



LIBRO BLANCO^{de la} Atención a la **Salud Mental** en la **Comunidad de Madrid**

Sociedad de Psiquiatría de Madrid
www.psiquiatriamadrid.org





Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**



Sobre la Sociedad de Psiquiatría de Madrid

La Sociedad de Psiquiatría de Madrid (SPM) fue fundada en 1977 como filial de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP).

El 11 de abril de 2012 se relanzó la SPM con carácter renovado mediante un convenio con la SEP.

La Sociedad de Psiquiatría de Madrid agradece el apoyo de Janssen-Cilag a este proyecto.

Con el patrocinio de:





Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

INDICE

Prólogo	9
1 Introducción	11
2 Metodología de trabajo.....	15

PARTE I

Políticas y tendencias 19

3 Políticas en Salud Mental	20
3.1 Principales políticas internacionales sobre Salud Mental	20
3.2 Principales políticas a nivel estatal	30
3.3 Principales políticas en la Comunidad de Madrid	35
4 Tendencias de cambio y buenas prácticas en Salud Mental	39

PARTE II

Mapa de recursos y actividad en salud mental en la Comunidad de Madrid 41

5 Mapa de recursos: la red asistencial y social	42
5.1 Recursos de la Red de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid.....	44
5.2 Evolución de los recursos asistenciales a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid.....	47
5.3 La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.....	51
6 Mapa de los Recursos Humanos: los profesionales de la Salud Mental.....	54
6.1 Recursos Humanos en los Centros de Salud Mental.....	56
6.2 Recursos Humanos en el ámbito hospitalario	58
6.3 Personal en formación	59
7 Mapa de actividad: actividad asistencial de atención a la Salud Mental.....	62
7.1 Análisis de la actividad ambulatoria.....	62
7.2 Análisis de la actividad hospitalaria	64
8 Formación en Salud Mental en la Comunidad de Madrid	69
8.1 Formación de grado	69
8.2 Formación de postgrado	69

8.3 Formación Sanitaria Especializada.....	70
8.4 Formación continuada.....	70
9 Investigación en Salud Mental en la Comunidad de Madrid.....	71
10 Salud Mental en la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid.....	77
11 Principales Asociaciones y Fundaciones de apoyo a la Salud Mental	81
 PARTE III	
Identificación de retos y áreas de mejora	83
12 Diagnóstico de situación. Retos de futuro y áreas de mejora.....	84
 PARTE IV.	
Recomendaciones de futuro para una mejor atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid	95
 Anexos.....	99
Anexo 1. Objetivos y acciones del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014	100
Anexo 2. Tendencias de cambio en Salud Mental	107
1 Organización del sistema de atención	107
2 El papel de la Atención Primaria	109
3 Salud Mental del Niño y Adolescente como prioridad	110
4 Importancia de los cuidadores	111
5 Mejora en la experiencia del paciente/humanización	113
6 Empoderamiento de los pacientes.....	114
7 Aplicación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)	115
8 Lucha contra el estigma.....	116
9 Prevención del suicidio.....	117
Anexo 3. Buenas prácticas en Salud Mental	118
1 Buenas prácticas en organización y procesos asistenciales	119
2 Buenas prácticas en utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs).....	124
3 Buenas prácticas en campañas de lucha contra el estigma	126
4 Buenas prácticas en prevención del suicidio.....	127
5 Otras buenas prácticas en Salud Mental.....	130
6 Mejores prácticas a nivel nacional	131

Anexo 4. Principales fundaciones de soporte a la formación y/o investigación en Salud Mental	135
Anexo 5. Principales asociaciones/fundaciones de pacientes en la Comunidad de Madrid	137
Anexo 6. Principales asociaciones de profesionales de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid.....	146
Bibliografía.....	149



Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

Prólogo

LA CARENCIA

*Yo no sé de pájaros.
No conozco la historia del fuego.
Pero creo que mi soledad debería tener alas.*

Alejandra Pizarnik

Muchos de nuestros enfermos pueden sentir la misma soledad, el mismo desamparo que la poetisa Alejandra Pizarnik en el transcurso del padecimiento de su Trastorno Bipolar.

