanto, cabe decir que se ha avanzado poco en la atención más especializada, es decir, en una atención ambulatoria con criterios no adultomórficos sino más claramente psicogeriátricos.

En cuanto a la atención hospitalaria, el lugar adecuado donde han de ingresar los pacientes ancianos con necesidad de hospitalización breve o de agudos aún no está suficientemente resuelto. La mejora de las condiciones en la hospitalización de pacientes psicogeriátricos agudos es un área que precisa ser mejorada y debe de considerarse un objetivo prioritario.

Dentro de los recursos que siguen siendo deficitarios, es preciso recordar que no existe en toda la Comunidad de Madrid ningún Hospital de Día Psicogeriátrico. El Hospital de Día Psicogeriátrico es la alternativa a la Hospitalización breve y de media estancia, para pacientes con patologías mentales graves, cuya prevalencia es mucho mayor de la que generalmente se reconoce.

En los aspectos de coordinación, sigue siendo vigente la necesidad de definir y protocolizar los programas de atención domiciliaria, para pacientes con dificultades para

acudir puntual o permanentemente a los Centros de Salud Mental y también de apoyo a las Residencias Geriátricas, lugar donde vive un número creciente de personas mayores.

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

La prevalencia de la Demencia se ha incrementado notablemente en los últimos años, así como la demanda asistencial correspondiente. Como viene recogido en las dos ediciones del Consenso Nacional de Demencias de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psicogeriatría, los médicos psiquiatras están perfectamente capacitados para la atención integral a esta patología, desde el diagnóstico al tratamiento y existe una larga tradición en este sentido. Adicionalmente, una demanda lógica que ha ido creciendo en los últimos tiempos por parte de las familias y otros profesionales implicados (médicos de familia, neurólogos, geriatras sobre todo) es la atención específica a los denominados Síntomas Psicológicos y Conductuales de las Demencias, en cuyo manejo el médico psiquiatra es el principal eje, pero que puede requerir también el concurso de otros profesionales, especialmente de Enfermería y de Psicología Clínica. Complementariamente a los dos puntos anteriores, se añade un área específica en la que los profesionales de los Servicios de Salud Mental están en una posición óptima para detectar y atender por su experiencia en otras patologías y es la relacionada con el estrés y la patología mental derivada de la relación de cuidados por parte de los familiares que tienen a los enfermos a cargo. Los Servicios de Salud Mental tienen un papel claro y creciente en esta tarea sanitaria de gran prioridad que es el cuidado del cuidador.

Promover la implicación de los profesionales es un punto trascendental y uno en el que se ha avanzado escasamente. Se considera fundamental la existencia de un responsable del programa de Psicogeriatría en cada Área Sanitaria, que será el "referente" para la coordinación de las acciones específicas del mismo. Asimismo es primordial identificar al menos a un médico psiquiatra por distrito sanitario con actividad clínica dedicada significativamente a la Psicogeriatría (aunque es deseable que sea en exclusiva, no es imprescindible) y que sea el responsable del programa en el distrito. Esta estructura compuesta por un responsable de Área junto a los responsables de Distrito ha de funcionar como una verdadera caja de resonancia que haga expandir al resto de los profesionales los conocimientos específicos de la atención psiquiátrica y de Salud Mental a las personas mayores y también de las peculiares maneras asistenciales que son propias de esta atención. Aunque sería lo deseable, en el actual grado de desarrollo de la atención en Salud Mental de la Comunidad de Madrid no parece razonable esperar a corto plazo el desarrollo de una tupida red de profesionales con formación y dedicación exclusiva o preferente a la Psicogeriatría como existe en otros países de nuestro entorno como es el Reino Unido o Suiza. Por ello, y para poder suplirlo en este corto-medio plazo, resulta de especial interés la identificación de

estos profesionales y el apoyo explícito a su labor, para que puedan asumir los casos de mayor complejidad y transmitan ese saber hacer más particularmente psicogeriátrico de esta atención al resto de los profesionales dedicados a la atención de adultos. No puede obviarse que debido justamente al envejecimiento progresivo de la población, todos los médicos psiquiatras y demás profesionales dedicados a la Salud Mental han de atender a un número muy significativo de personas mayores y esta atención ha de hacerse con estándares crecientes de calidad y especificidad, que han de ser adquiridos por esas mismas personas.

La Comunidad de Madrid debería impulsar el proyecto ya en marcha de creación de la Psiquiatría Geriátrica como subespecialidad o área de capacitación específica a nivel estatal y estar preparada para poder ofrecer esta formación a los médicos residentes de Psiquiatría que lo soliciten.

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

OBJETIVO

Mejora en la atención psicogeriátrica

El Plan de Salud Mental 2003-2008 cita una serie de estrategias para potenciar la atención psiquiátrica a las personas mayores, que siguen siendo vigentes y necesitan continuidad. En especial se requiere una especial atención a las siguientes recomendaciones.

RECOMENDACIONES:

1ª Implantar el Programa de Psicogeriatría en todos los Servicios de Salud Mental de Distrito y Áreas Sanitarias.

2ª Incorporar a las personas mayores a dispositivos tales como Hospitales de día y recursos de rehabilitación psicosocial. Estos dispositivos no deberían tener un límite superior de edad y se hace necesaria la creación de dispositivos específicos como el Hospital de Día Psicogeriátrico, al menos uno por Área Sanitaria.

3ª Potenciar la coordinación con Atención Primaria, para favorecer que las necesidades de atención especializada a esta población se satisfagan, procurando contrarrestar la menor demanda de atención psiquiátrica que hace espontáneamente esta población.

4ª Favorecer la coordinación con los Servicios Sociales para acercar los recursos sociales a las necesidades reales de la población psicogerítrica.

5ª Mejorar las condiciones de la hospitalización de las personas mayores en las Unidades de Hospitalización Breve

6ª Promover la implicación de los profesionales

7ª Impulsar la creación de la subespecialidad o área de capacitación específica de Psiquiatría Geriátrica y potenciar las actividades de Formación Continuada en Psicogeriatría para Médicos, Psicólogos Clínicos y Enfermeras.

4.3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

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

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

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

La atención a pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria ha ganado interés social y profesional en los últimos años. En el conjunto de diagnósticos psiquiátricos en su rango de edad, los TCA representan el 1,5% con alto impacto tanto a nivel social como familiar. El 83 % de los casos nuevos son menores de 30 años y aproximadamente 4 de cada 5 son mujeres. En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006) se cita que la tasa de mortalidad por suicidio, se multiplica por 33 en las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria, en comparación con la población general. En la Depresión mayor se multiplica por 21, y en las toxicomanías, por 86.

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

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

- Las conductas de riesgo ó relacionadas con los Trastornos de la Conducta Alimentaria siguen siendo frecuentes en población adolescente femenina

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

Se advierte de los cambios que se vienen observando en los últimos años en el *“perfil”* de muchos pacientes donde se presentan, además de la patología propia, otros trastornos asociados como los cuadros mixtos, trastornos de personalidad, cuadros de aparición más tardía, impulsividad, cronicidad, etc.

La Comunidad de Madrid ha publicado tres guías de recursos para el tratamiento de los trastornos alimentarios, anorexia y bulimia, dirigidas a padres, docentes y jóvenes. Las guías describen las características de los diferentes tipos de trastornos alimentarios, igualmente especifican los recursos públicos y gratuitos, donde los propios afectados, y sus familiares, podrán acudir en el inicio del tratamiento. También aportan una serie de consejos sobre el cuidado del cuerpo y la mente de los más jóvenes y detallan un listado de direcciones de Internet útiles de cara a la prevención y el tratamiento de los trastornos alimentarios. Estas nuevas guías, elaboradas por los técnicos del Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios de la Comunidad de Madrid (INUTCAM), cuentan con el asesoramiento de los profesionales de la Oficina Regional de Salud Mental y la Universidad Complutense de Madrid. El INUTCAM también ofrece una línea de Atención Telefónica.

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

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

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria han sido un objetivo de atención preferente en la última fase del Plan de Salud Mental 2003-2008, con un aumento destacado en los recursos asistenciales para la atención específica de los TCA. Aunque en el anterior Plan de Salud Mental la consideración de la patología alimentaria era poco relevante, la realidad (prevalencia, cronificación, comorbilidad, complicaciones médicas de dicha patología, carga familiar, impacto social) han influido para que se haya dado mayor relevancia en las prioridades asistenciales y en la dotación de recursos. Se considera necesario seguir desarrollando dicho Programa con el fin de completar los objetivos propuestos, evaluar la implantación de los recursos puestos en marcha y adecuar la atención a la realidad actual de la patología alimentaria.

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

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

Los recursos asistenciales en el tratamiento de TCA en la Comunidad de Madrid están organizados de forma que la atención multidisciplinar a los casos afectos de TCA implica la participación de diferentes recursos asistenciales sanitarios, de tal modo que cada uno de los casos diagnosticados pueda recorrer los diferentes recursos en función del estado clínico o evolutivo del TCA.

Así pues, el proceso de detección de los casos de TCA estaría determinado por la coordinación de los diferentes dispositivos y la detección de casos desde Atención Primaria, donde los casos serían derivados a los Centros de Salud Mental correspondientes de cada zona o al Hospital en los casos graves.

En cada una de las Áreas de Salud Mental se ha designado un responsable, cuyas funciones son el seguimiento de pacientes censadas, la coordinación entre servicios que intervienen en el tratamiento y asegurar la continuidad de cuidados. En las Áreas de Salud mental, se realizan además intervenciones terapéuticas, como grupos psicoeducativos para pacientes y familiares, seguimiento ambulatorio de enfermería y grupos terapéuticos específicos.

Desde los Centros de Salud Mental de cada área, los casos más graves son derivados a **Unidades Específicas ambulatorias para los TCA** que pueden atender como primer nivel de complejidad a las áreas de asistencia en el que se exija un seguimiento intensivo de cada caso y que cuentan con médico psiquiatra, psicólogo clínico, nutricionista, enfermera y auxiliar de enfermería además del soporte estructural necesario. De este modo surgen las **Clínicas de Trastornos de la Conducta Alimentaria**.

Actualmente están en funcionamiento dos Clínicas de TCA que proporcionan atención ambulatoria a pacientes con Trastorno de la Conducta Alimentaria: **Clínica de TCA del Hospital Universitario de Móstoles** (Inaugurada en Febrero de 2008) que dispone de comedor terapéutico y la **Clínica de TCA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón** (Inaugurada en Marzo de 2008).

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

En aquellos casos que precisen continuidad de cuidados la Comunidad de Madrid está dotada de una **Unidad de Día Hospitalaria de tratamiento de TCA** crónicos en mayores de 18 años, con 22 plazas, y que se encuentra ubicada en Hospital Santa Cristina. Este recurso intenta evitar la hospitalización y ser un recurso de transición entre el alta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio. Fundamentado en el abordaje de la familia y el afrontamiento de la imagen corporal.

El grupo de trabajo de TCA para la elaboración del nuevo Plan recomienda:

1. Realizar un censo de pacientes con TCA en la Comunidad de Madrid
2. Evaluación continuada de la eficiencia/eficacia de los programas y recursos asistenciales para TCA
3. Coordinación de recursos:
 - a. Optimizado los que ya existen
 - b. Elaborar Guías Clínicas y Procedimientos
4. Prevención y detección precoz, evitando el exceso de información
5. Promover la Investigación epidemiológica, y la formación continuada de los profesionales implicados
6. Evaluar el cumplimiento del Pacto Social contra la Anorexia y la Bulimia Nerviosa
7. Elaboración de Guías Clínicas para unificar criterios de asistencia en TCA, para evitar desajustes asistenciales, y favorecer una buena práctica clínica.
8. Desarrollo de Programas específicos de atención los TCA, que aglutinen los Dispositivos específicos, y se organicen alrededor de un modelo de coordinación de la asistencia

Se han identificado los siguientes OBJETIVOS de mejora:

OBJETIVO 1**Implantación del Programa de Atención y Seguimiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria en todos los dispositivos ambulatorios de Atención a la Salud Mental**

Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental ha sido desarrollado en 2006 un Programa de Atención y Seguimiento para los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

RECOMENDACIONES:

1ª Impulsar la implantación del Programa de Atención y Seguimiento para los Trastornos de la Conducta Alimentaria en todos los Servicios de Salud Mental y consultas especializadas de Hospitales Generales, incorporando la figura del profesional de referencia de cada caso y del responsable del Programa de TCA y potenciando el tratamiento grupal para los TCA.

2ª Ordenar el flujo de pacientes y la conexión entre los recursos específicos con el fin de evita su duplicidad

3ª Implantar Programas específicos para TCA en los Hospitales de Día generales, promocionar los “Comedores terapéuticos” para pacientes con TCA, que estén en tratamiento ambulatorio.

4ª Implantar Guías Clínicas de TCA en las Unidades de Hospitalización Breve de los Hospitales Generales

5ª Incorporar a los pacientes con TCA de larga evolución (crónicos) a los recursos del Programa de Continuidad de Cuidados (Mini-residencias, CRPS, CRL, programas de apoyo ambulatorio y acompañamiento, etc.)

6ª Impulsar la coordinación con el Programa de Trastornos de Personalidad y sus recursos dada la elevada comorbilidad psiquiátrica entre ambas patologías que justifica un trabajo conjunto.

7ª Mejorar la coordinación con los Médicos Especialistas en Endocrinología y Nutrición

8ª Impulsar la coordinación, intercambio de información y enlace con los Médicos Especialistas en Pediatría y Obstetricia, en relación al seguimiento de los hijos cuyas madres tienen patología alimentaria, como actividad de prevención primaria.

OBJETIVO 2**Mejora de la coordinación de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria Infanto-Juvenil del Hospital Universitario Niño Jesús con el programa de adultos**

Desarrolla su actividad asistencial (desde 1992), de investigación y también preventiva (desde 2004).

RECOMENDACION:

Mejorar la coordinación con el programa de adultos para asegurar la continuidad de la asistencia.

OBJETIVO 3**Implementación de nuevas camas específicas para la hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria de adultos**

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

RECOMENDACIÓN:

Implementar nuevas camas para hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria, programando su implementación previa evaluación de la actividad de las camas actualmente en funcionamiento.

OBJETIVO 4**Estudio de la oferta de un comedor terapéutico externo en el Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria de adultos del Hospital Santa Cristina**

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

RECOMENDACION:

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

OBJETIVO 5**Estudio de la necesidad de implementar nuevas Clínicas de Trastornos de la Conducta Alimentaria**

Desde los Centros de Salud Mental de cada área, los casos más graves son derivados a Unidades Específicas ambulatorias para los TCA. En la actualidad hay dos unidades de estas características en funcionamiento (Hospital Universitario de Móstoles y Hospital General Universitario Gregorio Marañón).

RECOMENDACIÓN:

Estudiar la necesidad de ampliar al turno de tarde la actividad de las Clínicas TCA actuales o de implementar nuevas Clínicas ambulatorias de Trastornos de la Conducta Alimentaria, previa evaluación de la actividad de las que ya están actualmente en funcionamiento.

OBJETIVO 6**Impulso a la formación continuada en Trastornos de la Conducta Alimentaria**

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

RECOMENDACIÓN:

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

4.4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD GRAVES

Auspiciadas por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental durante la vigencia del Plan de Salud Mental 2003-2004 de la Comunidad de Madrid se han impulsado diversas iniciativas relacionadas con el abordaje específico de los Trastornos de la Personalidad. Inicialmente se constituyeron grupos de trabajo para elaborar Guías para familiares y profesionales. En 2007 se creó una Comisión de Evaluación y Orientación de Trastornos de la Personalidad para supervisar o elaborar directrices generales para el desarrollo de los programas de tratamiento en los Servicios de Salud Mental ambulatorios de Área.

A la finalización del Plan de Salud Mental 2003-2008 se habían puesto en funcionamiento dos Unidades Hospitalarias de Tratamiento (Comunidades Terapéuticas) para personas con Trastorno de la Personalidad grave, con un total de 33 camas instaladas. Sin embargo, la puesta en marcha de programas específicos de atención ambulatoria para pacientes con Trastorno de la Personalidad, así como de Hospitales de Día específicos, ha tenido un desarrollo muy desigual.

El tratamiento de pacientes con Trastorno de la Personalidad, por su complejidad y dificultad de abordaje, requiere la participación de un equipo multiprofesional bien coordinado, siendo fundamental tener en cuenta que una de sus características clínicas habituales es la inestabilidad en las relaciones interpersonales, lo que se refleja en la calidad del vínculo terapéutico, que se ve expuesto a tensiones y altibajos cuyo abordaje y resolución forma parte del trabajo terapéutico.

Se estima necesaria la coordinación con los dispositivos de Atención a las Drogodependencias y con los Recursos de Rehabilitación, dada la frecuencia con que los pacientes con trastorno de la personalidad presentan abuso de sustancias y precisan de atención en los programas y centros de rehabilitación.

Los pacientes con Trastorno de la Personalidad Grave presentan

- a) Evolución prolongada en el tiempo o riesgo de evolucionar hacia la cronicidad, con discapacidad (nivel funcional bajo).
- b) Comorbilidad con otros Trastornos Mentales, por ejemplo Trastornos de la Conducta alimentaria, abuso/dependencia de alcohol y otras drogas etc.

c) Necesidad de un abordaje complejo, con elevado consumo de recursos, incluyendo, además de la atención sanitaria, intervenciones psicosociales y de rehabilitación, así como actuaciones sobre el medio social y de apoyo a la familia. Es, además, necesario garantizar la continuidad de los cuidados.

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

Las funciones del “responsable del caso o facultativo de referencia” son:

- Establecer un marco terapéutico.
- Identificar las necesidades y desarrollar un plan de tratamiento (comorbilidad, nivel de atención, modalidades de tratamiento)
- Control de la seguridad.
- Control de la evolución.
- Coordinar las terapias.
- Mantener la comunicación y la colaboración.
- Proporcionar psicoeducación y servir de punto de referencia para la familia

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

Nivel I: Tratamiento ambulatorio: 1-2h/ sem

Nivel II: Tratamiento ambulatorio intensivo: 2-4h/ sem

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

Nivel IV: Hospitalización completa: 24h/día

Se considera necesario diseñar un programa transversal para el tratamiento del Trastorno de la Personalidad Grave común para cada Área sanitaria, que implica a todos los dispositivos del Área y a algunos de referencia para la Comunidad de Madrid: Centro de Salud Mental, Unidad de Hospitalización Breve, Hospital de Día, recursos de rehabilitación, Unidades Hospitalarias de Tratamiento (Comunidades Terapéuticas) para personas con Trastorno de la Personalidad grave.

Objetivos del Programa para Trastornos de la Personalidad graves

Generales

Disminución de la morbilidad (alteraciones de conducta, abuso de tóxicos, autolesiones, tentativas de suicidio, etc.) y del consumo de recursos mediante la utilización de un conjunto de intervenciones coordinadas y diseñadas específicamente para cada paciente.

Específicos

1.- Prevención, detección, identificación y diagnóstico de las personas con **Trastorno de la Personalidad Grave**

2.- Evaluación clínica y funcional del paciente, de su familia y del entorno más cercano

3.-Elaboración consensuada de un plan individualizado de tratamiento

4.-Aplicación de distintas intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia, con el consentimiento informado del paciente recogido en un **contrato terapéutico**, que servirá como marco de referencia, así como para su seguimiento periódico para el control de la calidad. Como paso previo a la inclusión en el programa terapéutico, en algunos pacientes será necesario una “preparación para el cambio”, intervención terapéutica reglada cuyo objetivo es mejorar la motivación.

5.-Proporcionar psicoeducación a los pacientes y familiares

6.-Garantizar en todo momento la continuidad asistencial, mediante la coordinación de los diferentes ámbitos de actuación

7.- Derivación al programa general de tratamiento una vez terminadas las intervenciones específicas.

Indicadores de calidad

La evaluación de la actividad asistencial se realizará a partir de los datos registrados en el sistema de información **y la aplicación de indicadores.**

RECOMENDACIONES:

1ª Desarrollar e implantar y evaluar un Programa para personas con Trastorno de Personalidad Grave, con un responsable del mismo para cada Área sanitaria.

2ª Se señala la necesidad de que el Programa para personas con Trastorno de Personalidad Grave deba estar coordinado con los recursos de rehabilitación y con la red de atención a las drogodependencias y el alcoholismo.

4.5. ALCOHOLISMO, OTRAS ADICCIONES Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DE LAS ADICCIONES (Pacientes con diagnóstico dual)

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

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

De forma resumida puede afirmarse que los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos y los de la personalidad están estrechamente relacionados con los trastornos por uso de sustancias. Además, se considera que en el año 2025 el 75% de los pacientes que acudan a los Servicios de Salud Mental tendrán un doble diagnóstico, uno debido a la utilización de sustancias y otro independiente.

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

El perfil del paciente que solicita atención por problemas de abuso de sustancias en nuestra Comunidad es el de sujeto joven con problemas de dependencia por cocaína y alcohol, que presenta además otros trastornos psiquiátricos del tipo trastornos de la personalidad y sintomatología psicótica relacionada con la ingesta de estimulantes. Por el contrario, el perfil del paciente alcohólico atendido en los Centros de Salud Mental es el de paciente varón, también con trastornos por uso de alcohol y cocaína con mayor comorbilidad para trastornos afectivos (depresivos, bipolares) y psicóticos.

Esta elevada asociación entre el consumo de drogas y otros trastornos psiquiátricos ha llevado a plantear la presencia de elementos de vulnerabilidad común en diferentes patologías, como por ejemplo el de la impulsividad, para poder explicar esta asociación. De

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

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

La red de atención a personas drogodependientes depende en parte del Ayuntamiento de Madrid (Instituto de Adicciones de Madrid Salud), y en parte de la propia Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, mientras que la red de Salud Mental, está incluida en el sistema de atención especializada del Servicio Madrileño de Salud, como otra especialidad médica más.

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

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

Ayuntamiento de Madrid: Centros de Atención a Drogodependientes (C.A.D.)			
Área 1	Vallecas	Área 7	Latina
Área 11	Villaverde	Área 4	San Blas
Área 11	Arganzuela	Área 5	Tetuán
Área 4	Hortaleza		

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

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

a) De los programas ambulatorios

Tratamiento de los Trastornos por uso de sustancias

En los Centros de Salud Mental, a pesar de contar todos ellos con un programa para el tratamiento del alcoholismo, la atención es muy heterogénea. En muy pocos centros existen equipos para el tratamiento de estos pacientes, la norma es que a estos pacientes los atiendan los distintos médicos psiquiatras del Centro y que sean derivados a los grupos de autoayuda de nuestra Comunidad (Centros de FACOMA-Federación de alcohólicos de la Comunidad de Madrid- o de Alcohólicos Anónimos). Salvo excepciones, no suele haber tratamientos grupales (únicamente en 7 Centros de Salud Mental funciona un equipo multidisciplinar para el programa de alcoholismo) ni tampoco tratamientos específicos para las personas dependientes del alcohol con comorbilidad psiquiátrica (que suelen ser muchas).

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

Hay heterogeneidad en lo que respecta al lugar de derivación de estos pacientes desde Atención Primaria. En algunas áreas sanitarias, los Centros de Salud Mental se siguen haciendo cargo del manejo de estos pacientes, mientras que en otros Centros de Salud Mental son derivados a los Centros de Atención a Drogodependencias correspondientes. Esto ha llevado a algunos médicos de Atención Primaria a derivar al paciente con trastornos por uso de alcohol a los Centros de Atención a Drogodependencias. Esto ha supuesto, en opinión de las Asociaciones de Ex alcohólicos de nuestra Comunidad, un retroceso en los logros alcanzados por las asociaciones de enfermos, que habían conseguido que las personas con trastornos por uso de alcohol fuesen tratados en la red sanitaria normalizada, como una enfermedad mental más, en consonancia con la Ley General de Sanidad y con la Estrategia Nacional en Salud Mental de 2006.

El aumento en la prevalencia de los trastornos adictivos conductuales (juego patológico, o la adicción a nuevas tecnologías) no es atendido eficazmente en nuestra Comunidad por ninguna de ambas redes, lo que demuestra una vez más las dificultades que conllevan compartimentar los trastornos adictivos en redes de tratamiento.

Tratamiento de sujetos con diagnóstico dual

Uno de los problemas persistentes a lo largo de los años y puesto de manifiesto por los profesionales de los dispositivos de Atención a las Drogodependencias es la complicada coordinación con los Centros de Salud Mental. Por parte de los médicos psiquiatras de los Centros de Salud Mental son muchas las resistencias para tratar a estos pacientes. Esta situación, ha llevado a la creación de dispositivos específicos dentro de la red de atención a las drogodependencias (pisos) para los pacientes con diagnóstico dual, lo que incide más en la marginalización de estos pacientes, alejándolos del sistema normalizado de salud.

El abordaje de los pacientes con diagnóstico dual suele hacerse de forma voluntarista por parte de los médicos psiquiatras de la red de atención a la Salud Mental madrileña. Existen algunos profesionales que reciben pacientes de la red de Atención a las Drogodependencias y que se coordinan con ella (como por ejemplo, la Unidad de Diagnóstico Dual del Hospital Universitario 12 de Octubre y la colaboración entre el Centro de Salud Mental y el Centro de Atención a Drogodependencias de Alcalá de Henares) pero en la mayor parte de los casos falta una organización de dicha asistencia.

b) De las Unidades hospitalarias

Las Unidades de desintoxicación de nuestra Comunidad únicamente están dando una respuesta a los pacientes incluidos en la red de Atención a las Drogodependencias de forma que una importante parte de los ingresos realizados en las Unidades del Hospital Dr. R. Lafora y del Hospital General Universitario Gregorio Marañón se deben a desintoxicaciones de alcohol y benzodiacepinas de pacientes que se encuentran en programas de mantenimiento con metadona.

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

El Ayuntamiento de Madrid tiene concertada una Unidad para pacientes dependientes de cocaína con diagnóstico dual de 23 camas en la Clínica Ntra. Sra. De la Paz, único dispositivo hospitalario de estas características existente en la Comunidad de Madrid.

c) De los dispositivos residenciales

Existen Comunidades Terapéuticas para personas drogodependientes incluidas en la red de Atención a las Drogodependencias, que en los últimos años se han convertido en Unidades

residenciales de Patología Dual, aunque con las dificultades para ofrecerles un tratamiento integral, por la falta de atención psiquiátrica especializada en estos centros.

Únicamente existe una Unidad residencial de deshabitación para pacientes dependientes del alcohol en el Hospital Dr. R. Lafora, unidad de referencia con muchos años de funcionamiento.

Hay que señalar que existe en nuestra Comunidad un grupo de pacientes, estimado en alrededor de 150 personas en los Centros de Salud Mental, que presentan un deterioro cognitivo importante secundario al consumo de alcohol u otros tóxicos. Estos pacientes suelen ser considerados como “poco motivados” para el tratamiento (el daño cerebral no les permite adaptarse a los programas de tratamiento) y suelen acabar perdiendo todo tipo de apoyo, tanto familiar como comunitario. Algunos tienen el diagnóstico de síndrome de Korsakov, otros no están correctamente diagnosticados pero encajarían en lo que se denomina demencia alcohólica. Algunos son propuestos para la ocupar cama en Unidades de Larga estancia de la red de Atención a la Salud Mental pero son rechazados. También son derivados y rechazados por los centros de atención para pacientes con demencia Alzheimer. En países como Francia son derivados a Unidades residenciales donde son cuidados evitándoles la marginalidad. Una característica de estos pacientes, a diferencia de los que presentan demencias de tipo degenerativo es que el daño cerebral secundario a tóxicos no progresa, a no ser que el sujeto siga administrándose el tóxico.

Se han identificado los siguientes OBJETIVOS Y RECOMENDACIONES:

OBJETIVO GENERAL

Adopción de un MODELO INTEGRAL DE TRATAMIENTO para personas con trastornos psiquiátricos y comorbilidad psiquiátrica

Un modelo integral de tratamiento permitiría abarcar a los pacientes con trastornos por uso de sustancias, a los que presenten adicciones conductuales (juego, compra, sexo, nuevas tecnologías) y a los que tengan además otros trastornos psiquiátricos comórbidos (pacientes con patología dual).

Este MODELO INTEGRAL DE TRATAMIENTO se considera la estrategia más importante y eficaz para el tratamiento de los pacientes con trastornos adictivos:

a) supone la integración funcional de ambas redes de tratamiento (red de Atención a Drogodependencias y red de Atención a la Salud Mental)

b) permite abordar de forma integrada y con una perspectiva longitudinal a los sujetos con este tipo de trastornos

Los elementos del Modelo Integral son las siguientes:

a) Integración funcional de los servicios de atención a la Salud Mental y de atención a las Drogodependencias.

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

OBJETIVO ESPECÍFICO 1

Integración funcional de las redes de Atención a Drogodependencias y Salud Mental

Derivado del objetivo general se encuentra lograr la integración de las redes de Atención a las Drogodependencias y a la Salud Mental en una única red normalizada incluida en el ámbito de la atención especializada. Esto conllevaría mejorar la coordinación entre los distintos dispositivos, y permitiría planificar conjuntamente el tratamiento de los pacientes. Además, favorecería la formación de los profesionales de ambas redes en el manejo de estos.

La integración funcional de ambas redes permitiría que se ordenase qué tipo de tratamientos y en qué centros se llevarían a cabo los distintos tipos de tratamiento. Esto evitaría la duplicidad de programas, permitiría desarrollar programas específicos para pacientes más complicados y optimizar los recursos tanto humanos como materiales

RECOMENDACIONES:

1ª Integrar funcionalmente los Centros de Atención a las Drogodependencias dentro del ámbito de atención especializada de Salud Mental.

2ª Ordenar y planificar recursos y programas para que en cada Área Sanitaria se optimicen los profesionales y los programas de tratamiento.

Adaptación y creación de nuevos programas y/o recursos

Para poder abarcar al complejo y heterogéneo perfil del paciente que acude a tratamiento es necesaria la creación de nuevos programas y/o recursos de tratamiento, ambulatorios, hospitalarios y residenciales.

Las Unidades de Patología Dual están indicadas para los pacientes con Trastorno Mental Grave y Dependencia a sustancias que, por su gravedad, requieren el tratamiento combinado de ambos trastornos. La oferta actual es insuficiente, teniendo en cuenta la elevada prevalencia de comorbilidad de los Trastornos Mentales Graves con el consumo de drogas.

RECOMENDACIONES:

1ª Creación de unidades ambulatorias específicas de psiquiatría de la adicción en el ámbito hospitalario para pacientes con comorbilidad psiquiátrica (Consultas para pacientes con diagnóstico dual en los Hospitales de referencia). Estos pacientes suelen tener importantes complicaciones médicas y psiquiátricas por lo tanto parece conveniente que este tipo de consultas puedan estar en los centros hospitalarios. El equipo básico para estas consultas monográficas debería estar formado por médico psiquiatra, psicólogo clínico y enfermera. Adoptar el concepto de psiquiatría de la adicción permitirá la adecuación a las exigencias presentes y a los futuros retos asistenciales.

2ª Creación de una Unidad de Hospitalización de Psiquiatría de la Adicción para pacientes con diagnóstico dual de 20-25 camas. Por su experiencia asistencial en el campo de las Adicciones, esta Unidad podría estar ubicada en el Hospital Dr. R. Lafora, en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón o en el Hospital Universitario 12 de Octubre.

3ª Reconversión de las Unidades hospitalarias de desintoxicación existentes en unidades mixtas de desintoxicación y de tratamiento de pacientes con diagnóstico dual (Unidades de Psiquiatría de la Adicción).

4ª Estudiar la necesidad de crear Unidades hospitalarias de Psiquiatría de la Adicción

5ª Planificar dispositivos residenciales (Comunidades terapéuticas) para pacientes dependientes del alcohol-cocaína

6ª Implementar plazas residenciales para pacientes con daño neurológico derivado del consumo de alcohol y drogas.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3

Cooperación con el movimiento asociativo de autoayuda de personas dependientes del alcohol

El movimiento asociativo de autoayuda para personas dependientes del alcohol desempeña en la Comunidad de Madrid un papel muy importante para el seguimiento y rehabilitación de personas dependientes del alcohol.

RECOMENDACIÓN:

Potenciar la cooperación y relación institucional con el movimiento asociativo de autoayuda y rehabilitación de personas dependientes del alcohol.

BIBLIOGRAFÍA

American Academy of Addiction Psychiatry. <http://aaap.org/home.htm>

Arias F, Rubio G, López-Muñoz F, Ferre F. Introducción al tratamiento de la patología con diagnóstico dual: Aspectos asistenciales y terapéuticos. En (Rubio et al. Eds). Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid, Panamericana, 257-272, 2001

Center for Substance Abuse Treatment (CAST). TIP-42. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders. CAST. 2005.

Edeh J. Dual or separate services?. En G H. Rassool (ed). Dual Diagnosis. Blackwell 2002, 204-15.

Grant BF Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. J Subst Abuse 1995; 7: 7481-497

Grant BF, Stinson FS, Dawsons DA et al Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2004; 61: 361-368

Kessler RC, Berglund P, Demler O et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005, 62 (6) 590-2.

Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders. Guilford Press, 2003.

Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ et al Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study JAMA 1990; 264: 2511-8.

Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Barcelona, Ars Medica, 2004.

Szerman y cols. 2008. Estudio piloto de trastornos comórbidos de las adicciones en la Comunidad de Madrid (2008).

4.6. SORDERA Y SALUD MENTAL

La Unidad de Salud Mental para Personas Sordas

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

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

La salud mental de las personas sordas

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

- La mayoría revela que hay más trastornos entre las personas sordas que entre los oyentes.
- Se acepta mayoritariamente que ocurren estancias más largas en los hospitales psiquiátricos entre los pacientes sordos.
- Estas estancias más largas son debidas a los tratamientos más pobres y a la ausencia de personal especializado.
- En general es más fácil para un paciente sordo recibir, al ser ingresado en una unidad psiquiátrica general, un aislamiento custodiado y antiterapéutico que un verdadero tratamiento en salud mental.
- La mayoría de los incidentes que desencadenan el ingreso psiquiátrico son episodios agresivos. Esto se debe, en la mayoría de los casos, a la frustración derivada de las dificultades de comunicación.
- En las personas sordas se ha constatado:

- Mayor probabilidad de ser diagnosticadas de trastornos de personalidad o trastornos adaptativos o de comportamiento.
- Mayor probabilidad de padecer síndromes orgánicos.
- Igual probabilidad para sufrir esquizofrenia que las personas oyentes
- No mayor probabilidad de padecer un trastorno de tipo paranoide
- No menor probabilidad de sufrir depresión o trastornos neuróticos como se había sugerido en las primeras investigaciones.

- La sordera en sí misma no conlleva un especial riesgo de padecer problemas de salud mental; sino que esta vulnerabilidad hacia los problemas de salud mental deriva de ser sordo en una sociedad oyente, en la cual la habilidad para oír se considera necesaria para funcionar.

Población diana

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

La USMS se crea en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Instituto Provincial de Psiquiatría), y por su carácter pionero en esta materia dentro de la Sanidad pública, nace con vocación de atender a toda la población sorda de la Comunidad de Madrid que lo precise, así como de otras Comunidades Autónomas que carezcan de estos servicios específicos. Esta naturaleza de unidad de referencia es el motivo por el que en 2007 ha quedado integrada dentro del Servicio de Psiquiatría y Unidades de Referencia.

La USMS ha establecido un marco de relación y colaboración con el movimiento asociativo de Personas Sordas tanto a nivel nacional como regional. A nivel nacional y desde la puesta en marcha de la Unidad la USMS ha contado con el apoyo institucional de la Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE). Con esta entidad directamente o a través de la Fundación CNSE se mantienen contactos destinados a la divulgación de la actividad de la USMS y a la promoción de la salud mental en el colectivo de Personas Sordas. A nivel regional, la colaboración fundamentalmente es con la Federación de personas sordas de la Comunidad de Madrid, y las asociaciones de personas sordas que en ella se integran. La USMS mantiene también buenos lazos de colaboración con las asociaciones de padres y amigos de las personas sordas, FIAPAS a nivel nacional y FEMAPAS en el ámbito regional.

Especialmente relevantes son también las colaboraciones con entidades científicas del ámbito de la salud mental y la sordera, nacionales e internacionales.

OBJETIVO

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

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

La esquizofrenia es más frecuente en adultos con discapacidad intelectual (1,3 a 3,7 %) que en la población general (0,5 a 1%). La prevalencia de trastornos depresivos en adultos con discapacidad intelectual se sitúa entre el 1,3 y el 4,6%. Se han descrito cambios cíclicos en la conducta y el humor en un 4% de sujetos con discapacidad intelectual. En la población general la prevalencia del Trastorno Obsesivo Compulsivo es del 1%, mientras que los estudios en personas con discapacidad intelectual indican prevalencias entre el 1 y el 3,6%.

El Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual

Las unidades específicamente destinadas al abordaje de la patología mental en el ámbito de la discapacidad Intelectual consideran, al igual que la población infantil y las personas drogodependientes, las personas con discapacidad intelectual cuentan con una serie de peculiaridades que dificultan su abordaje desde los dispositivos de Salud Mental convencionales: requieren mayor tiempo de evaluación, las características clínicas son diferentes a las manifestadas por la población general, suelen requerir de personal especialmente entrenado en la evaluación y tratamiento de sus trastornos, etc.

El Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI) de la Comunidad de Madrid surge en 2008 de la relación de coordinación entre la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

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

Este servicio especializado, se creó dada la complejidad que entraña el diagnóstico de trastorno mental en personas con discapacidad intelectual, lo que requiere de una especialización y de un entrenamiento específico en las habilidades necesarias para la evaluación, observación, interpretación y relación terapéutica de estas personas.

Los **objetivos generales** del SESM-DI son los siguientes:

- 1- **Evaluar, diagnosticar y desarrollar intervenciones** en aquellas personas con discapacidad intelectual atendidas en los Centros de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales que no estén siendo atendidas en los Servicios de Salud Mental de distrito y que presenten problemas psiquiátricos y/o conductuales. Este plan de intervención debe incluir el acercamiento de las personas con discapacidad intelectual que tienen problemas de salud mental a los servicios de salud mental comunitarios.
- 2- **Formar al personal** de los Centros de Salud Mental y de los Centros que dependen de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en la atención a estas personas.

Los **objetivos específicos** del SESM-DI son los siguientes:

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

Dado el impacto que el entorno suele tener en personas con discapacidad intelectual, resulta de crucial importancia realizar su evaluación en su entorno natural, donde tienden a presentarse los trastornos de conducta. Asimismo, dada la dificultad generalmente encontrada a la hora de obtener información por parte de los cuidadores, resulta conveniente entrevistar a la mayor cantidad de miembros del entorno del paciente. Esto es posible únicamente mediante el desplazamiento del personal que compone el equipo de la unidad a los centros que atienden a personas con discapacidad intelectual.

Cuando una persona con discapacidad intelectual leve presenta trastornos de conducta que alteran la convivencia en los centros dependientes de Consejería de Familia y Asuntos Sociales, puede ser etiquetado de Trastorno Mental y derivado a un

dispositivo de hospitalización psiquiátrica de media o larga estancia. A esto hay que añadir la presión de las instancias judiciales para acoger los distintos problemas con pacientes de este tipo. Sin embargo, un dispositivo de estas características no es el entorno terapéutico más adecuado para personas con discapacidad intelectual, que tienen riesgo de ser discriminadas y abusadas por otros pacientes con inteligencia normal.

OBJETIVO 1

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

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

RECOMENDACIÓN:

Evaluar la consecución del objetivo para adecuar los recursos a las necesidades de la población diana

OBJETIVO 2

Coordinación de la atención a las personas con Discapacidad Intelectual leve y trastornos de conducta con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales

La Consejería de Familia y Asuntos Sociales tiene atribuidas las competencias de atención a las personas con Discapacidad Intelectual en su red de dispositivos.

RECOMENDACIÓN:

Coordinar la atención a las personas con Discapacidad Intelectual leve y trastornos de conducta con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales que precisen hospitalización

5. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Existe una seria preocupación en las Asociaciones de Familiares y Usuarios de personas con enfermedad mental de la Comunidad de Madrid en relación a la prevención del suicidio, haciendo especial énfasis en lo que se refiere al desarrollo de actuaciones protocolizadas preventivas dirigidas a pacientes de riesgo que han contactado o se encuentran en contacto con alguno de los Servicios de Atención a la Salud Mental, tanto ambulatorios como hospitalarios.

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

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

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

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

Los datos epidemiológicos para la Comunidad de Madrid señalan que la tasa de mortalidad es menor que en España y en Europa; el suicidio es una causa relativa importante de muerte en jóvenes, causó en 2005 el 8,5% de todas las muertes en hombres y el 9,5% en mujeres entre 15 y 34 años. Las tasas más altas se dan en mayores de 65 años. La mortalidad por suicidio es casi 3 veces superior en hombres que en mujeres. El método más frecuente es el ahorcamiento en los hombres y en mujeres el saltar desde altura.

El análisis de las altas por acto suicida en los hospitales de la Comunidad de Madrid. (**Fuente:** CMBD de la Comunidad de Madrid. 2005) arrojó los siguientes resultados: se registraron 793 casos **de intento de suicidio que requirieron ingreso**, de los que el 40% (314) se dieron en hombres y el 60% (479) en mujeres. La tasa bruta total fue de 13.3 casos por 100.000 habitantes, 10.9/100000 en hombres y 15.6/100000 en mujeres. La media de edad fue de de 42.3 (DE 16.27) años en los hombres y de 38.6 (DE18.34) años en las mujeres. El mayor porcentaje de intentos de suicidio se da en adultos jóvenes, aunque hay que destacar el importante porcentaje en mujeres menores de 19 años (15.9%). Del total de intentos de suicidio ingresados, sólo 2.4% resultaron en "éxitus" y el mayor porcentaje (88%) fueron altas a domicilio. La mediana de estancia ha sido de 6 días. En cuanto a antecedentes de patología mental, en el 82.5% (654 casos) de los casos constaba uno o más diagnósticos de patología mental, bien como diagnóstico principal (123 casos) o secundario.

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

- reducir el acceso a los medios para suicidarse (pesticidas, medicamentos, armas de fuego, etc.)
- tratar a las personas con trastornos mentales, y en particular a quienes padecen depresión, alcoholismo o esquizofrenia
- seguimiento de los pacientes que han cometido intentos de suicidio
- fomentar un tratamiento responsable del tema en los medios de comunicación
- formar a los profesionales de Atención Primaria

Gordon (Gordon, Jr., 1983a) propuso la clasificación previa de los programas para la prevención del suicidio con una aproximación centrada en una valoración entre riesgos y beneficios para diferentes grupos de población, que distinguía entre prevención *universal, selectiva e indicada*. Esta aproximación ha sido recogida para proponer un marco general de intervención preventiva específico para los trastornos mentales (Mrazek y Haggerty, 1994; (Munoz et al., 1995). Los tres tipos de intervenciones de prevención se definen del siguiente modo:

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

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

Prevención Indicada: Intervenciones dirigidas a personas de alto riesgo en las que se han identificado signos o síntomas reducidos pero relevantes y detectables que anticipan el desarrollo de un trastorno mental, o marcadores biológicos o psicológicos que indican una predisposición para desarrollar una enfermedad mental, pero que actualmente no cumplen los criterios diagnósticos del trastorno.

El nivel en el que debería situarse cada tipo de intervención concreta depende de los resultados empíricos obtenidos por las investigaciones y del análisis de costes/beneficios realizado para cada problema y población específicos. A su vez estos tres tipos de prevención pueden aplicarse en tres niveles diferentes de especificidad respecto al contexto concreto de aplicación: intervenciones bio-psico-sociales, intervenciones ambientales, e intervenciones socio-culturales (Plutchik y Van Praag, 1994). Los diferentes programas de prevención del suicidio serán agrupados en cada una de estas dos dimensiones de tres categorías, ofreciendo 9 tipos de estrategias preventivas diferentes, que se reflejan en la siguiente tabla:

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

Las dificultades que se señalan para la implantación de las acciones preventivas derivan de que la prevención del suicidio también requiere realizar intervenciones externas al sistema sanitario, lo que implica una aproximación multisectorial e integral al problema, incluyendo al sector sanitario y al no sanitario, como por ejemplo el educativo, laboral, judicial, policial, religioso, político, legal y de los medios de comunicación.

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

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

Los objetivos específicos estaban constituidos por:

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

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

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo de la conducta autolítica en la Comunidad de Madrid, coordinado por el Prof. Ayuso Mateos (Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid), sobre la población que acude a las Urgencias hospitalarias en el que han participado cuatro Hospitales Generales (Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Hospital Clínico de San Carlos y Hospital Universitario 12 de Octubre).

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

1. Un elevado porcentaje de las personas que han cometido un intento de suicidio vuelven a intentarlo con posterioridad. Las personas que han cometido una tentativa autolítica son un grupo de riesgo que se puede detectar en un número elevado de casos dado que es habitual que tras el intento muchas personas acudan a urgencias. De este modo, parece fundamental que los servicios de urgencia utilicen un protocolo único y compartido para la recogida de información asociada al suicidio.
2. La utilización de un protocolo común que sirva de guía para las intervenciones puede ser útil, especialmente si se utiliza junto a un informe adecuado del paciente. Un informe en el que se consigne toda la información relevante puede asimismo ayudar a la toma de decisiones sobre la derivación del paciente tras el intento autolítico y en futuros contactos con el sistema sanitario.
3. El uso de medidas de conducta suicida como la utilizada en este estudio puede ser útil para monitorizar tendencias poblacionales, así como la eficacia de las intervenciones realizadas en este ámbito.