Y es ahí donde nace la necesidad de hacer un Libro Blanco de la Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Ver qué tenemos, qué hacemos, replantearnos las necesidades, saber si nuestros pacientes se sienten bien atendidos y entendidos, escuchar a los familiares e intentar mejorar la atención humana y sanitaria en nuestra Comunidad. Todo con un único objetivo: que los hombres y mujeres que padecen un trastorno mental se sientan acompañados y bien tratados.

Esta ha sido la pretensión de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid al hacer este libro. Esta y, una vez diseñado el mapa y descubiertas las carencias, promover las mejoras que posibiliten una atención de excelencia a las personas que viven con un trastorno mental y conseguir así darles las alas necesarias.

Marina Díaz Marsá

Presidenta de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid



Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

1. Introducción

El Libro Blanco que tiene en sus manos, pretende ofrecer una visión sobre el estado actual de la atención de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid. Numerosos son los cambios que han acaecido en la atención a las personas con trastorno mental en nuestra Comunidad en los últimos años. La Sociedad de Psiquiatría de Madrid decidió realizar este libro blanco para que el análisis de la situación interna de la salud mental en la Comunidad de Madrid informe sobre futuros planes de acción para la mejora en este terreno. Se identificaron las principales limitaciones y necesidades no cubiertas. Por último se realizan recomendaciones de futuro para mejorar la situación actual de la Salud Mental en Madrid. Para todo ello hemos tenido en cuenta las principales políticas y tendencias a nivel nacional e internacional en salud mental.

En la elaboración del Plan han participado un importante número de profesionales de la salud mental y distintas disciplinas así como responsables y representantes de las principales asociaciones de pacientes y organizaciones de apoyo a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid. El resultado final pretende recoger diferentes perspectivas, necesidades y sensibilidades sobre la atención a la Salud Mental.

Como objetivos específicos de la elaboración del presente Libro Blanco de la Atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid se establecieron:

1. Conocer la situación actual de la atención a la Salud Mental en términos de recursos disponibles y organización de la actividad asistencial, docente e investigadora y las relaciones existentes entre los agentes clave.
2. Describir las principales actuaciones desarrolladas en los últimos años y analizar los resultados alcanzados.
3. Identificar las principales áreas de mejora y retos de la asistencia, la docencia y la investigación en Salud Mental en la Comunidad de Madrid.
4. Consensuar recomendaciones y propuestas de mejora por parte de los profesionales de la Comunidad de Madrid.
5. Dar la máxima difusión a las conclusiones y recomendaciones elaboradas en el marco de este informe, para que puedan servir de base al desarrollo de futuras políticas y estrategias.

Todo ello con el objetivo final de contribuir a mejorar la promoción de la salud mental, la prevención de trastornos mentales, la calidad de la asistencia prestada a los pacientes, sus familiares y cuidadores en la Comunidad de Madrid. Esperamos que este libro blanco ayude a mejorar la calidad de vida de todos ellos. Ello redundará sin duda en una sociedad más sana en todos sus sentidos.

Celso Arango López

Jefe de Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. HGUGM
Presidente Electo Sociedad Española de Psiquiatría.
Vocal Sociedad de Psiquiatría de Madrid.



Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

2. Metodología de trabajo

La elaboración de este Libro Blanco se ha estructurado en tres fases de trabajo:

FASE 1. Diagnóstico de la situación actual de la asistencia a la Salud Mental

Durante esta fase se acometieron las siguientes actividades:

- Revisión de las principales políticas relativas a la atención a la Salud Mental, tanto a nivel estatal como europeo e internacional.
- Análisis de tendencias innovadoras y descripción de una selección de iniciativas y modelos de atención, identificadas como buenas prácticas, puestas en marcha tanto a nivel estatal como internacional.
- Descripción del mapa de recursos y actividad asistencial en el ámbito de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid, incluyendo una descripción de los recursos humanos y materiales disponibles y una revisión de los principales indicadores de actividad asistencial a la Salud Mental.
- Descripción de la situación actual referente a la docencia y formación e investigación en Salud Mental en la Comunidad de Madrid.
- Revisión de las principales estrategias y actuaciones puestas en marcha en relación al Plan Estratégico de Salud Mental con el objetivo de realizar una evaluación cualitativa de su grado de desarrollo y principales resultados.
- Descripción de las principales asociaciones que ejercen su labor en este ámbito, a nivel autonómico.

FASE 2. Identificación de áreas de mejora

Con el objetivo de contar con una amplia participación y opinión de profesionales y agentes implicados en el sector en la elaboración de este Libro Blanco, se elaboró un cuestionario que permitiera recoger la opinión e identificar acciones de mejora por parte de los principales agentes implicados en la atención y soporte a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid.

El trabajo durante esta fase se organizó fundamentalmente a través de entrevistas con el Comité Asesor de proyecto, integrado por diferentes profesionales (con diferente perfil, especialidad y ámbito de actividad), así como representantes de las principales asociaciones de pacientes y familiares en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

Este Comité ha tenido un papel clave en el desarrollo del proyecto, tanto en la emisión de opiniones sobre el diagnóstico de situación, en la validación de la metodología de trabajo y cuestionarios de opinión, así como en la identificación de áreas de mejora, retos y áreas de futuro.

El Comité Asesor estuvo integrado por los siguientes miembros:

Tabla 1. Comité Asesor para la elaboración del Libro Blanco de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Profesionales sanitarios

Representantes de psiquiatría

Dra. Marina Díaz Marsá (coordinadora del proyecto)	Hospital Clínico San Carlos. Presidenta de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid (SPM)
Dr. Celso Arango (coordinador del proyecto)	Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Dr. José Manuel Montes	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dr. Jerónimo Sainz	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dr. Jose Luis Ayuso	Hospital Universitario de La Princesa
Dr. Fernando Cañas	Hospital Dr. R. Lafora
Dra. Montserrat Graell	Hospital Infantil Universitario Niño Jesús
Dra. María Luisa Zamarro	Jefe de los Servicios de Salud Mental de Alcobendas-S.S. Reyes
Dra. Beatriz Martínez	Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla" (representante de residentes en la SPM)

Representantes de enfermería

Julián Carretero Román	Supervisor de Recursos Humanos, Gestión y Desarrollo de Profesionales de Enfermería del Hospital Infanta Leonor (Vallecas). Presidente de la Comisión Nacional de Enfermería
------------------------	---

Representantes de Atención Primaria

Rafael Casquero	Ex Presidente SEMERGEN. Tesorero de la Junta Gestora SEMERGEN (03/02/2016)
-----------------	---

Asociaciones y Fundaciones*

Bibiana Serrano	Directora-Gerente de la Fundación ASAM (Asociación Salud y Ayuda Mutua)
Teresa Oñate	Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad AMAI TLP
Ana Cabrera	Directora de AMAFE (Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia)
Raúl Gómez (en representación de Francisco Sardina de Fundación Manantial)	Presidente de la Fundación Manantial/Representante de la Red de Rehabilitación Raúl Gómez es Psicólogo Clínico, Director del Departamento de Recursos de Atención Social, y miembro del Comité de Dirección de Fundación Manantial
Dolores Charles (en representación de Juan Antonio Alonso Bernal)	UMASAM- Unión Madrileña de Asociaciones de Personas Pro Salud Mental. Representante de la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA) Dolores Charles es Secretaria de la Junta Directiva de AMAFE. Actuó además como representante de UMASAM
Maribel Rodríguez	Gerente FEAFES empleo
Guadalupe Morales	Fundación Mundo Bipolar
Carmen Galindo	Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y Bulimia (FEACAB)
Manuel Nevado	Federación Autismo Madrid

*Nota: Se muestran datos de los representantes de las asociaciones que fueron contactados para actuar como interlocutores de sus respectivas asociaciones en el Comité Asesor. En algunos casos las personas contactadas designaron a un representante de su Asociación para participar en el mencionado Comité.