4. El método de seguimiento epidemiológico utilizado en el puede ser asimismo utilizado como un indicador que permita una evaluación sistemática y continua de la eficacia de las medidas aplicadas en la práctica clínica.
5. En el caso de la población inmigrante, es importante explorar las redes de apoyo socio-familiar y tener en cuenta que pueden ser menores que en el caso de los españoles. Cuando sea necesario, se debe considerar la presentación de los diferentes recursos sanitarios a los que pueden recurrir, enfatizando los beneficios de asistir a los mismos, teniendo en cuenta las barreras para acceder a los servicios sanitarios que tiene dicho colectivo: dificultad idiomática, temor al impacto desfavorable en su situación laboral por el tiempo perdido, miedo a que la situación de irregularidad (en caso de existir) sea descubierta.
6. Sería recomendable explorar las causas de la elevada tasa de intentos de suicidio en las mujeres jóvenes (entre 15 y 29 años) y crear medidas preventivas para este colectivo.
7. Es importante asimismo prestar atención a la población de edad más avanzada (mayores de 65 años), especialmente los varones, entre quienes los suicidios consumados son más elevados y los intentos son de mayor letalidad.
8. En el caso de personas que han cometido intentos de suicidio previos se debe consignar siempre toda la información a pesar de que el paciente sea conocido para el médico, porque puede no serlo para el siguiente médico que lo atienda.

OBJETIVO 1

Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio

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

RECOMENDACIÓN:

Creación del Observatorio Regional del Suicidio

OBJETIVO 2

Implantación de procedimientos clínicos normalizados para la prevención del suicidio

Se considera necesario implantar un protocolo que sirva de guía para la evaluación de los pacientes suicidas en los Servicios de Urgencia de los Hospitales de la Comunidad de Madrid que permita la creación del posterior informe clínico, de modo que siempre se consignen los aspectos considerados fundamentales en la evolución de

los pacientes que han presentado conducta suicidas y se garantice la coordinación con los Servicios de Salud Mental.

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

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

RECOMENDACIONES:

1ª Implantar un protocolo único en los Servicios de Urgencia para la recogida de información asociada a la conducta suicida.

2ª Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de actuación de los Servicios de Salud Mental ambulatorios para pacientes con riesgo suicida.

3ª Implantar protocolos de actuación de enfermería en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica para pacientes con riesgo suicida, de forma generalizada.

OBJETIVO 3

Desarrollo de programas formativos destinados a la prevención del suicidio

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

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

RECOMENDACIONES:

1ª Desarrollar programas formativos de Depresión y Prevención del Suicidio para profesionales médicos y de enfermería en Atención Primaria.

2ª Desarrollar programas formativos de Depresión y Prevención del Suicidio para profesionales de los servicios de emergencias médicas (SUMMA 112 y SAMUR).

3ª Desarrollar programas formativos de Depresión y Prevención del Suicidio para profesionales de servicios sanitarios y sociales de atención a personas mayores.

4ª Desarrollar programas formativos de Prevención del Suicidio para profesionales de Instituciones Penitenciarias.

5ª Desarrollar programas formativos de Prevención del Suicidio para profesionales del medio escolar y universitario

6ª Desarrollar programas formativos de Prevención del Suicidio para sacerdotes

7ª Desarrollar Programas formativos de Intervención en Familiares de Personas con suicidio consumado.

6. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADOS A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES

La integración de la red de atención ambulatoria a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid en el nivel de Atención Especializada, planteada ya como objetivo en el Plan de Salud Mental 2003-2008, constituye una gran oportunidad para avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación que se asocia a las personas con Trastorno Mental.

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

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

- a) Interrumpir los procesos de estigmatización modificando las actitudes sociales prevalentes
- b) Disminuir el impacto que tiene el estigma sobre las personas afectadas y ayudarlas a desarrollar estrategias personales más adecuadas para su manejo

Es importante señalar el papel clave que desempeñan las Asociaciones de Familiares de enfermos mentales y de Usuarios en el diseño y la evaluación de las estrategias de intervención sobre el estigma.

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

En los últimos años se han incrementado las actitudes sociales de rechazo hacia el colectivo de los enfermos mentales y la amplificación de una imagen social negativa que está creando barreras sociales adicionales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginalización de este colectivo y dificultades para su integración y participación social activa. Ello asimismo genera problemas importantes a la hora de poner en marcha centros o recursos de atención comunitaria destinados a las personas con Trastorno Mental Grave y persistente.

En 2005 la Consejería de Familia y Asuntos Sociales desarrolló en la Comunidad de Madrid la investigación “Estigma y Enfermedad mental: análisis de las Actitudes de Rechazo Social y Estigmatización que sufren las personas con enfermedad mental”, en colaboración con la Universidad Complutense y enmarcado en el Plan de Atención Social a las Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007.

A partir del análisis de los resultados de esta investigación se han formulado diversas recomendaciones e indicaciones generales para favorecer la lucha contra el estigma de la enfermedad mental en la Comunidad de Madrid:

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

OBJETIVO

Participación en el diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones para erradicar el estigma asociado al Trastorno Mental Grave

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

RECOMENDACIÓN:

Participar conjuntamente con el movimiento asociativo de familiares y usuarios y con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales en el diseño, desarrollo y evaluación de intervenciones para erradicar el estigma asociado al Trastorno Mental Grave

Análisis de la situación actual

Si bien en el Plan de Salud Mental 2003-2008 no figuraba ninguna referencia específica sobre objetivos y/o actividades relacionadas con la Violencia de Género y Salud Mental, desde la Consejería de Sanidad y en el Plan Regional contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid 2005-2008 ya se contemplaba esta necesidad.

Así, dentro de los recursos propios de la Consejería de Sanidad y en colaboración con la Consejería de Empleo y Mujer, se puso en marcha en marzo de 2005 el **Programa ATIENDE** y desde entonces ha venido funcionando ininterrumpidamente. Esta unidad surge de la necesidad detectada por la Dirección General de la Mujer de la Consejería de Empleo y Mujer de contar con un recurso específico de salud mental y tiene como objetivo la atención en salud mental a víctimas de violencia de género que se encuentran en los recursos vinculados al Observatorio Regional de la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid. Constituido por un equipo multidisciplinar de psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y administrativos, está ubicado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

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

- Red de Puntos Municipales del Observatorio Regional de la Violencia de Género, constituida por 47 puntos distribuidos en la Comunidad de Madrid
- Otros dispositivos de la Dirección General de la Mujer
 - o CAVAS (Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales)
 - o Programa MIRA
 - o Centros de Día
 - o Red de Centros Residenciales de la Dirección General de la Mujer
 - o Derivaciones directas del Punto de Coordinación de la Dirección General de la Mujer

Por otra parte, desde todas las instancias se advierte que para avanzar en la resolución del problema de la violencia hacia las mujeres uno de los elementos claves es la formación del colectivo de profesionales de salud. La Consejería de Sanidad, cuenta con una línea específica de formación en el marco de la Estrategia de Acciones en Salud frente a la violencia hacia las mujeres en las que intervienen un gran número de recursos sociales y sanitarios. Este conjunto de acciones se lleva a cabo a través del Plan de Formación Continuada de la Agencia Laín Entralgo en estrecha colaboración con la Comisión Técnica, que coordina las acciones sanitarias dirigidas a la atención de las mujeres víctimas de violencia de pareja, formada por diversos servicios y unidades de la Consejería de Sanidad y la Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid.

La Consejería de Sanidad, a través del Plan de Formación Continuada 2008 que ha llevado a cabo la Agencia Laín Entralgo, ha formado a más de 1.600 profesionales, de toda la red sanitaria pública, en materia de violencia de pareja hacia las mujeres, a

través de 68 actividades formativas que suman 733 horas lectivas. Los objetivos de esta formación son mejorar la atención integral a la salud de las mujeres víctimas de violencia de pareja, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, e incrementar la detección de casos de violencia de pareja hacia la mujer.

En cuanto a los profesionales de Atención Especializada, la Agencia Laín Entralgo ha organizado actividades formativas dirigidas específicamente a los integrantes de las comisiones hospitalarias contra la violencia. Además, se ha completado la formación de, al menos, un profesional de psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social de cada centro de salud mental de la Comunidad de Madrid. En estos cursos se han formado 610 profesionales. A esta formación hay que añadir las jornadas y cursos que tienen lugar en los propios hospitales. En 2008 se han realizado varios cursos en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y jornadas, entre otros, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Hospital Universitario de Fuenlabrada y Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Es un objetivo incluir en el Plan Estratégico de Salud Mental 2009-2011 aquellas acciones encaminadas, tanto a contemplar la salud con perspectiva de género como a procurar un abordaje integral de la salud mental de las mujeres en situaciones de violencia de género.

Justificación

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 48/104 del 20 de diciembre de 1993, afirmó que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales, reconociendo que constituye una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, y manifestando su preocupación porque este tipo de violencia supone un obstáculo para el logro de los objetivos de igualdad, desarrollo y paz. Proclamó así la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, instando a que se hagan todos los esfuerzos posibles para que sea universalmente conocida y erradicada.

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

El Instituto de la Mujer ha realizado 3 macroencuestas poblacionales telefónicas sobre violencia contra las mujeres en los años 1999, 2002 y 2006. Según sus resultados, la prevalencia de mujeres “técnicamente” maltratadas (según criterios definidos por el equipo investigador) fue en los diferentes años de 12,4%, 11,1% y 9,6%. Sin embargo, solo el 4,2%, 4,0% y 3,6% respectivamente, se autodeclaraban como maltratadas. Esta diferencia entre prevalencias según la definición técnica o la declaración de las mujeres, se podría explicar por la falta de reconocimiento como maltrato de algunas de las conductas violentas.

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

La *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, contempla actuaciones específicas en el ámbito sanitario, destacando la importancia de nuestro sector en la lucha contra este tipo de violencia. En el Artículo 15 se contemplan actuaciones de sensibilización y prevención, con el fin de optimizar el diagnóstico precoz, la asistencia integral y la rehabilitación de las mujeres en situaciones de violencia de género. Además, el Artículo 32.3 promueve la aplicación, permanente actualización y difusión de protocolos que contengan pautas uniformes de actuación sanitaria ante la violencia de género. Así, y en base al Artículo 16 de esta misma ley, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituyó en el año 2004 una Comisión contra la violencia de género, elaborándose en 2007 un Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género.

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

Por otra parte, la publicación de la Guía de Actuación en Atención Primaria para violencia de pareja hacia las mujeres y su correlato en Atención Especializada (pendiente de publicación) ilustran los avances que en esta materia se están produciendo.

Desde los servicios sanitarios se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a las mujeres que sufren violencia, ya que la mayoría de las mujeres entran en contacto con los servicios de salud en algún momento de su vida (embarazo, parto, cuidado médico de los hijos o hijas, cuidado de las personas mayores, etc.). Además, los malos tratos afectan pronto a la salud de las mujeres por lo que éstas acuden más a los servicios sanitarios y, en particular, a Atención Primaria, Servicios de Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental. Por ello, el Plan de Salud Mental 2009-2011 de la Comunidad de Madrid, pretende contemplar su abordaje como eje transversal que guíe la actuación de los Servicios de Salud Mental en materia de violencia de género.

Conceptualización: definiciones

La Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993 estableció que la violencia contra las mujeres es “todo acto de violencia basado en la

pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Según los estudios de la Dirección General de Atención Primaria, a través de la Comisión Técnica Regional del Servicio de Epidemiología de la Comunidad de Madrid, un 10% de las madrileñas de entre 18 y 70 años han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja, ya sea física, psicológica o sexual, con graves repercusiones tanto para la salud de las mujeres como para las personas a su cargo dentro del núcleo familiar, sean hijos o ascendientes.

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

- **Violencia física:** comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer.
- **Violencia sexual:** ocurre siempre que se impone a la mujer un comportamiento sexual contra su voluntad, se produzca por parte de su pareja o por otras personas. Es necesario distinguir entre agresión sexual, abuso sexual y violación.¹

Las *agresiones sexuales* comprenden cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado con violencia o intimidación. Existen *agresiones sexuales sin contacto corporal* (exhibicionismo, forzar a ver material pornográfico, mensajes por correo o por teléfono u otras formas de comunicación, gestos, observaciones y palabras obscenas, insultos sexistas, acoso, proposiciones sexuales indeseadas y voyerismo) y *agresiones sexuales con contacto corporal*, tanto si el contacto se produce con el agresor como con un tercero a instancias del agresor (tocamientos, caricias, masturbación del agresor, obligación de adoptar posturas que la mujer considera degradantes,...).

Los *abusos sexuales* comprenden también cualquier atentado contra la libertad sexual de otra persona, realizado sin violencia ni intimidación, pero sin que medie consentimiento. Se consideran abusos sexuales no consentidos (además de los que se ejecutan sobre menores de 13 años) aquellos en los que el consentimiento se obtiene prevaliéndose el responsable de una situación de superioridad manifiesta que coarte la libertad de la víctima, como puede suceder en algunas relaciones de pareja.

Finalmente, la *violación* consiste en una agresión sexual o abuso sexual en la que hay penetración con el órgano sexual por vía vaginal, anal o bucal o la introducción de cualquier clase de objeto o miembros corporales (por ejemplo los dedos) por vía vaginal o anal.

¹ Código Penal, título VIII: Los Delitos contra la Libertad e Indemnidad sexuales. Capítulo I y II.

- **Violencia psicológica:** conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento del hombre. Sus manifestaciones son las amenazas, insultos, humillaciones o vejaciones, la exigencia de obediencia, el aislamiento social, la culpabilización, la privación de libertad, el control económico, el chantaje emocional, el rechazo o el abandono. Este tipo de violencia no es tan visible como la física o la sexual, es más difícil de demostrar, y en muchas ocasiones no es identificada por la víctima como tal sino como manifestaciones propias del carácter del agresor.

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

A todas estas formas de violencia se les denomina “violencia de género” y es aquella ejercida por los hombres contra las mujeres. Las actuaciones estarán más centradas en la violencia ejercida por la pareja o expareja, por ser las formas de violencia más comunes tanto en nuestro país como en nuestra Comunidad.

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

Finalmente, no debemos olvidar que existen colectivos de mujeres que por sus características personales o por su situación social o legal, necesitan una atención específica que dé respuesta a sus necesidades concretas de salud. Tal es el caso de las mujeres con discapacidad física o psíquica, las mujeres inmigrantes, las mujeres en situación de exclusión social o las mujeres de entornos rurales. La vulnerabilidad en que se encuentran estos colectivos, en lo que al maltrato se refiere, obliga al personal sanitario a ser sensibles a sus necesidades específicas.

OBJETIVO GENERAL 1

Establecimiento de pautas de actuación para profesionales

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aumentar la detección precoz de mujeres, hijos e hijas víctimas de violencia de género en la población que acude a Servicios de Salud Mental.
2. Contribuir a la sensibilización de profesionales acerca de la magnitud, gravedad e impacto en salud mental de la violencia de género.

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

RECOMENDACIONES

Las actividades que se proponen para la consecución de estos objetivos deben incluir:

1ª Realizar la detección de violencia de género en servicios de salud mental, servicios de urgencias y unidades de hospitalización (breve, media y larga estancia).

La alta frecuencia de Violencia de Género nos hace pensar que es necesario investigar la existencia de la misma de forma rutinaria en todas las intervenciones que se realicen en el ámbito de la Salud Mental. En consultas de Salud Mental lo más importante es tener en mente la posibilidad de que exista abuso y evitar escuchas sesgadas. Se pueden introducir preguntas directas. Si se encuentran resistencias y se sospecha que existe Violencia de género se recomienda seguir explorando en situación familiar (hijos, f. origen, red social), explicitar dificultad del tema, ofrecer posibilidad de acudir a otros recursos,...

2ª Intervenir² en servicios de salud mental y en unidades de hospitalización.

² Algunos errores frecuentes en la intervención son:

- **Tendencia a psicopatologizar.**
- **Intento de abordar el problema frente a los modelos psicoterapéuticos convencionales:** En este sentido, conviene tener en cuenta que si no consideramos la especificidad del fenómeno del maltrato y aplicamos modelos convencionales psicoterapéuticos corremos el riesgo de culpabilizar a la víctima produciéndose los llamados fenómenos de revictimización.
- **La no consideración de la variable “género” en el diagnóstico del problema:** Hay dos variables fundamentales para la comprensión del fenómeno que son el poder y el género. EL conocimiento de construcción de los géneros y su relación con problemas relacionados con los vínculos abusivos, produce riesgos de malas intervenciones. Es fundamental rechazar prácticas que transmiten culpa y responsabilidad a las mujeres que han sido víctimas de experiencias de violencia física , psicológica y/o sexual.
- **Los conceptos de “neutralidad”, “secreto” y “privacidad”:** En el caso del maltrato familiar, las situaciones pueden perpetuarse si el contexto externo las legitima. Los intentos por obviar o minimizar el abuso deben ser bloqueados por el o la terapeuta, sea cual sea su orientación epistemológica.

De una forma general, el objetivo fundamental es permitir a la paciente hablar progresivamente de su relación traumática con el agresor ayudándola así a visibilizar la naturaleza de su relación abusiva y superar la negación, culpa y otras secuelas psicológicas que el maltrato le ha producido. Posteriormente se tratará de encontrar y poner en práctica los recursos psíquicos que posee y que le permitirán -junto con la conexión a su red social- comenzar una nueva vida.

3ª Coordinar las acciones con otros dispositivos.

La complejidad de la actuación del maltrato a la mujer en la relación de pareja hace necesario un abordaje multidisciplinar, dinámico y coordinado entre profesionales de distintos sectores: sanitarios (de atención primaria y especializada), servicios sociales, dispositivos específicos de atención a la mujer, servicios policiales e instancias judiciales. Esta gran cantidad de profesionales, que intervienen con frecuencia en estos procesos, hace necesario que se establezca una figura que coordine las distintas actuaciones.

4ª Actuar en colectivos vulnerables.

Contemplar la población en riesgo de exclusión social, patologías psicóticas que pueden hacer más difícil la detección e intervención, mujeres con discapacidad, etc.

5ª Intervenir en menores.

Es importante considerar que ser testigo de violencia de género es una forma más de violencia infantil y que tiene distintas consecuencias psicopatológicas en los menores por lo que se hace necesario evaluar la situación clínica y social de menores inmersos en ambientes en los que existe violencia de género.

OBJETIVO GENERAL 2

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

En muchas ocasiones se requiere de intervenciones multidisciplinarias, por lo que se hace necesaria la coordinación entre todos los profesionales con la finalidad de dar una respuesta integral e integrada a este tipo de situaciones. Además, dada la inespecificidad de los indicadores de esta violencia, resulta difícil identificar situaciones de maltrato donde el resultado no sean lesiones físicas. Si el personal sanitario es capaz de profundizar en una relación terapéutica en aquellos elementos que tienen que ver con su forma y estilo de vida, con sus problemas y su situación familiar, se podría obtener un diagnóstico acertado. La detección de la situación de violencia por parte del personal sanitario predispondrá a la ruptura del silencio, que supone el primer paso para la comprensión y visualización del problema. El no reconocimiento de una situación de maltrato como condicionante de un problema de salud, especialmente por figuras dotadas de "autoridad" como es el personal sanitario, puede conllevar una nueva victimización para la mujer que podría contribuir a la cronificación del maltrato y a una intervención iatrogénica.

En este apartado se establecen unos criterios e indicadores de calidad en la atención a las situaciones de violencia de género que precisen intervenciones de salud mental.

RECOMENDACIONES:

1ª Incluir en la formación continua del personal sanitario aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades en materia de violencia de género.

2ª Realizar sesiones clínicas multidisciplinares sobre casos que hayan sido abordados en el centro o servicio.

3ª Realizar sesiones con profesionales de otras instituciones que también intervienen con mujeres víctimas de violencia de género.

4ª Incluir en la historia clínica un apartado que registre información sobre una posible situación de maltrato.

5ª Realizar un abordaje multidisciplinar que considere el trabajo en equipo como una garantía de atención a la mujer y autocuidado para los profesionales.

6ª Desarrollar un registro de casos para favorecer la investigación sobre la violencia y sus consecuencias, factores de riesgo y formas de intervención.

7ª Realizar psicoterapia en la atención a la salud mental de las mujeres víctimas de la violencia de género.

8ª Incorporar elementos que permitan visibilizar los espacios de salud mental como "espacios libres de violencia" y en los que se puede ofrecer ayuda.

9ª Fomentar a través de la relación del personal sanitario con la paciente actitudes, valores y actividades que favorezcan la autonomía personal de la mujer y el ejercicio de sus derechos personales, sexuales y en sus relaciones.

10ª Incluir en las actividades de Educación para la Salud desde los servicios de salud mental contenidos de sensibilización y prevención de la violencia contra las mujeres.

11ª Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal de salud mental.

12ª Proponer la participación de los servicios de salud mental en acciones, campañas, jornadas relacionadas contra la violencia de género que estén realizando las instituciones y organizaciones sociales.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

En este apartado se establecen unos criterios e indicadores cuantitativos y cualitativos para valorar tanto el grado de sensibilización y formación como de atención a las situaciones de violencia de género que precisen intervenciones de salud mental.

1. Número de actividades de sensibilización y formación realizadas en salud mental.
2. Número de profesionales que han participado en estas actividades de formación y sensibilización.
3. Número de equipos de coordinación o de referencia creados por zonas (profesionales que actúen como referentes en las cuestiones sobre la prevención,

atención y coordinación de casos de violencia de género en un determinado distrito).

4. Número de casos nuevos detectados.
5. Número de casos derivados a consultas especializadas por este motivo.
6. Número de partes de lesiones emitidos.
7. Número de casos remitidos a asociaciones/organismos de víctimas y dispositivos pertenecientes al Observatorio Regional de la violencia de género.
8. Número de actuaciones realizadas por las Comisiones Hospitalarias contra la Violencia.

- Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Diciembre 1993. Asamblea General de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1286.pdf>
- Guía de Actuación en Atención Primaria para el abordaje de violencia de pareja hacia las mujeres. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad>
- Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002. Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm
- La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública, 2003. Documentos Técnicos de Salud Pública 86. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad>
- La violencia de pareja contra las mujeres y los servicios de salud, 2005. Documentos Técnicos de Salud Pública 92. Instituto de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad>
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género (Boletín Oficial del Estado (BOE) de 28 de diciembre de 2004. Disposiciones generales. Jefatura de estado). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Ley 5/2005, de 29 diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid (BOCM). Disponible en: <http://www.madrid.org>
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer. Estadísticas. Mujeres en cifras. Violencia. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/index.htm#violencia>
- Organización de las Naciones Unidas. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. 1995. Disponible en: <http://www.onu.org/documentos/confmujer.htm>
- Plan de Acción Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid 2005-2008. Dirección General de la Mujer, Consejería de Empleo y Mujer de la Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org>
- Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008. Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad. Disponible en: <http://www.madrid.org/sanidad>
- Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.msc.es>
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento

para su actualización. Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Oficial del Estado (BOE) de 16 de septiembre de 2006. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

- Violencia Doméstica. SEMFYC. Madrid; 2003. Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria con la colaboración del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: <http://www.semfyc.es>

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

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

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

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

Los grupos ya establecidos que intervienen en el primer momento están conformados de acuerdo con la normativa legal. Conocen sus funciones y actúan con arreglo a protocolos de intervención. Se encuentran permanentemente activos y poseen gran capacitación profesional, estando bien formados en Intervención en crisis. Son grupos de experiencia y efectividad contrastada. Gozan de reconocimiento nacional e internacional, siendo un referente de eficacia. Poseen una gran autonomía y son autosuficientes, lo que aconseja que exista un esquema de intervención conjunta si llega a ser necesario. Habría que establecer funciones, que conocen sobradamente, y como articularlas.

Respecto de la intervención de los voluntarios hay que señalar que en ocasiones es más desbordante que lo que requiere la propia situación asistencial. La principal preocupación proviene de los voluntarios que se presentan con una indudable motivación y un deseo encomiable de ayudar, pero sin estar previamente censados, sin que exista un filtro que indique su idoneidad para las tareas que realiza, sin ni tan siquiera saber cuál es el criterio que se ha seguido para que estén ahí, más allá de su propia decisión. Este es un asunto que debería

alertar a los responsables de llevar a cabo estas tareas. Además habría que plantearse si poseen una formación y experiencia para llevar a cabo unas funciones que pudieran tener resultados paradójicos o contraproducentes si se parte de un paradigma equivocado.

A pesar del aprendizaje que resulta de eventos anteriores, persiste una situación que es necesario que sea regulada. En determinadas circunstancias, es probable que se tenga que recurrir a voluntarios y no pueda ser de otra manera. Entonces, la obligación de los organismos responsables ha de ser la convocatoria y selección de intervinientes. Los voluntarios no pertenecientes a grupos establecidos, sin experiencia en las funciones que realizan, pudieran revictimizar o acentuar los problemas ya existentes ¿Quién les moviliza? ¿Con qué criterios? ¿Tienen experiencia contrastada? ¿Quién les forma?

En 2003 la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental hizo una convocatoria de voluntarios, partiendo de su propia red de profesionales. Fueron convocados en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla y allí se planteó el proyecto de desarrollar un Plan de Catástrofes. La afluencia fue masiva, lo que puso de manifiesto el éxito de la convocatoria y la respuesta. Sin embargo, posteriormente se perdió este potencial humano y profesional debido al obstáculo que suponía la Ley de Voluntariado Social de la Comunidad de Madrid (Ley 3/94 de 19 de mayo de 1994 y la Ley de Voluntariado (Ley 6/96 de 15 de enero de 1996).

En el año 2005 la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental constituyó una Comisión de trabajo con representantes de SAMUR, SUMMA-112, Cruz Roja, Protección Civil, Protección Ciudadana y otros profesionales cualificados. El objetivo era desarrollar un Protocolo de Atención Psicosocial en Emergencias Masivas y Catástrofes³ que hiciera posible la coordinación de las distintas instituciones, criterios de intervención y esquema en el que se integrarían todos los intervinientes, señalando de modo especial la cadena de mando y organización de la respuesta.

Como consecuencia se ha avanzado en la experiencia que han aportado estos eventos pero no así en la organización de una respuesta coordinada y sólida que integre los abundantes recursos, propiciando la aparición de todo tipo de personas sin identificar o identificados por delegación, es decir por cada grupo con el que acuden. En estas circunstancias la eficacia está muy comprometida, y de hecho es muy improbable que se de en otras profesiones, ya que pudieran estar llevando a cabo tareas muy delicadas personas que podrían no tener ni tan siquiera la cualificación indispensable. Estas consideraciones hacen necesario el control del acceso de intervinientes al área en que se produce la intervención, limitando las actuaciones no autorizadas

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

³ Gestión de Emergencias Masivas. La intervención de los Servicios de Salud Mental en Catástrofes.

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

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

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

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

Para llevar a cabo la elaboración del protocolo debe contarse con la participación de representantes de todos los grupos intervinientes e implica la delimitación clara de tareas y responsabilidades. La difusión del protocolo de intervención facilitaría su conocimiento y evaluación posterior. Parece obligado, si se pretende ganar en eficacia, su conocimiento previo por parte de todos los agentes que intervienen, así como por las jerarquías, responsables y los canales de comunicación. Debe especificar los diferentes grupos de intervención, los mecanismos de coordinación y los responsables de activar las líneas de comunicación para evitar lagunas, mensajes contradictorios o mensajes que añadan confusión. Es imprescindible que cada interviniente esté perfectamente identificado, evitando intrusismo y mala praxis.

OBJETIVO 1

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

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

En el documento se deben definir jerarquías, responsables y los canales de comunicación.

RECOMENDACIONES:

- 1. Constituir un Comité de Expertos en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental para desarrollar un protocolo-marco destinado a llevar a cabo las tareas asistenciales y de apoyo psicológico dirigidas a las víctimas de situaciones de emergencia masiva y catástrofes***

en sus diferentes fases y la identificación de los síntomas de Estrés Traumático Agudo que indiquen la evolución hacia la no superación del conflicto.

- 2. Crear un censo de profesionales de Salud Mental para intervención en catástrofes que, partiendo del voluntarismo, reúnan las aptitudes y habilidades para desarrollar las tareas en cualquiera de las fases. Los grupos han de estar constituidos, así como la red que ha de estar estructurada y ha de ser conocida por todos los integrantes. La identificación y normas de movilización y actuación han de existir antes de que ocurra el suceso.*
- 3. Diseñar un programa de formación específica de Intervención en Crisis y Psicotrauma para intervinientes, teniendo en cuenta la especificidad de cada fase.*
- 4. Desarrollar programas de intervención que se implementarán en el esquema global de actuación, con simulacros, ejercicios y participación en jornadas comunes con otros grupos de la red preestablecida de intervención.*
- 5. Evaluar el protocolo a partir de las actuaciones llevadas a cabo en simulacros y después de afrontar un evento real y en base al informe de las propias personas que han sido tratadas.*

OBJETIVO 2

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

Los niños y adolescentes son una población de riesgo, más vulnerable que los adultos, a la aparición de alteraciones mentales como consecuencia de acontecimientos traumáticos agudos o crónicos. Las consecuencias de ello pueden ser graves y perdurables, afectando a todo el desarrollo de la personalidad del menor y a su ajuste psicosocial presente y futuro. A pesar de ello, es un hecho constatado en todos los países, que sólo una minoría de menores afectados por situaciones traumáticas agudas o crónicas reciben la ayuda necesaria en salud mental.

Por otro lado, el incremento de las situaciones de violencia que afectan a los menores es creciente. Además, la sensibilidad de la población general ante este tipo de hechos y la conciencia social de la necesidad de atención en salud mental de estos niños y adolescentes también ha experimentado un cambio sustancial en los últimos tiempos. La experiencia del 11 de Marzo, y la creciente demanda posterior para la intervención con menores en situaciones traumáticas, ha puesto de manifiesto la utilidad de mantener un dispositivo estable, como lo ha sido la Unidad Móvil del 11-M, para intervenir con menores afectados por situaciones traumáticas agudas. Por otro lado, los menores afectados por situaciones traumáticas (agudas y crónicas), presentan en algunos casos sintomatología muy grave, con dificultades en cuanto a diagnóstico y tratamiento y necesidad de intervenciones muy complejas (por las condiciones sociofamiliares y la disparidad de instituciones que intervienen) que muchas veces exceden las posibilidades de abordaje desde los Programas Infanto-Juveniles de los Centros de Salud Mental por el tiempo que consumen y por la necesidad de formación más específica.

RECOMENDACIONES:

1. ***Considerar la Unidad de Atención en Salud Mental a Menores en Riesgo Psíquico (UMERP) integrada en el Servicio de Psiquiatría y Unidades de Referencia del Hospital General Universitario Gregorio Marañón como***
 - ***Dispositivo estable para coordinación y atención a menores afectados en situaciones de emergencias masivas.***
 - ***Dispositivo especializado de segundo nivel para la atención en salud mental a los menores víctimas de situaciones traumáticas y a sus familias***
 - ***Punto de referencia institucional en salud mental para los recursos regionales de otras instituciones no sanitarias que prestan atención psicológica a menores víctimas de acontecimientos traumáticos***
2. ***Como consecuencia de ello se hace imprescindible establecer un Convenio de Colaboración entre el Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112) con dicha Unidad y para optimizar su intervención en las situaciones que así lo exijan.***

9. SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN

Desde enero a mayo de 2008, en la Comunidad de Madrid se empadronaron cada día 168 extranjeros, hasta alcanzar la cifra de 1.085.869 inmigrantes empadronados en la región, lo que representa el 16,9% de la población madrileña. La Comunidad de Madrid es la segunda Comunidad Autónoma con mayor porcentaje de inmigrantes en relación a la población total extranjera en España, sólo por detrás de Cataluña, y la tercera región con más inmigrantes en términos relativos, tras Baleares y la Comunidad Valenciana. Se estima que hay un 5 a 10% de la población extranjera que no está empadronada por diferentes motivos.

En relación a las nacionalidades mayoritarias en la Comunidad de Madrid, Rumanía cuenta con la mayor cantidad de extranjeros en la Región, con 200.112 personas, que representan el 18,4% de la población total extranjera. Los ecuatorianos son la segunda nacionalidad con mayor número de inmigrantes en la Región, con 142.109 personas, lo que corresponde al 13% del total de extranjeros. Le siguen los marroquíes con 88.626 personas y los colombianos con 73.954. En términos relativos, es decir, en los porcentajes calculados sobre cada una de las nacionalidades, la paraguaya es la que ha experimentado el mayor incremento con 11% más; así, esta población ha pasado de 23.234 inmigrantes en enero de 2008 a 25.713 en mayo. El número de chinos y brasileños ha aumentado en un 7%; los inmigrantes chinos han pasado de 35.412 a 37.859; y los brasileños de 24.691 a 26.371. En cuanto al origen de los extranjeros residentes en Madrid por continentes, los nuevos madrileños proceden principalmente de América (46%), seguidos de los nacidos en Europa (35%) y de los africanos (12%). El 52% de los extranjeros reside en el municipio de Madrid con 563.116 personas; el 36% vive en las coronas metropolitanas y el 12% en municipios no metropolitanos. Después de Madrid, el segundo municipio con mayor número de inmigrantes es Alcalá de Henares con 42.715 personas, seguido de Fuenlabrada con 31.874, Móstoles con 28.859, Parla con 28.341 y Getafe con 26.626 inmigrantes. Del total de inmigrantes empadronados el 48,95% son mujeres y el 51,05% son hombres. La población inmigrante que reside en Madrid es joven con una media de 30,9 años de edad. El 83,5% de extranjeros tiene entre los 14 y 64 años. De ellos, el grupo de edad que ha experimentado mayor crecimiento ha sido el grupo de inmigrantes de entre 30 y 34 años.

El nuevo escenario clínico que la llegada de personas inmigrantes ha producido está demandando –especialmente en el ámbito de la salud mental- una adecuación y una amplificación de la totalidad del paradigma psiquiátrico hoy vigente. La inmigración, una decisión vital fundamental, tiene importantes consecuencias psicológicas y sociales para el individuo y para el grupo familiar. Como la dimensión cultural es constitutiva del ser humano, la adecuación y amplificación señaladas deben incluir de manera preponderante, una rigurosa reformulación en términos transculturales del espacio sanitario y de la relación clínica, de manera de poder paliar las consecuencias psicológicas y sociales negativas que potencialmente puede generar el proceso migratorio.

OBJETIVO**Mejora de la atención a la Salud Mental de la población inmigrante**

Las acciones deben estar dirigidas a la mejora en las áreas de formación, perfeccionamiento, atención clínica, organización de los servicios e investigación.

RECOMENDACIONES:

1ª Acreditar estándares de competencia cultural de los profesionales de la salud mental para médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros y trabajadores sociales y en la formación de los residentes de las Especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería en Salud Mental y en los programas asistenciales.

2ª Disponer de la posibilidad de trabajar con intérpretes y mediadores culturales. Formar a los profesionales para trabajar con los mismos y ofrecer formación a los intérpretes para desarrollar su trabajo con pacientes psiquiátricos.

3ª Identificar las dificultades en el acceso a los servicios que sufre la población inmigrante. La baja utilización de los recursos asistenciales en algunos grupos de inmigrantes puede estar debida a su percepción de que serán estigmatizados por su comunidad si consultan, a las dificultades del lenguaje, al temor de las diferencias culturales y al temor de encontrar actitudes xenófobas en los servicios.

4ª Facilitar apoyo y supervisión a los médicos de Atención Primaria en aquellos cuadros psiquiátricos que no necesiten de una intervención especializada.

5ª Estimular trabajos de investigación en el área de la psiquiatría transcultural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de la Población Extranjera Empadronada en la Comunidad de Madrid. Mayo 2008. Consejería de Inmigración y de Cooperación. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/satellite>
2. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://.ine.es/prensa/np503.pdf>
3. Development and Evaluation of a Cultural Consultation Service in Mental Health. Final Report. Project N° QC424. Health Transitions Fund of Health Canada. Disponible en: www.mcgill.ca/psychiatry/ccs
4. Balbo E. Salud mental e inmigración magrebí. Salud Global. Salud Mental en Atención Primaria 2004; IV (4): 1-7. Disponible en: <http://www.grupoaulamedica.com/aula/SALUDMENTAL4-2004.pdf>

9. INFORME TÉCNICO: PSICOTERAPIA

Informe elaborado para el Plan Estratégico de Salud Mental 2009-2011 de la Comunidad de Madrid por el Prof. Dr. José Luís González de Rivera Revuelta. Catedrático de Psiquiatría, Jefe del Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz.

En la elaboración de este informe, el experto ha recurrido, además de a las fuentes bibliográficas y documentales pertinentes, a la opinión de numerosas personas relacionadas con la psicoterapia, entre las que se encuentran responsables de asociaciones profesionales y científicas, miembros de comités de acreditación de psicoterapeutas, catedráticos de psiquiatría y de psicología, directores de programas universitarios de formación en psicoterapia y psiquiatras y psicólogos competentes para el ejercicio clínico de la psicoterapia. La visión extraída de estas conversaciones permite construir un panorama razonablemente homogéneo, en el que no faltan algunas contradicciones. Aunque basadas en opiniones ajenas, a las que debe atribuirse todo el mérito, las conclusiones que siguen y las recomendaciones que de ellas se derivan son de la exclusiva responsabilidad del experto que las emite, en el ejercicio del compromiso contraído, de la manera más objetiva y razonable posible, sin miramiento alguno por intereses gremiales o personales.

1. Naturaleza de la Psicoterapia

1.1 Definición. Las numerosas definiciones de psicoterapia abarcan todo el panorama que va desde lo más filosófico hasta lo más práctico y operativo. Alguna confusión deriva de la oposición entre dos maneras de entender el significado etimológico de la palabra, que tanto puede ser “terapéutica *de* la mente” como “terapéutica *mediante* la mente”. En rigor, podemos integrar ambas acepciones diciendo que es la terapia *de* los procesos mentales (del paciente) *mediante* la aplicación de los procesos mentales (del terapeuta y del paciente unidos en alianza terapéutica). Para prevenir controversias, aclaro incidentalmente que en la expresión “procesos mentales” se entienden incluidas su proyección externa en la conducta y sus efectos interpersonales en las relaciones humanas.

1.2 Evolución. Parte de las dificultades actuales en la integración asistencial de la psicoterapia derivan de su evolución en tres líneas de origen independiente. La primera tiene su origen en la *biotechné* o “técnica de vida” de los filósofos griegos, sistemas de pensamiento que pretenden conseguir una experiencia vital plena y satisfactoria. “Más Platón y menos Prozac”, el reciente libro de Lou Marinoff, da una visión actualizada de esta corriente. La segunda es obra de los pioneros de la psiquiatría del siglo XIX, de los cuales el más conocido, pero no el único, es Sigmund Freud. La obra principal de otro precursor, Pierre Janet, lleva por título “*Les médications psychologiques*”. La tercera se inicia con el rápido desarrollo de las Facultades de Psicología a partir del segundo tercio del siglo XX y ha ido adquiriendo una creciente presencia en el ámbito sanitario.

1.3. Estado actual. Tanto el psicoanálisis como la terapia de la conducta han perdido su cualidad monolítica y casi religiosa, dando numerosas derivaciones a las que se han ido uniendo enfoques procedentes de la psicología cognitiva, de la hipnosis y de las técnicas de meditación. Las más diversas propuestas psicoterapéuticas han sido sometidas a estudio experimental. Las controversias teóricas y los argumentos

filosóficos han dejado paso al estudio controlado y a la psicoterapia basada en las pruebas. Las antiguas comparaciones generales del tipo de “cuál es la mejor terapia” o la más científica, o la más eficaz, etc, han sido sustituidas por la búsqueda de criterios operativos para identificar la técnica que tiene mayor probabilidad de éxito en cada patología y en cada tipo de paciente. El tratado de Frances y Clarkin “Differential Therapeutics in Psychiatry” es un modelo de esta línea de investigación.

2. Psicoterapia en Salud Mental

2.1 Indicaciones. Algunos trastornos mentales y situaciones de riesgo responden de manera rápida y eficaz a intervenciones psicoterapéuticas relativamente sencillas, como los trastornos adaptativos, muchos trastornos de ansiedad, las crisis, los duelos patológicos y traumas menores recientes. Otros requieren terapias más complejas y prolongadas, como los trastornos de personalidad. Un porcentaje importante de trastornos depresivos responde mejor al tratamiento psicoterapéutico que al farmacológico, aunque en la inmensa mayoría de los casos es necesaria la combinación terapéutica. Lo mismo puede decirse de las psicosis, en las que tanto la respuesta terapéutica inmediata como la evolución a largo plazo son mejores con las terapias combinadas.

2.2 Profesionales. Es clara competencia de los especialistas en psiquiatría y en psicología clínica la práctica de la psicoterapia. Por otra parte, médicos y psicólogos no especialistas han obtenido formación a través de iniciativas privadas y su capacitación ha sido reconocida o acreditada por organismos profesionales, como el Colegio de Médicos o el Colegio de Psicólogos. La Asociación Española de Neuropsiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría contemplan programas de acreditación de psicoterapeutas. Finalmente, existe en Europa, especialmente en países donde el “counseling”, laico o eclesiástico, tiene una larga tradición, una propuesta de psicoterapia como una “tercera profesión”, independiente de la psicología y de la medicina. La FEAP, Federación que agrupa a un buen número de organizaciones privadas dedicadas a la enseñanza de la psicoterapia, (aunque no a todas) es la representante en España de esta tendencia.

2.3. Prestación. La introducción progresiva de la psicoterapia como prestación requiere una planificación coherente que parta de la coordinación de las distintas iniciativas y de su integración en un proyecto común. En concreto, es necesario tomar decisiones estratégicas consensuadas sobre

- 1) los distintos niveles de intervención,
- 2) el (los) modelo(s) aplicables a cada nivel,
- 3) la combinación de terapias biológicas y psicológicas,
- 4) los programas de formación continuada y
- 5) los procesos de evaluación y supervisión.

3. La formación de psicoterapeutas.

3.1 Médicos. España se ha sumado recientemente al número de países desarrollados, como Alemania, Suiza y Canadá, que incluyen de manera oficial la psicoterapia en el

programa de formación MIR en psiquiatra. El último programa de la Comisión Nacional de Especialidades ofrece además la opción de subespecialización específica en psicoterapia. Ya desde el II Congreso Nacional de Psiquiatría (Valencia, 1997) la Sección de Psicoterapia de la Sociedad Española de Psiquiatría propuso tres niveles de **formación del médico en psicoterapia:**

1. Nivel de licenciatura en Medicina: Principios teóricos sobre el funcionamiento mental y mecanismos de acción de los distintos procedimientos psicoterapéuticos. Comprensión operativa de la naturaleza y desarrollo de la relación médico-enfermo. Técnicas básicas de intervención psicofisiológica y de educación psíquica. Desarrollo de una actitud ética ante el enfermo.
2. Nivel de especialista en Psiquiatría: Conocimiento operativo de los principios de terapéutica diferencial y de combinación terapéutica. Habilidades de evaluación y modificación interactiva de procesos mentales y procedimientos de intervención. Desarrollo personal de capacidades psicológicas de autoconocimiento y autorregulación.
3. Nivel de subespecialista en psicoterapia. Profundización teórica y experimental en mecanismos de acción psicoterapéutica. Desarrollo y ensayo clínico de procedimientos integrados. Desarrollo de la capacidad docente y formativa en los aspectos teóricos, prácticos y actitudinales de la psicoterapia. Conocimiento y comprensión directos de los propios procesos de actualización y maduración psicológica.

3.2 Psicólogos. La licenciatura de psicología incluye una asignatura específica sobre tratamientos psicológicos y varias optativas sobre distintas orientaciones psicoterapéuticas. La oferta postgraduada es amplia, de calidad variable y casi nunca incluye prácticas supervisadas. El programa PIR, de manera más extensa que el MIR, incluye formación y supervisión en psicoterapia, aunque poco homogénea y de calidad dispar según centros. En la mayoría de los programas de formación, institucionales y privados, participan médicos, psicólogos, psiquiatras y psicólogos clínicos, como docentes y como alumnos.

3.3 Otros profesionales. Varias organizaciones afiliadas a la FEAP ofrecen formación psicoterapéutica a profesionales no médicos ni psicólogos, práctica sobre la que el Colegio de Psicólogos ha tomado una postura abiertamente contraria y el Colegio de Médicos no se ha pronunciado.

4. Psicopatología y psicoterapia

4.1 La formulación patogenética. El tratamiento de un trastorno mental empieza con su filiación fiable (diagnóstico) y con la comprensión operativa de su génesis (etiopatogenia). El énfasis en la descripción objetiva de síntomas y signos y en su categorización ateórica satisface el primer aspecto de la psicopatología, pero obscurece el segundo, que es la identificación de procesos inferibles que subyacen en la producción de esos signos y síntomas. La formulación psicopatogenética es una hipótesis sobre la manera en que se produce y se mantiene un estado patológico determinado, expresada en términos operativos tales que sea a) susceptible de comprobación empírica y b) permita el diseño de intervenciones encaminadas a la instauración del funcionamiento óptimo. El nivel de generabilidad de una formulación

psicopatogénicas varía desde las que sólo son aplicables a un caso concreto, o incluso a determinado aspecto de ese caso concreto, hasta aquellas cuya aplicabilidad sea de carácter prácticamente universal.