Durante esta fase se acometieron las siguientes actividades:

- Elaboración de un informe de conclusiones del diagnóstico de situación.
- Elaboración de un cuestionario de opinión para la recogida de opiniones cualitativas sobre el diagnóstico, áreas de mejora y recomendaciones de futuro.
- Realización de entrevistas individuales con el Comité Asesor.
- Elaboración de encuesta online a miembros de la Sociedad de Psiquiatría de Madrid.
- Análisis de conclusiones agregadas. Elaboración de informe de conclusiones y visión general sobre el diagnóstico de situación.

FASE 3. Identificación de áreas de mejora y emisión de recomendaciones de futuro sobre la atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Fruto del trabajo realizado con los diferentes colectivos, y a la vista de los datos objetivos publicados en relación a la atención a la Salud Mental, se han identificado una serie de recomendaciones o áreas posibles de mejora en las que este sector debe centrar sus esfuerzos y actividades a futuro para la consecución de sus objetivos.

Durante esta fase se acometieron las siguientes actividades:

- Celebración de un Taller de trabajo con miembros del Comité Asesor: presentación de conclusiones del diagnóstico y trabajo sobre identificación de retos y recomendaciones de futuro.
- Elaboración del informe final de conclusiones, incluyendo recomendaciones de futuro consensuadas.



Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

PARTE I

políticas y tendencias

3. Políticas en Salud Mental

3.1. Principales políticas internacionales sobre Salud Mental

“El Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS tiene como finalidad la de fomentar una salud mental adecuada, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales”

Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud (OMS)

El Proyecto de Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020, publicado por la OMS en colaboración con los Estados miembros tiene como visión *la valoración, fomento y protección de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y que los afectados puedan ejercer sus derechos humanos y acceder a una atención sanitaria y social de gran calidad y culturalmente adaptada que estimule la recuperación, para poder conseguir el mayor nivel posible de salud y la integración en la sociedad y en el ámbito laboral, sin estigmatizaciones ni discriminaciones.*

Para alcanzar esta visión, se proponen una serie de objetivos y acciones para conseguirlos:

Tabla 2. Objetivos y Acciones del Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020

Objetivos	Acciones
1. Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental	• Política y legislación. • Planificación de los recursos. • Colaboración con las partes interesadas. • Fortalecimiento y emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y de sus organizaciones.
2. Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta	• Reorganización de los servicios y ampliación de la cobertura. • Atención integrada y adaptable. • Salud mental en las emergencias humanitarias (conflictos y otras catástrofes). • Desarrollo de los recursos humanos. • Corrección de las disparidades.
3. Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental	• Promoción de la salud mental y prevención de trastornos. • Prevención del suicidio.
4. Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental	• Sistemas de información. • Evidencia e investigación.

Relacionados con estos objetivos, se proponen seis principios y enfoques transversales en los que se basa el plan de acción. Estos son la cobertura sanitaria universal, los

derechos humanos, la práctica basada en la evidencia, un enfoque que abarque todo el ciclo vital de la persona, un enfoque multisectorial y la ayuda a la emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacitados psicosociales.

Principales políticas a nivel europeo

Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental¹

“El Libro Verde de la Salud Mental en Europa, publicado en 2005, destacaba la importancia de una estrategia común en la UE a nivel de salud mental”

En octubre de 2005, la Comisión Europea publicó el *Libro Verde - Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, como una primera respuesta a la *Declaración Europea de Salud Mental (Declaración de Helsinki)*² de la OMS para Europa.

El objetivo de este Libro Verde era lanzar un debate con una amplia gama de actores relevantes, incluyendo las instituciones europeas, los gobiernos, los profesionales de la sanidad, la sociedad civil y la comunidad investigadora, entre otros.

Se pone de manifiesto la necesidad de definir una estrategia de la Unión Europea (UE) en materia de salud mental que constituya un marco de intercambio y cooperación entre Estados miembros, ayude a aumentar la coherencia de las acciones emprendidas en las diferentes políticas y fomente la participación de las partes interesadas para que participen de forma conjunta en la búsqueda de soluciones.

Se propone que la estrategia a seguir se centre en la promoción de la salud mental de toda la población, se realicen actividades de prevención para hacer frente a las enfermedades mentales, se trabaje en la integración en la sociedad y protección de los derechos y dignidad de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas y se desarrolle un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la UE.

Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. 2008³

“El Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar se centra en prevención de depresión y suicidio, salud mental para jóvenes y personas mayores y en el entorno laboral y lucha contra la estigmatización”

El Pacto reconocía que la responsabilidad primordial de acción en este ámbito recae en los Estados miembro. Sin embargo, el Pacto se basó en el potencial de la UE para informar y promover las mejores prácticas y fomentar las acciones de los Estados miembro y las partes interesadas y ayudar a la dirección común de los desafíos y desigualdades en salud. Este Pacto reflejaba su compromiso a largo plazo para el intercambio, la cooperación y la coordinación sobre temas clave. El Pacto para apoyar e impulsar la salud mental y el bienestar, reunía a las instituciones europeas, a los Estados miembro, a los sectores afectados y a la comunidad investigadora.

1 Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. Bruselas, 14.10.2005

2 Declaración Europea de Salud Mental (Declaración de Helsinki). Organización Mundial de la Salud Europa, 2005.

3 Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la UE Juntos por la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas, 12-13.6.2008

En este pacto se solicitaba que las políticas se orientaran, principalmente, a cinco áreas prioritarias:

- Prevención de la depresión y del suicidio
- Salud mental entre jóvenes y educación
- Salud mental en el entorno laboral
- Salud mental de las personas mayores
- Lucha contra la estigmatización y la exclusión social

El Pacto debía facilitar el seguimiento de las tendencias y actividades en los Estados miembro y entre los interesados, y basado en las mejores prácticas europeas, ayudar a emitir recomendaciones de acción para avanzar en el tratamiento de sus temas prioritarios.

Por ello, con este Pacto se animaba:

- A los Estados miembros, junto con otros actores relevantes de los sectores y la sociedad civil en la UE y las organizaciones internacionales a participar en el Pacto Europeo para la Salud Mental y bienestar y contribuir a su aplicación.
- A la Comisión Europea y a los Estados miembros, junto con las organizaciones internacionales relevantes y las partes interesadas a establecer un mecanismo para el intercambio de información, a trabajar juntos para identificar las buenas prácticas y factores de éxito en las políticas y las acciones para abordar los temas prioritarios del Pacto, y elaborar recomendaciones y planes de acción adecuados y a comunicar los resultados de este trabajo a través de una serie de conferencias en los temas prioritarios del Pacto en los próximos años.
- A la Comisión Europea, a emitir una propuesta de Recomendación del Consejo en la salud mental y el bienestar durante el año 2009.
- A la Presidencia a informar al Parlamento Europeo y al Consejo de Ministros, así como el Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones de los procedimientos y los resultados de esta conferencia.