4.2 El lenguaje de la formulación patogénica. Toda formulación se realiza desde un marco de referencia. El número actual de enfoques (algunos prefieren denominarlos modelos y otros paradigmas) varía según autores, y así Ionesco (1991) distingue tantos como 14, mientras que Sperry considera sólo cuatro. Los problemas surgen cuando los enfoques se confunden con doctrinas y el terapeuta se considera obligado a identificarse con una determinada orientación o escuela. Frente a esta autoadscripción exclusiva y excluyente, viene desarrollándose desde hace años un movimiento ecléctico, cuya evolución previsible es la integración de los diferentes enfoques en un sistema unitario o por lo menos multidimensional. La formulación patogénica es una hipótesis de trabajo y, como tal, su expresión óptima será aquella que mejor permita la planificación estratégica de la intervención psicoterapéutica en cada caso concreto.

4.3 La formulación multidimensional es apropiada para el tratamiento integrado de trastornos psiquiátricos complejos. Se basa en la distinción de al menos tres niveles o dimensiones de organización del funcionamiento humano: el estructural, el neurofuncional y el informacional. El nivel estructural depende de las características morfológicas del sistema nervioso, singularmente de la masa de neuronas y de sus interconexiones. La organización funcional del cerebro puede a su vez considerarse en tres grandes divisiones, el neocortex, el sistema límbico y el diencéfalo, responsables respectivamente de las actividades cognitivas, afectivas y vegetativas del individuo. Lesiones groseras o microscópicas de estructuras cerebrales producen alteraciones en la sensibilidad, el movimiento, el habla, la memoria, la expresión de los afectos, el control de los impulsos y la regulación neurovegetativa. Siendo la integridad física necesaria, no es suficiente para asegurar la normalidad. El funcionamiento humano puede alterarse por disfunciones de segundo nivel, neuroquímicas o neurofuncionales. El nivel neuroquímico afecta a los procesos de neurotransmisión y puede alterarse sin modificaciones del nivel estructural. Algunos de los cuadros psicopatológicos más severos, como la esquizofrenia y la depresión mayor, tienen su origen en disfunciones a nivel bioquímico. Otras alteraciones neurofuncionales incluyen la activación reverberante e inapropiada de circuitos cerebrales (efecto *kindling* o autoencendido progresivo) que se encuentra en el trastorno bipolar, entre otros. Finalmente, el nivel informacional se refiere a las pautas de aprendizaje y al equilibrio entre los impulsos y motivaciones del individuo, sus experiencias pasadas, sus expectativas futuras y sus interpretaciones de la realidad. Las disfunciones en el nivel informacional se producen por incoherencia, incompatibilidad o contradicción en la información almacenada, por defectos en las experiencias necesarias para un normal desarrollo psíquico y por ignorancia o error en datos esenciales para la organización de una vida satisfactoria. Las alteraciones del nivel informacional influyen en la actividad cerebral y, si son tempranas, afectan el desarrollo de las conexiones sinápticas y la actividad neurotransmisora. Inversamente, disfunciones en los niveles biológicos alteran el normal procesamiento y registro de la información.

5. El plan terapéutico.

Las formulaciones patogenéticas eclécticas son criticadas por “confusión epistemológica”, pero eso es precisamente lo que pretenden: saltar de los límites artificialmente impuestos por la teorización de las escuelas a la observación directa de la realidad. Si están bien construidas, de ellas se deriva la metodología terapéutica a aplicar, que puede ser planeada estratégicamente de acuerdo a una serie de reglas bastante obvias:

- 1) La elección terapéutica debe contrarrestar eficazmente las alteraciones etiopatogénicas en el nivel en que se desarrollan. Por ejemplo, una depresión por déficit de neurotransmisión debe ser tratada en primera aproximación con fármacos apropiados, pero la incapacidad crónica para establecer relaciones gratificantes es tributaria de una psicoterapia interpersonal, un duelo patológico de técnicas de abreacción y reprocesamiento, etc
- 2) Si la formulación psicopatogenética es una hipótesis clínica, la respuesta terapéutica es su comprobación experimental.
- 3) La intervención que parece más oportuna en un análisis superficial (esto es, el tratamiento sintomático) puede no ser la más adecuada a largo-medio plazo.
- 4) Debido al efecto modulador que cada nivel ejerce sobre los demás, los tratamientos integrados tienden a ser los más eficaces. Una depresión mayor pueda mejorar con psicofármacos, pero si la disregulación de los mecanismos de neurotransmisión tiene origen en un estado de frustración interpersonal crónica, el tratamiento ha de complementarse con psicoterapia para mejorar las relaciones interpersonales y la tolerancia a la frustración.

6. Aspectos personales.

La competencia en psicoterapia requiere demostración continuada y efectiva de los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para su ejercicio. Entre estas últimas se incluyen rasgos propios del terapeuta, que dependen tanto de disposiciones personales como de decisiones profesionales. Su presencia guarda relación alta con los resultados terapéuticos, independientemente de la escuela, orientación o profesión de base del terapeuta. La mayoría de ellos son entrenables y todos se desarrollan con la práctica. La importancia de estos rasgos comunes es una de las razones por las que todos los programas de formación en psicoterapia, excepto los conductistas más radicales, recomiendan el tratamiento psicoterapéutico personal a sus alumnos. Algunas de las cualidades terapéuticas más generalmente aceptadas son: la integridad mental, el autoconocimiento emocional, la tolerancia a la ansiedad, la capacidad de comunicación empática y de objetivación profesional de la empatía, la flexibilidad conceptual y la motivación creativa.

7. Aspectos éticos

La psicoterapia es una actividad profesional, que debe ser ejercida con conocimiento, respeto, en beneficio del paciente y sin otro beneficio para el terapeuta que las estipuladas en el contrato terapéutico. Como estos aspectos están recogidos en los

códigos de conducta de las profesiones que la aplican, no parece necesario elaborar un nuevo marco general. Sin embargo, si es preciso tener en cuenta algunos aspectos que pueden parecer irrelevantes en otras intervenciones terapéuticas. Algunos de los beneficios unéticos que pueden derivarse de la práctica de la psicoterapia están motivados por necesidades emocionales del terapeuta de las que éste no es consciente, por lo que no puede decirse que sea responsable de ellas, pero sí que es responsable de alcanzar el suficiente nivel de autoconocimiento para detectarlas y curarlas o satisfacerlas de otra manera. Entre estas necesidades se encuentran el afán de control, la dependencia afectiva o necesidad de ser querido y el alivio del sentimiento de culpa ayudando a otros. La única motivación emocional del terapeuta reconocida como aceptable y útil en psicoterapia es la “motivación creativa” o sentimiento de gratificación directa con el desarrollo y bienestar de los demás. Otro dilema ético clásico en psicoterapia es el que se presenta cuando los valores de psicoterapeuta y paciente entran en conflicto. El planteamiento y solución de los problemas éticos más comunes debe formar parte del programa de formación docente, y el sistema asistencial debe proveer una función de asesoramiento para los casos difíciles o menos comunes.

RECOMENDACIONES

En conclusión y resumen de lo que antecede, se derivan las siguientes recomendaciones:

1. Integración de los profesionales con experiencia clínica y docente en psicoterapia en una comisión permanente de trabajo u organismo específico encargado de la introducción progresiva, seguimiento y valoración de los programas psicoterapéuticos
2. Desarrollo y coordinación de un sistema multicéntrico de formación clínica que satisfaga los requisitos de los programas MIR y PIR.
3. Programa de formación continuada graduada ofertada a los profesionales psi actualmente en el Servicio Madrileño de Salud
4. Inclusión de la formulación psicopatogenética y de los objetivos terapéuticos en los procedimientos de evaluación clínica de cada paciente.
5. Desarrollo de un procedimiento de evaluación clínica de resultados y enfoques terapéuticos.
6. Desarrollo de un procedimiento de asesoramiento y supervisión clínica continuada de fácil acceso para los profesionales del sistema de salud mental.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander L, Luborsky L: Research on the helping alliance. In: Greenberg L, Pinsof W: The Psychotherapeutic Process: A research Handbook. Guilford Press, New York, 1984
- Cuestionario de Alianza Terapéutica los efectos de la alianza terapéutica son más importantes que los de las características personales de los terapeutas, la técnica que emplean y su habilidad en el uso de la misma.*
- Fava, GA, Savron, G, Grandi, S y Rafanelli, C: Cognitive-Behavioral management of drug-resistant major depressive disorder. J. Clin. Psychiatry, 1997, 58:278-282
- 19 pacientes con depresión que no responde a tratamiento antidepresivo (definición de no respuesta: dosis adecuadas de antidepresivo, por lo menos en dos ocasiones, por lo menos durante 6 semanas cada una., y una de ellas tiene que ser un tricíclico a dosis de 300 mg). 10 sesiones de 40 min. cada 15 días. Se aplica terapia cognitivo conductual, con modificaciones: 1 dirigida a síntomas de ansiedad y depresión, 2 conceptualización de síntomas (patogenesis) como: inhibición del mecanismo central de placer y premio, trastorno disfórico central, y regulación psicomotriz., según el modelo de Carroll.*
- Fava, G. A., Savron, G., Grandi, S. and Rafanelli, C. (1997). Cognitive behavioral management of drug-resistant major depressive disorder. Journal of Clinical Psychiatry 58, 278-282.
- Describe modificación de la técnica estándar, consistente en atender también a la ansiedad, actuar directamente sobre la inhibición psicomotriz con ejercicio físico y modificación de conducta, y dejar para el final la reestructuración cognitiva.*
- Fernandez Liria, A y Rodriguez Vega, B: La Práctica de la Psicoterapia. Desclee de Brouwer, Bilbao, 2001
- Fernandez Liria, A y Rodriguez Vega, B: Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Libro del profesor. Desclee de Brouwer, Bilbao, 2002
- Fernandez Liria, A y Rodriguez Vega, B: Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Libro del alumno. Desclee de Brouwer, Bilbao, 2002
- Frances A, Clarkin J: Differential Therapeutics in Psychiatry. Brunner Mazel, New York 1993
- Gonzalez de Rivera, J.L. Identity and Psychiatric Training. J. Psychiatr. Neurosci, 1980; 5: 24-27
- Gonzalez de Rivera, J.L. Psicoterapias y Psicoterapeutas. Psiquis, 3: II2-II5 (1982)
- Revisión de los factores personales del terapeuta que influyen en la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos*
- Gonzalez de Rivera, JL: Tratamiento psicoterapéutico. En: J. Rodes, J. Guardia y V. Arroyo. Manual de Medicina. Masson-Salvat, Barcelona, 1993. Pags 1020-1027
- Gonzalez de Rivera, JL: El tratamiento de los trastornos afectivos. Psiquis, 13(Supl.1):49-60 (1992)
- Revisión de integración de tratamientos biológicos y psicoterapéuticos en la depresión, incluyendo el trastorno maniaco.*
- Gonzalez de Rivera, JL: El tratamiento integrado de la psicosis: Combinación de psicofármacos y psicoterapia. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 21:83-89 (1993)
- Los resultados son mucho mejores, en términos de menos rehospitalización y mejor adaptación socio-laboral, cuando se combinan con el tratamiento neuroléptico técnicas psicosociales específicas (Terapia de familia focalizada en emotividad expresada y entrenamiento en habilidades sociales son las mejores)*
- Gonzalez de Rivera, JL: La psicoterapia en la práctica clínica de la Psiquiatría. Psiquiatría biológica, 1997, 4: (Sup.2):165
- Gonzalez de Rivera, JL: Autogenic Psychotherapy and Psychoanalysis. In: J. Guimon (Ed.) The body in Psychotherapy. Karger, Basilea, 1997. págs. 176-181.
- Gonzalez de Rivera, JL: Psicoterapia Autógena. Editorial Klinik, Madrid, 1999
- Gonzalez de Rivera, JL The Stages of Psychotherapy. Eur. J. Psychiatr., 6:51-58 (1992)
- Henry, M, Gonzalez de Rivera, JL, Gonzalez, I, Abreu, J: Improvement of respiratory function in chronic asthmatic patients with autogenic Therapy. J. Psychosom. Res, 37:265-270 (1993)
- Gonzalez de Rivera, JL Objetivos en la formación de psicoterapeutas. Psiquis, 15:1-3 (1994)
- Gonzalez de Rivera, JL y Rodriguez-Abuin, M: Psicoterapia autógena y Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Psiquis, 1998, 19:259-264
- Gonzalez de Rivera, JL Psicoterapia de la crisis. Revista Española de Neuropsiquiatría, 79:1297-1315 (2001).
- González de Rivera, JL: Autogenic Psychotherapy: The tool Freud was looking for. International Journal of Psychotherapy, 2001, 6:71-76
- Gonzalez de Rivera y Revuelta, JL Empatía y Ecpatía. Psiquis, 2004, 25:243-245
- Gonzalez de Rivera, JL. Frontline: Psychotherapy and Pharmacotherapy. Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 2007, 35: 173-177

- Gonzalez de Rivera, JL y De las Cuevas, C: La evaluación psicodinámica de las Funciones del Yo. *Psiquis*, 1992, 13:287-324
- adaptación al castellano de la escala de funciones del yo de Bellak, con un coeficiente kappa de concordancia entre jueces de .77*
- Guimón J. Azkúnaga, A Sacanell E. Presencia en España del llamado Síndrome del Residente que comienza su formación en psiquiatría. *Psiquis, Revista de psiquiatría, psicología y psicosomática*, 1987, 8: 11-19
- Guimon, J. (1990). *Psiquiatras: De brujos a burócratas*. Barcelona: Salvat . Guimón, J. (1983). Training in Psychotherapy. In J. J. Lopez-Ibor, J. Saiz & J. M. Lopez-Ibor (Eds.), *General Hospital Psychiatry* (pp. 95-100). Amsterdam: Excerpta Medica.
- Guimón, J. (1991). L'enseignement de la psychothérapie groupale aux professionnels de la santé mentale en Espagne. *Revue pratique de Psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, 37(1), 41.
- Guimón, J. (1995). Crise d'identité et formation des psychiatres. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 146, 137-141.
- Guimón, J. (2000). New Forms of Psychiatric Education: The Geneva Experience. *European Journal of Psychiatry*, 14(1), 52-60.
- Guimón, J., Ayerra, J. M., Trojaola, B., González, E., & de la Sierra, E. (2004). Thirty Years Experience of Group Analytic Training in Bilbao. *The European Journal of Psychiatry*, 18(Sup), 27-33.
- Guimón J, González-Pinto A, Sanz, C González Ceinos M Efectos terapéuticos en un programa de sensibilización grupal *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 1988, 9: 11-25
- Ionescu, S: Catorce enfoques de la Psicopatología. Fondo de Cultura Económica. México, 1994
- Luborsky, L, McLellan T, Woody G, O'Brien C, Auerbach, A: Therapist success and its determinants. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1985, 42:602-611
- los efectos de la alianza terapéutica son más importantes que los de las características personales de los terapeutas, la técnica que emplean y su habilidad en el uso de la misma.*
- Pardo, JV, Pardo, PJ y Raichle, ME: Neural correlates of self induced dysphoria. *Am. J. Psychiatry*, 1993, 150:713-719
- El flujo sanguíneo regional cerebral (rCBF) fue estudiado en, 7 voluntarios sanos con PET, en situación basal y situación consistente en imaginar o recordar una situación que les induce depresión, y concentrarse en experimentar cuidadosamente este sentimiento, evitando otros como agresividad, ansiedad, etc. El efecto de experimentar tristeza fue la activación de la corteza inferior y orbitofrontal, que fue bilateral en las mujeres, mientras que los hombres la activación fue mayor en el hemisferio izquierdo.*
- Parloff, MB: Psychotherapy research evidence. *Am. J. Psychiat.*, 1982, 139:718-727
- Revisa 500 trabajos controlados que muestran la superior eficacia de la psicoterapia a no hacer nada*
- Parloff, M. B., Kelman, H. C. and Frank, J. D. (1994). Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Journal of consulting and Clinical Psychology* 11, 343-351.
- Roldan, A. Algunas consideraciones sobre la acreditación de los psicoterapeutas. *Psiquiatría Pública*, 1996, 8: 119-125
- Saltzman C, Luetgert M, Roth C, Creaser J, Howard I: Formation of a therapeutic relationship. Experiences during the initial phase of psychotherapy as predictors of treatment duration and outcome. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1976, 44:546-555
- Se estudian varias Psicoterapias: de apoyo, terapia cognitiva y aconsejamiento. No diferencias entre pacientes, todos adictos a heroína, ligeras diferencias con respecto a las características de los terapeutas, pero no importantes. La relación terapéutica, medida con un instrumento denominado "Cuestionario de alianza terapéutica". Las características de los terapeutas fueron juzgadas por un panel de psicoterapeutas expertos. En los terapeutas hay dos factores importantes. "Interés en ayudar a los pacientes" y otro "salud psicológica y habilidad".*
- Sloane, RB, Staples, FR, Cristol, AH, Yorkston, NJ y Whipple, K: *Psychotherapy versus Behavior Therapy*. Harvard University Press, Cambridge, 1975
- los buenos resultados se predicen mejor por los rasgos comunes (actitudes, personalidad y comportamiento general – no técnico- en la entrevista) de los terapeutas que por el método específico que utilizan.*
- Sperry, L, Gudeman, JE, Blackwell, B y Faulkner, LR: *Psychiatric case formulations*. American Psychiatric Press, Washington, 1992
- la formulación es una combinación ordenada de datos clínicos y recomendaciones terapéuticas construida en base a una hipótesis de trabajo sobre los mecanismos causales y mantenedores de la*

patología actual. Consta de un componente descriptivo o resumen relevante de la exploración y anamnesis ("que pasa"), uno explicatorio ("por qué y cómo pasa") y uno terapéutico-pronóstico ("que se puede hacer y que va a pasar"). Dan ejemplos desde los marcos psicoanalítico, conductista, biológico y biopsicosocial.

Sociedad Española de Psiquiatría, Reunión de la Sección de Psicoterapia, Actas del II Congreso Nacional de Psiquiatría, Valencia, 1997

V. Vucetic, Guimón J, Weber, B Erhensperger, S Maercker, A Zinetti, A. Fredenrich, AL Zanello A Evolución de la psicoterapia grupal en la asistencia psiquiátrica: la Batería Bel-Air Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática, 2000, 21: 9-19

11. INFORME TÉCNICO: USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS

Informe elaborado para el Plan Estratégico de Salud Mental 2009-2011 de la Comunidad de Madrid por el grupo de trabajo integrado por:

COORDINADOR: Dr. Eduardo García Camba de la Muela. Jefe del Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de La Princesa.

D^ª Teresa Requena Caturla. Farmacéutica hospitalaria. Dirección General de Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

M^a Jesús Vico Barranco. Farmacéutica hospitalaria. Hospital Dr. R. Lafora.

Dra. Marina Díaz Marsa. Médico psiquiatra. Hospital Clínico de San Carlos.

D^ª Elena Lobato Matilla. Farmacéutica hospitalaria. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Dr. José Manuel Montes Rodríguez. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital de Arganda

El concepto de uso racional de medicamentos se ha ido perfilando en los últimos 20 años. La OMS en el año 1989 define el uso racional de medicamentos como el que se produce cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en la dosis correspondiente a sus requisitos individuales, durante un periodo de tiempo adecuado y al menor coste para el paciente y para la comunidad⁽¹⁾.

En la década de los 90 el movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia considera que el uso racional de los medicamentos debe incluir antes de la prescripción, un análisis de las consecuencias de la misma en las circunstancias clínicas del paciente, sólo posible con la integración de la evaluación de las evidencias generadas a través de la investigación, con los conocimientos fisiopatológicos del médico, evitando así la práctica poco deseable del ensayo-error⁽²⁾.

Una de las dificultades que encontramos en Psiquiatría para el uso racional de psicofármacos es, que más que enfermedades etiológicamente definidas, contamos con grupos sindrómicos con síntomas, muchas veces, comunes a diferentes entidades nosológicas. De hecho, la mayoría de los psicofármacos se utilizan en un amplio espectro de patologías porque el objetivo es paliar el síntoma y no la enfermedad. Por otra parte, la complejidad, heterogeneidad y cronicidad de muchas de las enfermedades psiquiátricas supone que no existan líneas de tratamiento estandarizadas y que finalmente el abordaje psicofarmacológico de un paciente dependa del "buen hacer" del médico psiquiatra. Finalmente, otra de las dificultades para el uso racional de psicofármacos es que su prescripción se basa en los resultados obtenidos en ensayos clínicos que no representan en gran medida la práctica clínica habitual. El estricto perfil de selección de pacientes de estos ensayos se traduce en que las conclusiones acerca de la eficacia y dosificación se alejan en gran medida de la realidad asistencial.

El uso racional no sólo incluye el proceso de prescripción adecuado, sino también la inexistencia de error en la cadena de utilización de medicamentos, de forma que se asegure que el fármaco correcto es tomado por el paciente al que se le ha indicado, a la dosis y duración adecuada.

Las percepciones y factores que afectan al uso no racional de los medicamentos, están ligadas a las variaciones culturales, y los factores más importantes derivan de los pacientes, prescriptores, sistemas de provisión de servicios, industria, regulación, la información de medicamentos, la desinformación y la combinación de estos factores. En cuanto a causas asociadas predominan: la comunicación inadecuada, la falta de conocimientos de los profesionales sanitarios, el número y complejidad de la medicación por paciente, el diagnóstico erróneo, la automedicación del paciente y los procesos de prescripción, dispensación y administración de medicamentos⁽³⁾.

En la actualidad, aunque son conocidos los factores que afectan, en general, al uso racional de los medicamentos, existe una deficiencia en los sistemas de información sobre la utilización de los mismos, que impide un diagnóstico adecuado de los tipos, el volumen y los motivos de uso irracional de psicofármacos en particular y de todos los medicamentos en general. Los abordajes a este problema, han contemplado la comparación de la utilización de estos fármacos a través del indicador de tasa de prescripción por 1000 habitantes/día (DHD), que puede resultar útil como indicador centinela, en una misma área sanitaria, analizando la evolución en el tiempo o la comparación entre diferentes áreas o países. Pero es necesario desarrollar sistemas de información que mejoren nuestro conocimiento sobre el uso de estos medicamentos y los resultados de su aplicación en la población.

El marco reglamentario básico español para la fabricación, distribución, autorización, información, publicidad, prescripción y dispensación de medicamentos de uso humano, está recogido en la Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios⁽⁴⁾.

Los psicofármacos son medicamentos que requieren una prescripción médica antes de su dispensación y engloban los siguientes grupos de fármacos: ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, hipnóticos y sedantes y estabilizadores del ánimo.

Los objetivos del uso racional de psicofármacos son:

- Ofrecer a la población que los necesita los mejores resultados terapéuticos posibles.
- Disminuir la frecuencia de efectos adversos relacionados con la utilización de psicofármacos y la gravedad de los mismos.
- Contribuir a la contención del gasto sanitario.

Para ello este programa está orientado a definir los objetivos generales y específicos, necesarios para mejorar el uso racional de psicofármacos y recomendar una serie de indicadores con los que sea posible medir los resultados del mismo.

1. Consumo de psicofármacos

El resumen de la información económica por área, obtenida del sistema de información Farm@drid del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), se incluye en la tabla 1. El gasto global en receta de psicofármacos ha ascendido, en los diez primeros meses del año 2008 a 104.544.230€ lo que supone un 10% del gasto total en medicamentos a través de receta en el mismo periodo. No se han incluido los estabilizadores del ánimo por tratarse de fármacos utilizados también como antiepilépticos.

La utilización de psicofármacos expresada en dosis diaria definidas por 1.000 habitantes-día (DHD), puede orientar en cuanto al número de pacientes tratados en un día por cada 1.000 habitantes en las diferentes áreas sanitarias, siempre y cuando se utilicen las dosis medias de medicamentos en la indicación principal recogida en la ficha técnica.

Se comparan los datos de consumo de DHD de psicofármacos de la Comunidad de Madrid en el año 2008 con los de Andalucía en el año 2006⁽⁵⁾ y Extremadura en el año 2005⁽⁶⁾ (Tabla 2). Otros datos parciales encontrados en la literatura, refieren un consumo de 7,77 DHD de antipsicóticos en España, en el año 2005⁽⁷⁾, y un consumo de 46,8 DHD de antidepresivos en Navarra en el año 2003⁽⁸⁾.

El análisis del uso de psicofármacos del Plan de Salud Mental de Extremadura⁽⁶⁾ incorpora la valoración comparada y comenta que esta Comunidad clásicamente ha tenido un consumo alto de ansiolíticos y antidepresivos y extremadamente bajo de antipsicóticos e hipnóticos y sedantes. Ello, unido al dato global de antipsicóticos de España 7,77 DHD en el año 2005, hace que la valoración del consumo de psicofármacos en el año 2008 en Madrid pueda ser considerado razonable en todos los grupos terapéuticos analizados.

En cuanto al porcentaje de utilización de genéricos (Tabla 3), el techo de prescripción de envases genéricos está en función de la disponibilidad de los mismos por grupo terapéutico, siendo alto en ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos y bajo en antipsicóticos. A pesar de ello se observan variaciones importantes entre las áreas, poniendo en evidencia la capacidad de mejora en la contención de costes.

En el análisis del consumo en DHD y gasto por área sanitaria y grupo terapéutico (figuras 1,2,3 y 4) se observa que, siendo bastante homogéneo el consumo en DHD de los diferentes grupos terapéuticos, las diferencias en los gastos generados por las áreas son muy relevantes. Así, incluso con datos más bajos de consumo en DHD hay áreas sanitarias que gastan el doble. Ello pone en evidencia la necesidad de mejorar la selección de los medicamentos prescritos, incorporando el coste del tratamiento como un elemento añadido a su efectividad y seguridad en la toma de decisiones terapéuticas.

En el análisis por adscripción del prescriptor se observa que en general el porcentaje de prescripción de genéricos es el doble en médicos de Atención Primaria respecto a la prescripción en receta de genéricos de los médicos psiquiatras.

La información del porcentaje de envases prescritos en receta por médicos psiquiatras respecto al total de envases prescritos por área sanitaria, se recoge en la tabla 4.

2- Notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos

En la tabla 5 se recogen las notificaciones de sospechas de reacciones adversas comunicadas por médicos psiquiatras durante los años 2007 y 2008.

OBJETIVOS GENERALES

1. Desarrollo de estrategias para aumentar la calidad, efectividad y seguridad de los tratamientos psicofarmacológicos.
2. Disminución de la variabilidad de los tratamientos farmacológicos.
3. Establecimiento de mecanismos de información científicos sobre la utilidad, efectividad y coste-eficiencia de los medicamentos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

De la organización:

1. Implantar la Historia Clínica Electrónica.
2. Promover la Prescripción Electrónica Asistida como una herramienta segura y eficaz para la prescripción de las órdenes de tratamiento por parte del médico.
3. Facilitar el acceso a fuentes de información que se consideren de importancia para una prescripción racional de psicofármacos.
4. Difundir información objetiva y relevante sobre novedades terapéuticas así como todo aquello que suponga una actualización en el uso de psicofármacos.
5. Mantener permanentemente informados a los clínicos de las alertas de seguridad de los psicofármacos a través de un sistema rápido y eficaz, garantizando que la información sea contextualizada para fomentar el interés por parte de los profesionales.
6. Promover la revisión y difusión del uso de psicofármacos de acuerdo con las guías terapéuticas de los diferentes procesos psiquiátricos.
7. Realizar actividades encaminadas a la difusión de información fidedigna y adecuada relativa a los distintos trastornos mentales y sus tratamientos en los medios de comunicación con el fin de obtener un uso racional de los mismos entre la población.
8. Informar periódicamente a los médicos psiquiatras de sus perfiles de prescripción comparados (feedback de la información).
9. Realizar estudios sobre la utilización de psicofármacos fuera de las indicaciones autorizadas (off-label) en los diferentes diagnósticos psiquiátricos.
10. Promover cursos de formación continuada para médicos psiquiatras y profesionales en formación.

De los profesionales:

11. Promover sesiones farmacoterapéuticas multidisciplinares con profesionales de farmacia.
12. Favorecer la comunicación bidireccional entre Atención Especializada y Atención Primaria con el fin de conseguir.
13. Promover la utilización de los psicofármacos de acuerdo con las guías farmacoterapéuticas de los diferentes procesos psiquiátricos.
14. Aumentar el número de notificaciones a través del Programa de Notificación Espontánea de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos.
15. Promover la adherencia al tratamiento del paciente, con el fin de mejorar el pronóstico del trastorno, mediante la información sobre su enfermedad y las

posibilidades terapéuticas orientada a conseguir la participación del paciente en la toma de decisiones.

16. Implementar en las patologías de larga duración estrategias que han demostrado eficacia en mejorar el cumplimiento terapéutico tales como la psicoeducación del paciente y la familia.
17. Promover la realización de estudios sobre efectos adversos de determinados psicofármacos en poblaciones específicas (Ej. síndrome metabólico y riesgo cardiovascular con antipsicóticos, niños expuestos a ISRS) que permitan conocer la verdadera incidencia de los efectos adversos en nuestro medio.
18. Informar al paciente de la utilización de psicofármacos fuera de las indicaciones autorizadas para su patología.

De los pacientes, familiares y asociaciones:

19. Transmitir sus observaciones y comentarios sobre los tratamientos farmacológicos a través de los canales establecidos por la organización.

a. ESTRATEGIAS

HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA. PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA.

Historia clínica electrónica

Los Servicios de Salud, en el ámbito territorial de cada Comunidad Autónoma (CA), han venido implantado sistemas automatizados de recogida y gestión de los datos individuales de salud de las personas que dan soporte, entre otros, a los procesos asistenciales, favoreciendo un aumento en los niveles de calidad ofrecida.

La movilidad de los ciudadanos es cada vez más frecuente haciéndose necesaria la implantación de un sistema que facilite la extensión territorial de dichas funcionalidades al conjunto del Sistema Nacional de Salud y permita a los profesionales la posibilidad de disponer de la información precisa cuando las necesidades de atención sanitaria se producen fuera de la CA en la que se ha generado esta información⁽⁹⁾.

La normativa sobre historia clínica está basada en la legislación sanitaria y en la de protección de datos. La legislación sanitaria se ha visto modificada con motivo de la publicación de normas autonómicas y también por la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica.

Los beneficios de la historia electrónica son, entre otros, la comodidad y confianza para los pacientes, la facilidad para la integración y continuidad de la asistencia, la mejora de la eficiencia y de la calidad, y el soporte para el análisis de la actividad clínica, la epidemiología y la docencia e investigación⁽¹⁰⁾.

Prescripción electrónica asistida

La alta prevalencia de eventos adversos y errores de medicación, con un coste económico y consecuencias graves para la salud de los pacientes, hacen necesario un análisis de los distintos niveles en los que se originan para poder establecer medidas de prevención coste-efectivas y adecuadas según el ámbito de aplicación⁽¹¹⁾. Aproximadamente el 28% de los

eventos adversos son prevenibles y están relacionados con errores de medicación. De éstos el 56% se producen en el momento de la prescripción⁽¹²⁾.

Existe una gran controversia sobre los beneficios de los sistemas de prescripción electrónica asistida (PEA) como herramientas que prevengan eventos adversos de los medicamentos, siendo necesarios más estudios - y mejor diseñados - que nos proporcionen una evidencia más robusta al respecto⁽¹³⁻²⁰⁾. De lo que no cabe duda son las múltiples ventajas que presenta el empleo de la PEA por el clínico⁽²¹⁾:

- Evita errores de transcripción, legibilidad, escritura de abreviaturas inadecuadas, órdenes incompletas y/o ambiguas.
- Una vez firmada la prescripción electrónicamente no puede alterarse y cada cambio realizado quedará registrado.
- Una vez introducido el tratamiento, los cambios de medicación son más ágiles.
- La disponibilidad del perfil farmacoterapéutico integral del paciente y de todos los cambios posteriores con las fechas de inicio y fin.
- El médico dispone de información farmacoterapéutica en el momento de la prescripción ya que el sistema se conecta con bases de datos de medicamentos on line.
- Facilita la toma de decisiones clínicas al disponer de alertas (dosis máximas, ajustes de dosis en situaciones especiales - insuficiencia renal, hepática, embarazo, lactancia, ancianos - interacciones farmacológicas, alergias, duplicidades, etc) y conexión con laboratorios (microbiología, bioquímica, hematología e inmunología).
- Se dispone de información relacionada con el tratamiento farmacológico de cada paciente en la farmacia en tiempo real.

Así pues la PEA podría definirse como una herramienta segura y eficaz para la prescripción de las órdenes de tratamiento por parte del médico, evitando la transcripción de las mismas tanto por el farmacéutico para su validación, elaboración y dispensación de los medicamentos, como la de enfermería para el control y registro de la administración.

12. INFORMACIÓN Y FORMACIÓN PARA PROFESIONALES

La mejora continua de la calidad de la prescripción de psicofármacos constituye un elemento de vital importancia en su utilización racional y responsable, puesto que, además de favorecer la eficiencia, puede producir beneficios en términos de salud, puede mejorar la calidad de vida de los pacientes y puede conseguir un mejor control de las enfermedades psiquiátricas, reduciendo los ingresos hospitalarios. Por tanto, se estima la necesidad de articular una estrategia formativa de carácter integral por parte del Plan de Salud Mental, que permita asegurar el desarrollo de acciones formativas sobre psicofármacos para los médicos psiquiatras de la Comunidad de Madrid. Deberá establecerse una especial consideración al colectivo de los profesionales en formación, ya que se encuentran en el momento en el que se produce el aprendizaje de lo que serán sus pautas de prescripción. Esta estrategia formativa ha de ser estable y permanente en el tiempo, con la finalidad de asegurar la necesaria continuidad de la actualización de conocimientos que en el ámbito de la farmacoterapia se producen continuamente (novedades terapéuticas).

La formación continuada pretende la adquisición o actualización de conocimientos para el desempeño de la prescripción cotidiana, así como de aquellos conocimientos de carácter estratégico definidos por el Plan de Salud Mental, favoreciendo el desarrollo profesional y la integración de los intereses individuales con los objetivos de la Red de Atención de la Salud Mental.

Entre las áreas temáticas preferentes deberá estar la actualización clínica y terapéutica de las patologías psiquiátricas más prevalentes en España, toda la información referente a los psicofármacos disponibles en el Sistema Nacional de Salud (SNS) así como la actualización de los nuevos principios activos incorporados a la prestación farmacéutica.

Para garantizar la información de los médicos psiquiatras se propone:

1. Acceso a fuentes de información

El objetivo será permitir a los médicos psiquiatras el acceso a una información independiente sobre medicamentos de forma permanente. Esta información deberá ser actualizada, de calidad científica y de fácil acceso, ya que aunque los medicamentos contribuyen decisivamente a la mejora de la patología psiquiátrica y de la calidad de vida, también pueden plantear problemas de efectividad y de seguridad que han de ser conocidos por los médicos psiquiatras y profesionales sanitarios de salud mental.

La información disponible para los profesionales se deberá referir a los medicamentos para patologías psiquiátricas incluidos en la prestación farmacéutica del SNS. Se deberá incluir toda la información sobre principios activos, nombres comerciales, presentaciones en el mercado, precio de venta al público, fichas técnicas, prospectos, modificaciones en las autorizaciones de comercialización, alertas de farmacovigilancia, etc. que esté disponible en la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

Con la finalidad de una actualización y puesta al día de conocimientos permanente se deberá remitir información expresa a los profesionales sobre las novedades terapéuticas autorizadas, sobre los ensayos clínicos existentes y sobre los últimos medicamentos genéricos incorporados al mercado. El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) deberá facilitar a los profesionales sanitarios aquellos informes técnicos y guías terapéuticas (tanto para Atención Primaria como para Atención Especializada) elaborados por entidades con solvencia científica.

Finalmente, los médicos psiquiatras de la Red de Atención de la Salud Mental deberán disponer de la información y acceso a aquellos organismos, revistas o páginas WEB que se consideren relevantes para una prescripción racional de psicofármacos. (Ver Anexo 1: Fuentes de información de medicamentos).

2. Programa de información de la prescripción de los médicos psiquiatras

Información periódica a cada médico de sus perfiles de prescripción comparados como medida de evaluación de la utilización de los medicamentos que prescribe y responsabilización de costes. Esta información debería incluir indicadores de calidad tales como reingresos.

3. Coordinación con Atención Primaria

Facilitar la comunicación entre especialistas y médicos de atención primaria con la finalidad de establecer una alianza en la utilización racional y eficaz de los psicofármacos, así como para garantizar el mantenimiento y seguimiento de los tratamientos iniciados por Atención Especializada.

4. Sesiones clínicas multidisciplinares

Sesiones clínicas promovidas por el SERMAS entre los distintos profesionales sanitarios. Se considera especialmente útil establecer una relación habitual entre los especialistas en psiquiatría, los farmacéuticos y el personal de enfermería. Ello permitirá una visión conjunta de la utilización racional de los psicofármacos desde diferentes perspectivas (clínica, costes, accesibilidad...).

5. Cursos difundidos a especialistas y profesionales en formación

Cursos que permitan la formación continuada para el uso racional de medicamentos en el ámbito de la Psiquiatría.

USO EFICIENTE DE LOS PSICOFÁRMACOS

La asistencia farmacoterapéutica del enfermo mental debe buscar la excelencia mediante la selección de los psicofármacos que representen la mejor opción terapéutica.

El médico psiquiatra es el profesional que decide, en último término, los medicamentos con los que es tratado cada paciente, ya que es el responsable de la prescripción farmacológica. Como paso previo al de la prescripción, debe seleccionar aquel medicamento que considera mejor y más adecuado para cada paciente en particular.

Sin embargo, la amplia oferta de psicofármacos disponible en la actualidad, la influencia ejercida por la industria farmacéutica y por las demandas de los propios pacientes, dificultan la toma de decisiones por parte del médico a la hora de prescribir y conducen a una gran variabilidad en el grado de complejidad y el coste de los tratamientos aplicados en una misma patología.

La consideración de los aspectos económicos en el campo de la sanidad tiene cada vez mayor importancia ya que el gasto de medicamentos es creciente debido a la constante aparición en el mercado de nuevos fármacos de elevado coste (ej. antipsicóticos atípicos). Esta realidad nos obliga a hacer un uso más eficiente de los psicofármacos, entendiendo por eficiencia la consecución del máximo beneficio en términos de salud con los recursos disponibles, mediante la selección de fármacos con una buena relación coste/efectividad.

La selección de medicamentos tendrá en cuenta en primer lugar los criterios de eficacia y seguridad y en segundo lugar los de adecuación y coste. Se tratará de determinar qué fármaco presenta una mejor relación beneficio-riesgo basándose en la mejor evidencia científica disponible sobre estos criterios, convenientemente evaluada para determinar su relevancia clínica. Es importante que la investigación refleje resultados en variables clínicas finales u orientadas al paciente, y no sólo variables intermedias o subrogadas. Si no existen diferencias claras en el balance beneficio-riesgo entre dos opciones terapéuticas entonces debe establecerse el balance de adecuación-coste, este criterio engloba las características del medicamento relacionadas con la administración, posología, aceptabilidad por el paciente, que pueden aumentar la efectividad del fármaco (mejora de la adherencia), aunque habrá que considerar si este aumento se hace a un coste razonable⁽²²⁾. Si hay un fármaco que presenta una relación beneficio-riesgo favorable frente a su comparador, el estudio económico debería ir orientado a estimar el coste-eficacia incremental, es decir, cuántos recursos adicionales deberíamos aportar por cada unidad adicional de eficacia⁽²³⁾. Esto ayuda a dimensionar el esfuerzo económico real que debe realizar el sistema

de salud y aporta un dato más relevante para la decisión que la simple comparación de costes de los tratamientos.

Además de realizar una selección de medicamentos según estos criterios, se debería establecer la posición terapéutica de cada fármaco para una indicación o problema de salud específico. Esto se llevará a cabo en forma de opciones terapéuticas ordenadas que consideren las características particulares de la enfermedad y del paciente. También se deberán delimitar los subgrupos de pacientes en los que un determinado tratamiento aporte más ventajas^(22,23). En definitiva, se trataría de orientar y facilitar la utilización de aquellos medicamentos que hayan demostrado más evidencia científica a favor de su utilización y que proporcionen más ventajas vayan a los pacientes y sean asumibles económicamente.

Para facilitar la toma de decisiones en la selección de medicamentos se impulsará la elaboración de evaluaciones farmacoeconómicas y guías de prescripción con la participación y el consenso de los profesionales a los que irán destinados y que tengan en cuenta todo lo que se ha señalado anteriormente. También se prestará especial atención a su difusión entre los diferentes dispositivos de Salud Mental y se establecerán los mecanismos necesarios para conocer su grado de implantación y seguimiento.

Otro punto que cabe destacar en la minimización de costes es la utilización de medicamentos genéricos. El medicamento genérico, según la Ley de Garantías y Uso racional, es todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad⁽²⁴⁾. El ahorro que supone la utilización de genéricos puede llegar a ser entre un 25-50% del coste del medicamento original y de él se beneficia tanto el ciudadano como el gasto público, sin merma de la calidad y eficacia del medicamento. Ya se ha señalado anteriormente que el porcentaje de prescripción de genéricos por los médicos psiquiatras sólo alcanza la mitad de lo prescrito en Atención Primaria, por lo que existe todavía una gran capacidad de mejora en este aspecto.

13. SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS

Uno de los objetivos específicos del programa de uso racional de psicofármacos es el de disminuir la frecuencia y gravedad de los efectos adversos. Este objetivo sólo se podrán alcanzar a través de un mejor conocimiento del perfil de reacciones adversas de los medicamentos utilizados en la práctica clínica habitual, especialmente de aquellos de más reciente comercialización.

El marco legal que regula el Sistema Español de Farmacovigilancia y la Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano está recogido en el Real Decreto 1344/2007 de 11 de octubre, que desarrolla el capítulo VI del título II de la ley 29/2006 de garantías y uso racional de medicamentos y establece las garantías de seguimiento de la relación beneficio-riesgo del uso de los medicamentos. El RD define la farmacovigilancia como la actividad de salud pública que tiene por objetivo la identificación, cuantificación, evaluación y prevención de los medicamentos una vez comercializados y el Sistema Español de Farmacovigilancia como un sistema de estructura descentralizada integrado por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que actúa como centro coordinador, los órganos competentes en materia de farmacovigilancia de las Comunidades Autónomas y las unidades o centros autonómicos de farmacovigilancia a ellos adscritos y los profesionales sanitarios⁽²⁵⁾.

El Real Decreto 1344/2007 define como riesgos asociados a la utilización del medicamento a cualquier riesgo para la seguridad del paciente o la salud pública relacionado con la calidad, la seguridad y la eficacia del medicamento, así como cualquier riesgo de efectos no deseados en el medio ambiente. En esta misma línea amplía la definición de reacción adversa como cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas. Este término incluye también todas las consecuencias clínicas derivadas de la dependencia, abuso y uso incorrecto de medicamentos incluyendo los causados por el uso fuera de las condiciones autorizadas y las causadas por errores de medicación⁽²⁵⁾.

El Programa de Notificación Espontánea de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM), la Tarjeta Amarilla, tiene la ventaja de supervisar la seguridad de todos los medicamentos en las condiciones reales de uso y es el pilar en el que se apoya la farmacovigilancia en Madrid, ya que más del 90% de los casos de sospecha de RAM que se han incorporado a la base Española de Farmacovigilancia FEDRA proceden de la notificación espontánea de profesionales sanitarios⁽²⁶⁾.

El artículo 7 recoge como obligación de los profesionales sanitarios la de notificar la sospecha de RAM de los medicamentos autorizados, incluidos los de aquellos que se hayan utilizado en condiciones diferentes a las autorizadas y las de medicamentos no comercializados en España pero que se haya autorizado su importación. Estas notificaciones se enviarán al órgano competente en materia de farmacovigilancia de la comunidad autónoma mediante el formulario de recogida de sospecha de reacciones adversas (tarjeta amarilla)⁽²⁵⁾. Desde mayo de 2007 los profesionales sanitarios de la Comunidad de Madrid pueden notificar las sospechas de RAM de forma rápida y segura, vía electrónica desde Internet: o la intranet salud <https://seguridadmedicamento.sanidad.madrid.org>.

Se dará prioridad a las notificaciones de las RAM graves o inesperadas de cualquier medicamento y las relacionadas con los medicamentos nuevos identificados por el triángulo amarillo (pictograma que identifica a los medicamentos con principios activos nuevos durante los primeros cinco años desde su autorización y aparece en el material promocional)⁽²⁵⁾.