La ejecución del Pacto se impulsó a través de la celebración de conferencias sobre las cinco prioridades del mismo:

- Mental Health in Youth and Education. 29-30 septiembre 2009. Estocolmo
- Prevention of Depression and Suicide 10-11 diciembre 2009. Budapest
- Mental Health in Older People 28-29 junio 2010. Madrid
- Combating Stigma and Social Exclusion 8-9 noviembre 2010. Lisboa
- Mental Health in Workplace Settings 3-4 marzo 2011. Berlín
- European Conference on Youth Mental Health from Continuity of Psychopathology to Continuity of Care. 16-18 diciembre 2014. Venecia.

“En 2013 se revisó el estado de implantación del pacto y se actualizaron los retos que deben ser abordados en relación a la salud mental”

En octubre de 2013, cinco años después de la publicación del Pacto, se organizó en Vilna la conferencia “*Mental Health: Challenges and Possibilities*” en la que se acordaron los principales retos que deben ser abordados en relación a la salud mental: promoción y prevención de los problemas de salud mental desde un punto de vista intersectorial, erradicación de las desigualdades, fomento de la inclusión social y participación en el mercado laboral para enfer-

mos de salud mental, evitar desigualdades en el tratamiento, respeto a los derechos humanos, formación especializada para el personal y cuidadores de enfermos de salud mental y adecuación de la información para fomentar la investigación.

The Joint Action in Mental Health and Wellbeing

<http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action>

La Joint Action para la Salud Mental y el Bienestar (JA MH-BM), se puso en marcha en 2013, con el objetivo de construir un **marco de actuación en política de salud mental a nivel europeo** y basándose en el trabajo previo desarrollado en el marco del Pacto Europeo por la Salud Mental y Bienestar. Financiado por la Agencia Europea de Sanidad y Consumo, implica la participación de 51 socios, que representan a 28 Estados miembros de la UE y 11 organizaciones europeas, y está coordinado por la Escuela de Medicina de Nova / Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nova de Lisboa, Portugal.

El objetivo era contribuir a la promoción de la salud mental y el bienestar, la prevención de los trastornos mentales y la mejora de la atención y la inclusión social de las personas con trastornos mentales en Europa.

La acción común planteaba cuestiones relacionadas con cinco áreas:

1. Promoción de la salud mental en los lugares de trabajo.
2. Promoción de la salud mental en las escuelas.
3. Promoción de la acción contra la depresión y el suicidio y la aplicación de enfoques de salud electrónica.
4. Desarrollo de la atención de salud mental basados en la comunidad y la inclusión social de las personas con trastornos mentales graves.
5. Promoción de la integración de la Salud Mental en todas las políticas.

Los resultados esperados de la JA-MH WB incluyen:

- Un conocimiento más riguroso y exhaustivo sobre la situación de la salud mental y el bienestar en los países de la UE.
- Creación de un inventario de evidencias, buenas prácticas y recursos disponibles.
- El fortalecimiento de las redes nacionales y europeas.
- Recomendaciones de actuación.
- Capacitación de líderes nacionales de salud mental y otros agentes clave en el desarrollo de políticas de salud mental.
- Respaldo de un marco de acción de los estados miembro y agencias de la UE, así como su compromiso en acciones de seguimiento.
- Establecimiento de una cooperación estructurada entre la Joint Action y las redes de otros proyectos europeos.
- Creación de mecanismos que aseguren una colaboración estructurada entre los actores clave en la implementación de políticas de salud mental en Europa.

En cada una de las cinco áreas de trabajo de la Acción común, se adoptó una metodología similar, que incluyó un análisis de la situación en los países participantes, el desarrollo de recomendaciones para la acción, y el apoyo a la aprobación de un marco de acción de la UE y estados miembro.

El desarrollo de recomendaciones para la acción a nivel de la UE y los estados miembro para mejorar la eficacia de la implementación de las políticas de salud mental se ha realizado en colaboración con agencias de la UE, la OMS y otras organizaciones internacionales.