El objetivo de los programas de notificación espontánea de sospechas de reacciones adversas a medicamentos es la detección, lo más precozmente posible, de señales o alertas de problemas de seguridad no detectados o no bien cuantificados durante el desarrollo clínico del medicamento antes de su comercialización, sobre todo si son reacciones adversas graves. Este es el motivo del especial énfasis que se hace en la notificación de las RAM graves, de las que no aparecen descritas en la ficha técnica del producto y de las que implican a medicamentos nuevos⁽²⁶⁾. Los profesionales de este ámbito se encuentran en una posición privilegiada para detectar problemas psiquiátricos graves causados por medicamentos no psiquiátricos. La notificación de estas RAMs serían capaces de originar SEÑALES de nuevos problemas de seguridad psiquiátricos relacionados con medicamentos.

Durante el año 2007 colaboraron con el Programa 531 profesionales sanitarios de los cuales 4 fueron psiquiatras del ámbito intrahospitalario. El número de notificaciones aportadas desde psiquiatría durante los años 2007 y 2008 fueron 12 y 16 respectivamente, de las cuales más de un 50% correspondieron a RAMs graves⁽²⁶⁾. Ver Tabla 5.

Además de la farmacovigilancia pasiva (Notificación Espontánea) deberán llevarse a cabo programas de farmacovigilancia activa que implicarán hacer un seguimiento de pacientes o problemas concretos relativos a la seguridad de medicamentos empleados en psiquiatría (antipsicóticos y síndrome metabólico y seguridad vascular, niños expuestos a ISRS..)

El Real Decreto también considera como obligación de los profesionales sanitarios mantenerse informados sobre los datos de seguridad relativos a los medicamentos que habitualmente se prescriban, dispensen o administren y llevar a cabo en su ámbito asistencial las medidas de prevención de riesgos que se establezcan en la ficha técnica del medicamento, incluyendo las medidas formativas e informativas a los usuarios⁽²⁵⁾.

Respecto a este punto hay que volver a recordar que la Comunidad de Madrid dispone de una página de uso seguro de medicamentos (dirección arriba indicada) donde los profesionales podrán encontrar todas las alertas de seguridad de la Agencia Española de Medicamentos, Memorias y Boletines que le permitirán mantenerse informados.

Para este nuevo Plan de Salud Mental proponemos reforzar la importancia de la farmacovigilancia en este ámbito y conseguir una participación activa de sus profesionales en actividades relacionadas con la seguridad del medicamento.

14. INFORMACIÓN A PACIENTES Y EDUCACIÓN SANITARIA

La utilización de psicofármacos es uno de los pilares fundamentales sobre el que recae el tratamiento de la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Los psicofármacos no sólo resultan eficaces en la reducción de la psicopatología, sino también en la prevención de recaídas. Sin embargo, las cifras de pacientes que no realizan el tratamiento adecuadamente son muy altas, encontrándose aproximadamente un 50 % en el caso de enfermedades como la esquizofrenia⁽²⁷⁾. Teniendo en cuenta el carácter prolongado y recurrente de muchos de estos trastornos, resulta de gran importancia que los pacientes realicen el tratamiento psicofarmacológico correctamente para alcanzar el mejor pronóstico posible. Por el contrario, las consecuencias de no cumplir el tratamiento conllevan un aumento del riesgo de permanencia de la sintomatología y de recaídas que suponen graves pérdidas en el terreno personal, económico y social derivadas del incremento de hospitalizaciones, del riesgo de suicidio y de un deterioro global del pronóstico⁽²⁸⁾.

El incumplimiento del tratamiento según las pautas prescritas por el médico es un problema generalizado en medicina que se acrecienta en las enfermedades de larga evolución. Los factores que lo determinan son diversos, abarcando desde la ausencia de conciencia de enfermedad, una inadecuada relación médico-enfermo, presencia de efectos adversos, expectativas falsas de eficacia o condiciones de accesibilidad limitadas. Se deben realizar todos los esfuerzos posibles para lograr el objetivo final consistente en que el paciente realice la toma de los psicofármacos de la manera prescrita. Para ello resulta fundamental que se implementen estrategias encaminadas a este propósito basadas en que el paciente entienda el carácter de su enfermedad, las razones por las que se prescribe el tratamiento, así como las expectativas de beneficio y los posibles efectos adversos, favoreciendo en todo momento la relación médico enfermo. Todo ello encaminado a lograr que los profesionales de la salud mental puedan proporcionar las bases para que el paciente participe activamente en la decisión respecto a su tratamiento.

Información al paciente en el inicio del tratamiento

Las razones por las que los pacientes pueden hacer un uso no racional de la medicación son diversas. Entre ellas se encuentran la falta o inadecuado conocimiento sobre la enfermedad. En algunos trastornos psiquiátricos el desconocimiento es muy alto y en ocasiones incorrecto. Por ello, el clínico debe tratar siempre de explicar las características del trastorno, utilizando términos adecuados para su comprensión, evitando lenguaje técnico que no pueda ser entendido. La información debe ser relativa a la naturaleza, curso, pronóstico y posibilidades de tratamiento, haciendo partícipes de esta información, siempre que sea posible, tanto a los pacientes como a familiares. Obtener la colaboración de éstos últimos puede ser de gran ayuda en el mantenimiento correcto del tratamiento en ciertas patologías como la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

Siempre que sea posible, puede resultar de ayuda facilitar material escrito sobre los trastornos más prevalentes que permita asegurarnos que el paciente cuenta con una información fidedigna que puede consultar en todo momento.

En los casos de las patologías prolongadas y discapacitantes se debe también favorecer la difusión de información relativa a la existencia de asociaciones de pacientes y familiares, así como de grupos de auto-ayuda, aconsejando la incorporación a los mismos.

Teniendo en cuenta que en la actualidad se cuenta con un arsenal terapéutico amplio, siempre que sea posible se deben explicar las distintas alternativas al paciente para que participe de la decisión, tras sopesar las ventajas e inconvenientes de cada uno de los distintos psicofármacos que son apropiados para su trastorno. Cuando exista una posibilidad de tratamiento no psicofarmacológico disponible también deberá ser ofrecida como una alternativa. Los beneficios y objetivos que se esperan con la utilización de los psicofármacos deben quedar también completamente explicados. Además, debe ofrecerse información en lo relativo al periodo de latencia hasta obtener el efecto buscado (ej. antidepresivos) y sobre la necesidad de tomar el tratamiento como ha sido prescrito, a la dosis adecuada y durante el tiempo necesario. De esta manera se favorece enormemente el posterior cumplimiento del mismo.

El paciente suele presentar ciertos prejuicios sobre los psicofármacos que deben ser esclarecidos adecuadamente cuando se realiza la prescripción. Aquí se incluyen los relativos al posible riesgo o no de dependencia, los efectos adversos sedantes, etc. También se debe dar una explicación adecuada sobre el riesgo de síntomas de abstinencia o de discontinuación que están presentes con ciertos psicofármacos. Por último, hacer algún comentario sobre la no estigmatización o consideración como una persona débil por tener que tomar psicofármacos puede resultar tranquilizadora.

El tratamiento psicofarmacológico siempre debe ser individualizado en función de las necesidades, preferencias y riesgo de aparición de efectos adversos en el paciente. La implicación del mismo en la toma de esta decisión es el objetivo al que debe aspirarse. Conseguir una buena relación médico-enfermo permite ganar la confianza del paciente y con ello obtener la cooperación para que el tratamiento se realice de la forma más adecuada. En el caso de algunos trastornos como las psicosis esto se hace especialmente relevante, teniendo en cuenta las dificultades de adherencia que presentan. Tratar de identificar las aspiraciones e inquietudes vitales del paciente con los beneficios del tratamiento puede contribuir a mejorar la adherencia. Detectar las dificultades que pueden contribuir al cumplimiento adecuado del tratamiento por parte del clínico ayudará también a este propósito.

Información al paciente en el seguimiento del tratamiento

Algunos trastornos pueden presentar ciertos síntomas que el paciente puede relacionar inadecuadamente como derivados del tratamiento. Por lo tanto, la reevaluación permanente del mismo, corrigiendo la posible aparición de efectos adversos favorecerá su correcto cumplimiento.

En las patologías más prolongadas la adherencia al tratamiento es un problema fundamental. Se han utilizado diversas técnicas para favorecer el cumplimiento terapéutico tales como las basadas en la entrevista motivacional, fomentar la conciencia de enfermedad mediante la psicoeducación del paciente y los familiares, técnicas de recordatorio de la medicación, etc. En concreto, la realización de intervenciones psicoeducativas programadas y grupales que satisfagan las necesidades de formación e información del paciente y su familia mejoran el cumplimiento y la adhesión al tratamiento⁽²⁹⁾. La implementación de estas técnicas de forma individualizada permitirá favorecer el cumplimiento y con ello obtener la mayor efectividad posible de los tratamientos psicofarmacológicos.

Educación sanitaria a la población sobre el uso racional de los psicofármacos

Resulta esencial que la población cuente con el conocimiento o los recursos adecuados para poder obtenerlo sobre la salud mental en general y el correcto uso de los psicofármacos en particular. Esto ayudará también a poder tomar decisiones informadas sobre su utilización, incluyendo sus beneficios y sus riesgos potenciales. Sin esta información, existen muchas probabilidades de que la utilización de los psicofármacos se realice de forma inadecuada, especialmente de medicamentos de uso tan extendido como las benzodiazepinas.

Esta información debe incluir campañas de información que permitan que la población reciba este mensaje de forma correcta. Hoy en día, los medios de comunicación incluyen también Internet, donde los pacientes pueden encontrar información sesgada que contribuya negativamente a la utilización ulterior de los psicofármacos prescritos. En este sentido, sería conveniente realizar actividades encaminadas a mejorar la accesibilidad a información correcta sobre la utilización de los psicofármacos.

De esta forma se previenen riesgos derivados de la automedicación de psicofármacos con riesgo de dependencia como pueden ser las benzodiazepinas y se fomenta que el uso se realice siempre bajo prescripción médica.

Por último, otras campañas de información sobre los trastornos mentales contribuirían positivamente a la desestigmatización de los mismos, situación que revertirá sin duda en una utilización racional de los psicofármacos.

USO DE PSICOFÁRMACOS FUERA DE LAS INDICACIONES AUTORIZADAS (USOS OFF-LABEL)

Uno de los aspectos que caracterizan el tratamiento farmacológico en la actualidad es la frecuente utilización de productos que no cuentan con indicación terapéutica específica o autorizada (los llamados productos *off-label*) para el problema que se pretende resolver. En el campo de la psiquiatría, este hecho se da con una frecuencia superior a lo esperable⁽³⁰⁻³²⁾ y los tratamientos con fármacos para indicaciones diferentes a las que constan en la ficha técnica forman parte de la práctica clínica habitual. Estas aplicaciones, que para muchos profesionales podrían estar justificadas en ciertos pacientes encuentran actitudes muy

críticas en algunos autores⁽³³⁾ que sustentan sus criterios en la base científica escasa o prácticamente nula de la mayoría de estos tratamientos en Psiquiatría.

No obstante, hay que tener en cuenta que la terapéutica psiquiátrica en muchas ocasiones es más sintomática que nosológica y que la inespecificidad de numerosos síntomas psiquiátricos favorece la utilización de los mismos fármacos en diferentes cuadros diagnósticos.

Los tipos más frecuentes de prescripción fuera de indicación son básicamente los siguientes⁽³⁴⁾:

- 1) Administración para un trastorno distinto al que constituye la indicación de ese fármaco. Este tipo es quizá el más frecuente e implica la prescripción de un medicamento para una indicación que no está cubierta dentro de los términos de la autorización de comercialización.
- 2) Prescripción del fármaco a grupos de edad en los que no hay autorización para ello (niños o adolescentes y ancianos).
- 3) Utilización del fármaco en dosis superiores a las consignadas en la ficha técnica del producto.
- 4) Uso del medicamento para períodos más largos que los especificados en la ficha técnica. Un ejemplo típico sería la utilización de las benzodiazepinas durante un tiempo superior a las cuatro semanas que indica la ficha técnica del producto aunque hay que señalar que muchas personas con enfermedades de larga duración y trastornos de ansiedad incapacitantes que no han respondido a otros tratamientos pueden beneficiarse de períodos de tratamiento más largos⁽³⁵⁾.

En la actualidad existe un importante debate sobre la prescripción de los antipsicóticos⁽³⁶⁾. En un estudio multicéntrico realizado en nuestro medio⁽³⁷⁾ sobre sus patrones de uso, se ha detectado que un 32,4% de las prescripciones realizadas de estos fármacos pueden considerarse *off label*, no tienen indicación terapéutica autorizada en la actualidad. Por ejemplo, retraso mental con trastorno de la personalidad tipo límite, trastorno obsesivo compulsivo severo refractario a tratamiento etc. Sin embargo hay que señalar que todas estas aplicaciones de los antipsicóticos han sido objeto de publicaciones que han demostrado efectos beneficiosos en los pacientes tratados, aunque no figuren en la autorización de comercialización de los fármacos en cuestión. En otras situaciones, aun sin evidencias, la utilización empírica de estos medicamentos ha demostrado su utilidad clínica en casos complicados, no incluidos en los ensayos clínicos. Todo ello plantea dudas e incertidumbre sobre sus indicaciones y sus riesgos. Muy recientemente la Agencia Española del Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) ha emitido una nota informativa sobre las conclusiones de una evaluación sobre el riesgo de mortalidad que comporta el uso de antipsicóticos clásicos en pacientes ancianos con demencia. Dicha evaluación la han realizado las Agencias Reguladoras de Medicamentos europeas en el ámbito del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA). Las conclusiones del CHMP coinciden con las del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (CSMH) de la AEMPS: El uso de antipsicóticos clásicos (o de primera generación) en pacientes ancianos con demencia conlleva un mayor riesgo de mortalidad. No obstante, también se afirma que... *“en este momento no puede llegarse a una conclusión firme sobre la magnitud de este riesgo, si es superior a lo observado con antipsicóticos*

atípicos (o de segunda generación) o bien si éste es diferente de unos antipsicóticos a otros dentro de la misma clase farmacológica⁽³⁸⁾.

Por otra parte en nuestro medio, la legislación considera dos tipos de uso de los fármacos: el legal o autorizado y el llamado uso compasivo, que recoge el Real Decreto 223/2004, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. El uso compasivo se define como: *“la utilización en pacientes aislados y al margen de un ensayo clínico de medicamentos en investigación, incluidas especialidades farmacéuticas para indicaciones o condiciones de uso distintas de las autorizadas, cuando el médico bajo su exclusiva responsabilidad considere indispensable su utilización”*. Para que se permita el uso compasivo se requieren las siguientes condiciones⁽³⁹⁾:

- 1- El consentimiento informado del paciente o de su representante legal.
- 2- La redacción de un informe clínico en el que el médico justifique la necesidad de dicho tratamiento.
- 3- La conformidad del director del centro donde se vaya a aplicar el tratamiento, que se entiende como un visto bueno al gasto que supondrá el medicamento.
- 4- La autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Esta autorización se justifica por la, en principio, falta de pruebas suficientes de la eficacia de la especialidad farmacéutica en ese trastorno y por los efectos adversos que pudieran aparecer.
- 5- La comunicación por el médico responsable a la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de los resultados del tratamiento, así como la sospecha de reacciones adversas que puedan ser atribuidas al mismo.

Esta situación es muy previsible que cambie ya que está pendiente de publicación una nueva normativa que probablemente reducirá los aspectos burocráticos, sin dejar de considerar el carácter excepcional del uso de los medicamentos fuera de las indicaciones autorizadas. Esta normativa introducirá mecanismos de control a nivel institucional a través de los protocolos terapéuticos.

Por su interés recogemos las recomendaciones que recientemente ha planteado el Royal College of Psychiatrists para la prescripción de medicamentos *off-label*⁽⁴⁰⁾:

Procedimiento sugerido al prescribir medicamentos off-label

1. Comprobar que el medicamento a utilizar cuenta con algún ensayo terapéutico de la indicación considerada o bien estando dentro de la indicación ha sido excluido por situaciones clínicas especiales.
2. Conocer la evidencia científica sobre el medicamento propuesto, incluida cualquier posible interacción farmacológica y los potenciales efectos adversos
- 3 Si el medicamento a utilizar no tiene una base de evidencia que apoye su utilización para la indicación propuesta, o si el prescriptor no es lo suficientemente experto en este campo o tiene una especial preocupación al respecto, obtener la opinión de otro médico o farmacéutico especialista.

4. Considerar los riesgos y beneficios del tratamiento propuesto. Especial consideración exigen los casos de niños, ancianos y pacientes con limitación de la competencia.
5. Dar al paciente (o a su familia cuando sea pertinente) una explicación completa, incluida la información de que el medicamento se utiliza fuera de la indicación de su licencia de producto. Documentar esta explicación.
6. Si se obtiene el acuerdo del paciente (o familiar, cuando sea necesario), documentar esta aprobación. Si un paciente no puede dar su consentimiento para un tratamiento necesario, registrar que no ha sido posible obtener el consentimiento.
7. Iniciar una prueba prudente del tratamiento con el medicamento. En pacientes ambulatorios, considerar la posibilidad de remitir al paciente una copia de cualquier carta enviada a su médico general, que recoja el por qué se ha adoptado este enfoque terapéutico.
8. Vigilar estrechamente al paciente. Seguir registrando documentalmente los datos completos sobre eficacia y la tolerancia.
9. Si el tratamiento resulta ineficaz, suspenderlo gradualmente en caso necesario. Documentar el motivo de la suspensión y, a continuación, considerar alternativas siguiendo el mismo procedimiento.
10. Considerar la posibilidad de hacer una publicación sobre el caso para contribuir a los conocimientos existentes sobre el fármaco y sus aplicaciones.

La legislación actual con respecto a la administración de un medicamento para una indicación diferente a las autorizadas no establece otros requisitos más que el médico responsable revise la evidencia disponible en la evaluación del riesgo- beneficio. El futuro Real Decreto que se encuentra en avanzado estado de elaboración previsiblemente subsanará estas deficiencias. Por otra parte las guías y protocolos clínicos sancionadas por las Asociaciones Científicas desempeñan un papel fundamental a la hora de dictar pautas que permitan una utilización adecuada y responsable, pero al mismo tiempo ágil, de los distintos productos farmacéuticos disponibles.

INDICADORES

1. nº de notificaciones de sospecha de reacciones adversas comunicadas por psiquiatras
2. nº de RAM graves comunicadas por psiquiatras
3. nº de guías clínicas elaboradas.
4. nº de informes de evaluación de nuevos psicofármacos.
5. % de genéricos prescritos
6. **DHD Antipsicóticos: DDD prescritas de antipsicóticos por 1000 habitantes.**

Construcción:

Numerador: Suma DDD del subgrupo terapéutico ATC N05A
 Denominador: población TIS total multiplicado por el número de días del período analizado

DHD antipsicóticos = $DDD \text{ antipsicóticos} \times 1000 / \text{Población Total} \times \text{días}$

7. DHD Antidepresivos : DDD prescritas de antidepresivos por 1000 habitantes.

Construcción:

Numerador: Suma DDD del subgrupo terapéutico ATC N06A
 Denominador: población TIS total multiplicado por el número de días del período analizado

DHD antidepresivos = $DDD \text{ antidepresivos} \times 1000 / \text{Población Total} \times \text{días}$

8. DHD Ansiolíticos, hipnóticos y sedantes : DDD prescritas de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes por 1000 habitantes.

Construcción:

Numerador: Suma DDD de los subgrupos terapéuticos ATC N05B y N05C
 Denominador: población TIS total multiplicado por el número de días del período analizado

$DHD \text{ Ansiolíticos/hipnóticos} = \frac{DDD \text{ Ansiolíticos} / \text{hipnóticos} \times 1000}{\text{Población Total} \times \text{días}}$

9. Porcentaje de reingresos

Fórmula : $ID = (a-b) \times 100 / b$

En donde:

a= Número de pacientes que causan alta hospitalaria por trastorno mental en un año

b= Número total de altas por trastorno mental en ese mismo año

Aclaraciones: Se incluirán todas las altas clasificadas en el capítulo 5 de la CIE (Códigos 290 a 319 de la versión 9-MC)

TABLA 1. Gasto en psicofármacos por área sanitaria enero-octubre 2008. Comunidad de Madrid.

AREA	GASTO EN RECETA DE PSICOFARMACOS
1	13.348.120
2	6.993.269
3	4.589.946
4	10.527.584
5	12.710.656
6	9.448.634
7	10.045.505
8	8.611.558
9	5.917.529
10	4.898.976
11*	17.452.454

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

**No incluye estabilizadores del ánimo

TABLA 2. Comparación en la utilización de psicofármacos en Consumo Dosis Diaria Definida por 1.000 habitantes y día

	EXTREMADURA 2005 (6)	ANDALUCIA 2006 (5)	MADRID 2008*
Ansiolíticos	51,6	47,42	40,93
Antidepresivos	54,9	40,01	51,13
Antipsicóticos	3,5	7,20	8,06
Hipnóticos y Sedantes	7,2	23,48	21,55

* Datos extrapolados de la información enero-octubre 2008. Farm@drid.SERMAS

TABLA 3. Porcentaje de genéricos prescritos en receta por grupo terapéutico y área sanitaria.

DATOS COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008. Fuente Farm@drid (SERMAS)

AREA	ANSIOLITICOS	ANTIDEPRESIVOS	ANTIPSICÓTICOS	HIPNOTICOS Y SEDANTES
Area : 1	14,2	28,2	2,8	39,4
Area : 2	14,9	29,8	2,6	39,5
Area : 3	12,4	27,7	2,1	38,6
Area : 4	14,9	31,6	3,3	41,3
Area : 5	10,1	23,8	2,3	28,5
Area : 6	17,3	33,2	4,8	37,1
Area : 7	12,9	24,7	1,8	31,2
Area : 8	13,9	24,1	3,5	28,2
Area : 9	15,9	30,5	2,5	26,9
Area : 10	20,5	33,4	3,6	31,5
Area : 11*	14,2	26,7	4,3	34,9
TOTAL	14,7	28,5	3,1	34,3

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

TABLA 4. Porcentaje de prescripción en receta por médicos psiquiatras. Madrid 2008.

DATOS COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008. Fuente Farm@drid (SERMAS)

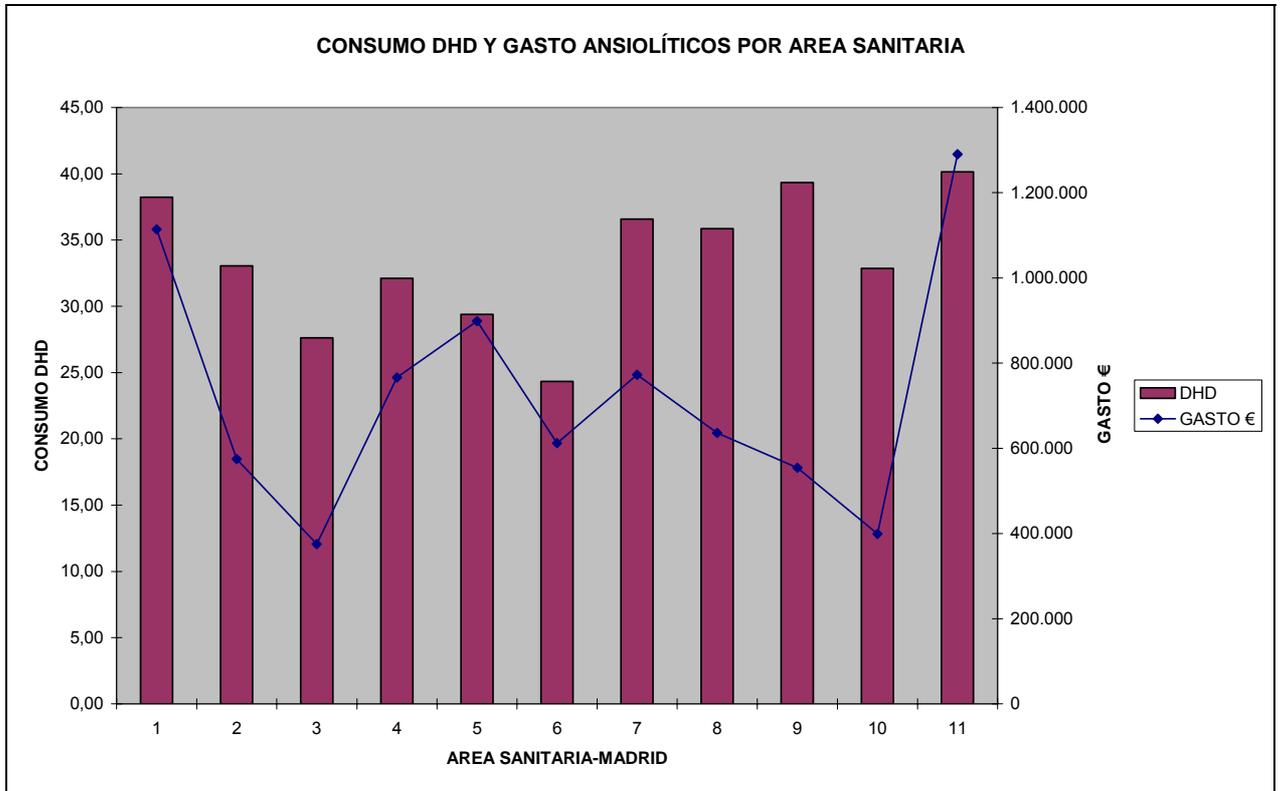
Area sanitaria	ANSIOLITICOS	ANTIDEPRESIVOS	ANTIPSIKÓTICOS	HIPNOTICOS Y SEDANTES
1	2	5	9	2
2	4	9	20	3
3	4	8	24	5
4	3	6	14	3
5	4	8	19	4
6	3	6	15	3
7	4	8	24	4
8	4	7	16	4
9	7	10	30	7
10	5	9	23	4
11*	4	8	16	3

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

TABLA 5. Notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos realizadas por médicos psiquiatras a la Comunidad de Madrid

	2008	2007
	Total (graves)	Total (graves)
Total notificaciones	16 (9)	12 (8)
Público	9 (6)	10 (6)
Privado	5 (3)	2 (2)

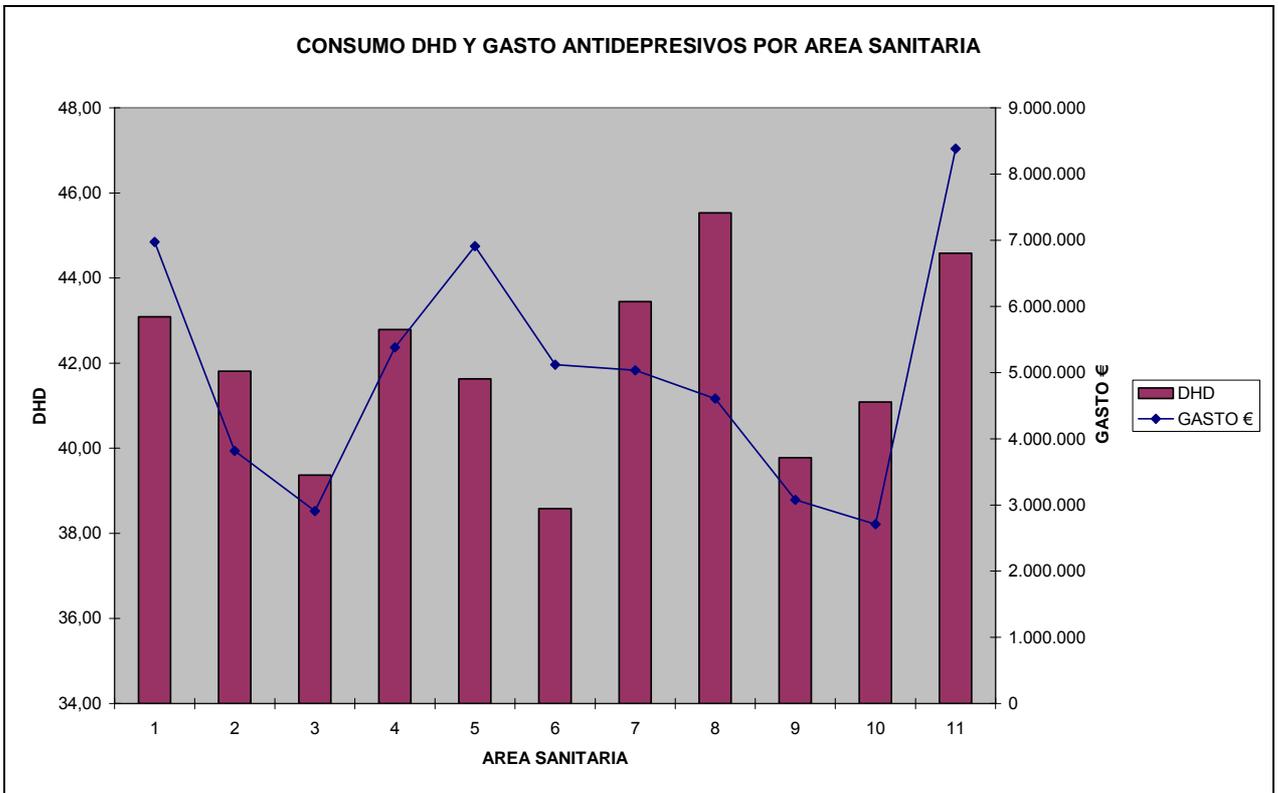
FIGURA 1. Consumo en dosis diaria definida 1.000 habitantes y día y gasto en Ansiolíticos por área sanitaria. Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008.



DATOS COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008. Fuente Farm@drid (SERMAS)

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

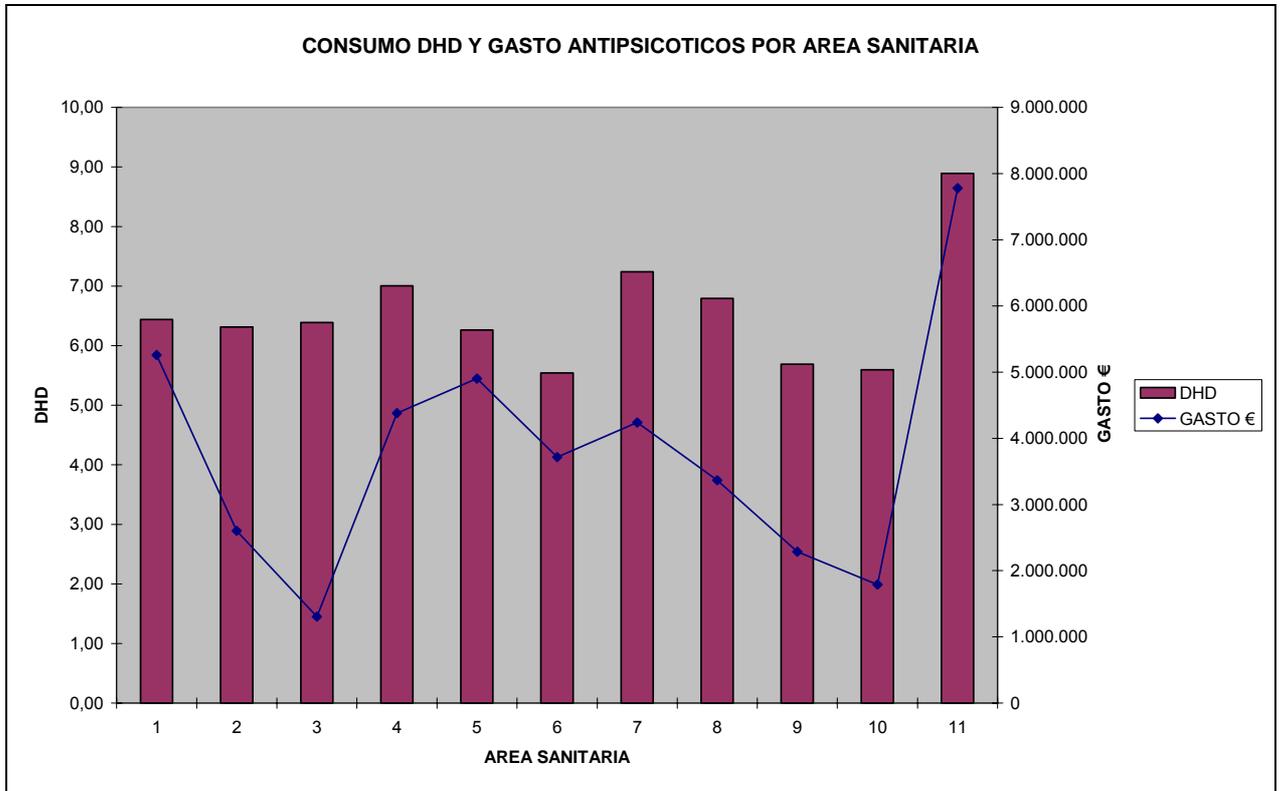
FIGURA 2. Consumo en dosis diaria definida 1.000 habitantes y día y gasto en Antidepresivos por área sanitaria. Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008



DATOS COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008. Fuente Farm@drid (SERMAS)

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

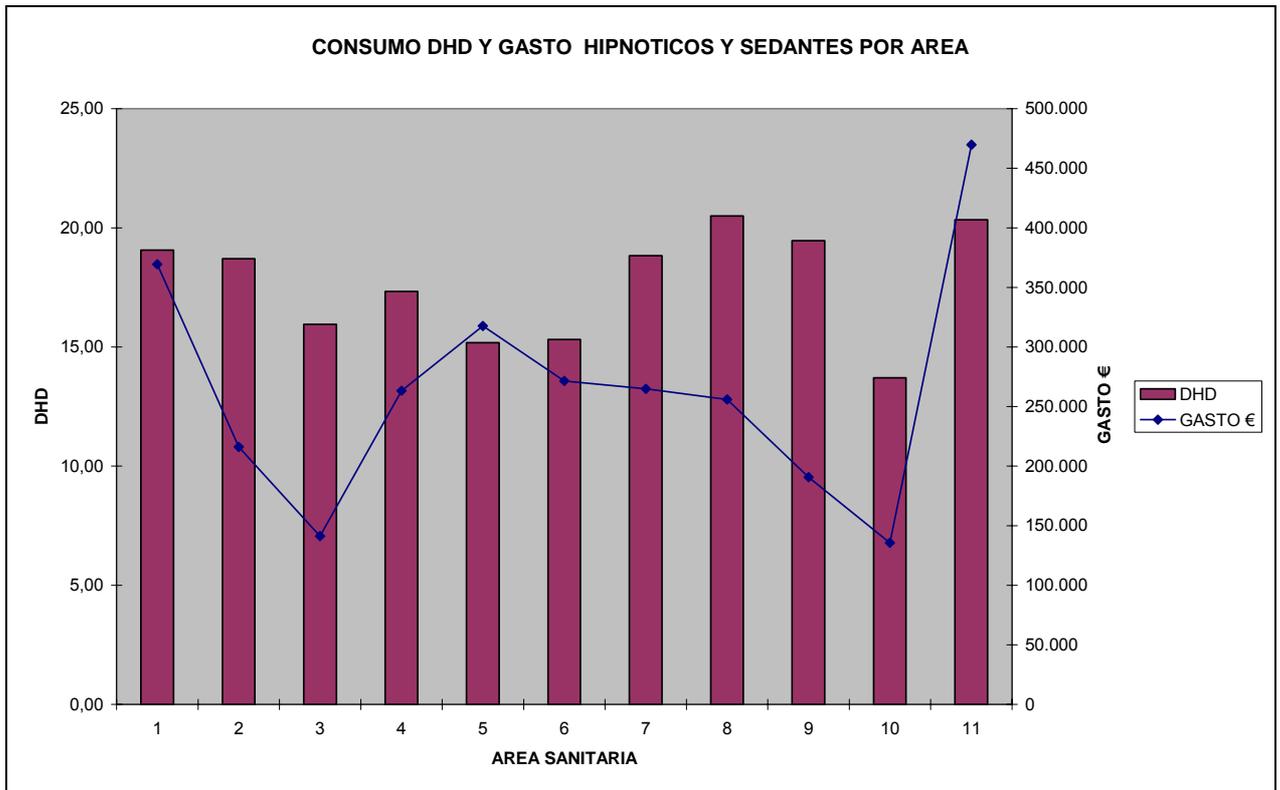
FIGURA 3. Consumo en dosis diaria definida 1.000 habitantes y día y gasto en Antipsicóticos por área sanitaria. Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008.



DATOS COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008. Fuente Farm@drid (SERMAS)

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

FIGURA 4. Consumo en dosis diaria definida 1.000 habitantes y día y gasto en Hipnóticos y Sedantes por área sanitaria. Comunidad de Madrid. Enero-octubre 2008.



DATOS COMUNIDAD DE MADRID. ENERO-OCTUBRE 2008. Fuente Farm@drid (SERMAS)

*El área 11 incluye receta interna de hospitales concertados de Ciempozuelos.

Bases de datos de actualización terapéutica

- Cochrane database of Systematic Reviews: contiene el texto completo de revisiones sistemáticas de los protocolos y resultados de actuaciones sanitarias, que muestran los pros y contras de los diversos tratamientos en circunstancias determinadas (link: www.cochrane.org).
- Evidence updates, área psiquiátrica (link para registrarse: <http://plus.mcmaster.ca/EvidenceUpdates/Registration.aspx>).
- Medline: constituye una de las mayores y principales fuentes de literatura biomédica, siendo la más utilizada para recuperación de información por los propios médicos (link: www.ncbi.nlm.nih.gov).
- TRIPDATABASE. Link: www.tripdatabase.com

Agencias evaluadoras de medicamentos:

- EMEA Agencia Europea del Medicamento . Contiene los informes de evaluación nuevos medicamentos. Página principal: <http://www.emea.eu.int/>. Informes EPAR. Apartado “scientific discusión”. (link: <http://www.emea.eu.int/index/indexh1.htm>)
- FDA. Food and Drug Administration. EEUU. Página principal: <http://www.fda.gov/> . Información sobre medicamentos comercializados en EEUU: Drugs@FDA: <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/>

Fichas Técnicas de medicamentos y prospectos:

- Agencia Española del Medicamento: <http://www.msc.es/agemed/Princip.htm>.
- Informe mensual Agencia de Medicamentos y Productos sanitarios: <http://www.agemed.es/actividad/notamensual>
- Información sobre Procedimientos para la obtención de medicamentos extranjeros: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142326317886&language=es&page_name=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829805

Boletines de información terapéutica:

- Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/home.htm
- Boletín farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid. Link: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142331885129&language=es&page>

[name=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024.](#)

- CADIME (Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos).
Link:
http://www.easp.es/web/cadime/cadime_documentos.asp?idCab=303&idSub=378&idSec=303

Guías de práctica clínica:

- Guía-Salud Ministerio Sanidad y Consumo:
<http://www.guiasalud.es/newCatalogo.asp>
- National Guideline Clearinghouse:
http://www.guideline.gov/browse/guideline_index.aspx
- National Institute of Clinical Excellence:NICE. Link: www.nice.org.uk

Otros enlaces de interés:

- Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Link:
<http://www.mju.es/toxicologia/intoxicaciones.htm>.
- Servicio de Información Telefónica sobre Teratógenos Español (SITTE): Tlfno: 91 822 24 35 (Horario: 9-15 h lunes a viernes). Link:
http://ier.isciii.es/er/html/er_sitte.htm
- Notificación RAM. Link: <https://seguridadmedicamento.sanidad.madrid.org>.

1. Organización Mundial de la Salud. The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts. Ginebra, OMS, 1985.
2. Oxman AD, Sackett DL, Guyatt GH, User's Guides to the medical literature. I. How to get started. The Evidence-Based Medicine Working Group. JAMA 1993;270:2093-5.
3. Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS: Promoción del uso racional de medicamentos: Componentes Centrales.
4. Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
5. II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2008-2012. www.juntadeandalucia.es GRUPO DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS Diciembre de 2008.
6. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2007-2012. http://intranet_saludextremadura.com.
7. Comisión asesora del Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Revisión de la seguridad de los antipsicóticos en el tratamiento de los síntomas psicóticos asociados a la demencia. Enero 2007. www.agemed.es.
8. Martínez Larrea A. Nuevos antidepresivos en el tratamiento de los trastornos afectivos. Boletín de información farmacoterapéutica de Navarra. Año 2003. www.cfnavarra.es.
9. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/tic021.htm>.
10. Carnicero J. *Introducción de la historia clínica a la historia de salud electrónica. La historia clínica en la era del conocimiento.*
11. Panells C. *Prescripción Asistida por Ordenador. Sistemas de planificación de la farmacoterapia: análisis e implementación.* Monografía Combino-Pharm, Ediciones Mayo; 2002.
12. Rainu Kausal, MD, MPH; Kaveh G. Shojania, MD; David W. Bates, MD, MSc. *Effects of Computerized Physician Order Entry and Clinical Decision Support Systems on Medication Safety.* Arch Intern Med. 2003; 163:1409-1416.
13. Khajouei R., Jaspers MW. *CPOE system design aspects and their qualitative effect on usability.* Stud Health Technol Inform. 2008;136:309-314.
14. Wolfstadt JI., Gurwitz JH., Field TS., Lee M., Kalkar S., Wu W., et al. *The effect of computerized physician order entry with clinical decision support on the rates of adverse drug events: a systematic review.* J Gen Intern Med. 2008 Apr;23(4):451-458.
15. Subramanian S., Hoover S., Gilman B., Field TS., Mutter R., Gurwitz JH. *Computerized physician order entry with clinical decision support in long-term care facilities: costs and benefits to stakeholders.* J Am Geriatr Soc. 2007 Sep;55(9):1451-1457.
16. Saeid Eslami, PharmD; Ameen Abu-Hanna, PhD; Nicolette F. de Keizer, PhD. *Evaluation of Outpatient Computerized Physician Medication Order Entry Systems: A Systematic Review.* J Am Med Inform Assoc. 2007;14:400-406.
17. Andrew Georgiou, Margaret Williamson, Johanna I. Westbrook, Sangeeta Ray. *The impact of computerised physician order entry systems on pathology services: A systematic review.* International Journal of Medical Informatics. 2007;76:514-529.
18. Julie Niès, Isabelle Colombet MD PhD, Patrice Degoulet MD PhD, Pierre Durieux MD. *Determinants of Success for Computerized Clinical Decision Support Systems Integrated into CPOE Systems: a Systematic Review.* AMIA 2006 Symposium Proceedings pg. 594-598.

19. Lise Poissant; Jenifer Pereira; Robyn Tamblyn; Yuko Kawasumi. *The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review*. J Am Med Inform Assoc. 2005;12:505-516.
20. Jonathan A Handler; Craig F Feied; Kevin Coonan; John Vozenilek; et al. Academic Emergency Medicine; Nov 2004;11(11):1135-1141.
21. David Campany; Josep Monterde; Salvador Duran; M^a Josep Carreras; Esmeralda Berdejo. *Impacto de las nuevas tecnologías sobre los procesos de prescripción y dispensación de medicamentos: informatización y automatización*. Formación continuada para farmacéuticos de hospital II. Fundación Promedic 2005;81-108.
22. Alegre EJ. Evaluación de nuevos fármacos. Revista Oficial de la Sociedad Andaluza de farmacéuticos de Hospital. 2005; 1(2):26-34
23. Calderón Beatriz . El posicionamiento terapéutico de los medicamentos. El comprimido nº 10, julio 2007
24. Ley 29/2006 de Garantías y Uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
25. Real Decreto 1344/2007 de 11 de octubre por el que se regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
26. Memoria de actividades Enero a Diciembre de 2007 del Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad de Madrid.
27. Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. Psychiatric Serv 1998 ; 49: 196-201.
28. Leucht, S., Heres, S.,. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2006; 67: 3–8.
29. Colom F, Vieta E, Martínez-Aran A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 402-407.
30. Doey T, Handelsman K, Seabrook JA, Steele M. Survey of atypical antipsychotic prescribing by Canadian psychiatrists and developmental pediatricians for patients aged under 18 years. Can J Psychiatry 2007; 52: 363-368
31. Hodgson R, Belgamwar R. Off-label prescribing by psychiatrists. Psychiatr Bull 2006; 30: 55-57
32. David S. Baldwin DS, Kosky N: Off-label prescribing in psychiatric practice. Advances in Psychiatric treatment 2007, vol. 13, 414–422
33. D.C. Radley and S.N. Finkelstein, "Off-Label Prescribing among Office-Based Physicians," Arch Int Med 2006; 166: 1021-26.
34. David S. Baldwin DS, Kosky N: Off-label prescribing in psychiatric practice. Advances in Psychiatric Treatment 2007; 13, 414–422
35. Haw, C. & Stubbs, J. Benzodiazepines – a necessary evil? A survey of prescribing at a specialist UK psychiatric hospital. J. Psychopharmacology, 2006, published online. doi:10.1177/ 0269881106072386.
36. Gill S et al. Antipsychotic Drug Use and Mortality in Older Adults with Dementia. *Ann Intern Med*. 2007;146:775-786.
37. Montejo AL, Majadas S, Mayoral F, Sanjuán J, Ros S, Olivares JM, González-Torres MA, Bousoño M. Análisis de los patrones de prescripción de antipsicóticos en psiquiatría. *Actas Psiquiatr* 2006; 34: 323-329
38. http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/docs/NI_2008-19_antipsicoticos.pdf
39. Medrano J, Pacheco L: Uso no autorizado de Psicofármacos. *Psiquiatría Legal*. 2007.
40. Royal College of Psychiatrists. Use of Licensed Medicines for Unlicensed Applications in Psychiatric Practice. 2007. (College Report CR142)