Plan de Acción Europeo en Salud Mental. OMS. Oficina Regional Europea. (The European Mental Health Action Plan. World Health Organization. Regional Office for Europe)⁴

El Plan de Acción Europeo de Salud Mental (1), publicado por la Oficina Regional Europea de la OMS en 2013, proponía un enfoque triple con tres vertientes interdependientes e indivisibles:

- Mejorar el bienestar mental de la población y reducir la carga de las enfermedades mentales.
- Respetar los derechos de los enfermos mentales y ofrecer equidad de oportunidades a la hora de conseguir la mejor calidad de vida posible y eliminar el estigma y la discriminación.
- Establecer servicios accesibles, seguros y eficaces que cumplan con las necesidades y expectativas mentales, físicas y sociales de los enfermos mentales y sus familias.

En este plan se definían siete objetivos: cuatro centrales y tres transversales. Para conseguir cada uno de ellos se proponían una serie de acciones:

“El Plan de Acción Europeo de Salud Mental proponía un enfoque con tres vertientes: mejorar el bienestar mental de la población, respetar los derechos de los enfermos mentales, establecer servicios accesibles, seguros y eficaces”

“El Plan proponía siete objetivos, cada uno con sus correspondientes acciones para conseguirlos”

⁴ Plan de Acción Europeo. The European Mental Health Action Plan. Sixty-third session of the WHO Regional Committee for Europe. Turkey, 16-19.09.2013.

Tabla 3. Objetivos y Acciones del Plan de Acción Europeo en Salud Mental.

Objetivos	Acciones
Objetivos centrales	1. Igualdad de oportunidades para conseguir el bienestar mental a lo largo de su vida, particularmente aquellos individuos más vulnerables o en riesgo • Estrategias de prevención del suicidio. • Prevención de las enfermedades mentales desde la infancia. • Conciliación personal-laboral: reducción del estrés laboral y optimización de horarios. • Promoción de hábitos de vida saludables. • Asegurar la dignidad de los ancianos.
	2. Protección, promoción y valoración de los derechos humanos de los enfermos mentales • Minimizar las desigualdades y discriminación en el acceso a servicios relacionados con la salud mental. • Proporcionar a pacientes y familia información apropiada y veraz sobre sus derechos, opciones de tratamiento y estándares de cuidados. • Mecanismos para que los enfermos mentales participen en el diseño, desarrollo, monitorización y evaluación de las políticas y servicios relacionados con la salud mental. • Actividades orientadas a la desestigmatización de las enfermedades mentales.
	3. Los servicios de salud mental deben ser accesibles y asequibles, disponibles en la comunidad de acuerdo a las necesidades • Estrategia de salud mental a nivel nacional. • Establecer la atención primaria como el primer punto de acceso para pacientes con problemas mentales y que este personal esté convenientemente formado. • Servicios adecuados a la edad del paciente.
	4. Las personas tienen derecho a un tratamiento seguro, efectivo y digno • Compartir con los usuarios las decisiones sobre nuevos tratamientos. • Llevar a cabo la práctica de acuerdo a estándar éticos consensuados con asociaciones profesionales. • Incluir competencias en salud mental en los estudiantes de grados. • Ofrecer y asegurar una formación continua a los profesionales de la salud mental. • Organización y participación en redes internacionales. • Apoyar a la sección de psiquiatría de la Union Européenne des Médecins Spécialistes a coordinar la estandarización internacional de competencias y armonización de la formación en postgraduados.
Objetivos transversales	5. Los sistemas sanitarios deben proporcionar una buena atención física y psicológica a toda la población • Asegurar el acceso tanto a cuidados físicos como mentales de calidad para toda la población. • Incluir a pacientes mentales en programas de educación y tratamiento. • Valorar de forma periódica la salud mental de pacientes con enfermedades físicas crónicas. • Ofrecer formación para los médicos de atención primaria en la detección y manejo de depresión y ansiedad asociados a enfermedades físicas.
	6. Los sistemas de salud mental deben trabajar en equipo de forma coordinada con otros sectores • Concretar el papel de las diferentes partes involucradas en el cuidado en salud mental. • Asegurar la coordinación del bienestar, empleo, vivienda y educación para los enfermos de salud mental. • Establecer procedimientos integrados entre los responsables del cuidado de enfermos mentales y servicios sociales.
	7. Se debe facilitar el intercambio de información entre las distintas entidades involucradas en el cuidado y seguimiento de los enfermos mentales • Consensuar, medir y compartir indicadores. • Realizar evaluaciones periódicas de calidad y seguridad. • Implantar medidas para compartir información entre los distintos agentes. • Apoyar la investigación para cubrir necesidades, realizar innovaciones y evaluar resultados. • Incluir a pacientes y familias en las evaluaciones de calidad.

Promoción de la Salud Mental y bienestar en los jóvenes

La niñez y la adolescencia son períodos cruciales para sentar las bases de un desarrollo saludable y de bienestar mental. Existen evidencias de que la promoción del bienestar mental y las intervenciones de prevención, cuando se implementan correctamente, pueden reducir los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos mentales, mejorar los factores protectores para una buena salud tanto física como mental y dar lugar a efectos positivos y duraderos sobre una amplia gama de resultados educativos, sociales y económicos. Se necesita una mayor robustez de las evidencias disponibles en relación a los factores de resistencia y en la eficacia de las intervenciones que promueven el bienestar mental. El desarrollo de estos en los niños y jóvenes ofrece la posibilidad de ejercer una influencia positiva en su desarrollo durante los periodos más críticos o sensibles (niñez, adolescencia, transición a la edad adulta), gracias a la neuroplasticidad.

Las propuestas deben desarrollar intervenciones en prevención primaria, orientadas a la población para la promoción del bienestar mental de la gente joven y evaluar su eficacia. Las propuestas deben tender a aumentar la resistencia y atenuar el impacto biológico, psicosocial y ambiental de los factores de riesgo. El grupo diana debe incluir a los jóvenes hasta los 25 años, que es la edad límite usada comúnmente ya que muchos trastornos graves se inician en este periodo.

El diseño de la investigación debe partir de un enfoque multidisciplinar e involucrar a los propios jóvenes y otros grupos de interés relevantes. Las intervenciones deben utilizar un enfoque integral, teniendo en cuenta aspectos como el género y la desigualdad sanitaria, en el aumento de la capacidad de recuperación y el empoderamiento de los jóvenes. Las intervenciones que se desarrollen deben reflejar la diversidad de los diferentes países y regiones de Europa. Las intervenciones serán evaluadas para conocer su impacto en el bienestar mental, así como los beneficios económicos y sociales y el impacto en la reducción de las desigualdades. Por otro lado, los resultados de las mismas serán difundidos con el fin de que la evidencia generada se aproveche plenamente.

El impacto esperado a corto medio plazo será por un lado mejorar el bienestar mental de los jóvenes y por otro lado las intervenciones innovadoras crearán una fuerte evidencia que servirá como base para programas de promoción del bienestar mental en Europa, contribuyendo a una mayor equidad en salud y mejorando los beneficios sociales.

Más a largo plazo, se espera que la mejora en el bienestar mental de los jóvenes contribuya a la mejora en el fracaso escolar a corto plazo, al fortalecimiento de la confianza personal y la función cognitiva, a la mejora de los esfuerzos educativos y a la mejora de la empleabilidad. Además, se establecerán aquellas estrategias preventivas que tengan un efecto real en la reducción de la incidencia de los trastornos mentales y las comorbilidades asociadas a lo largo de la vida.

The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide effort in mental Health research⁵

“La Declaración de Madrid pretendía impulsar la investigación colaborativa en Salud Mental a nivel europeo”

En 2011, el *British Journal of Psychiatry* publicó el editorial *The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide effort in mental health research*.

La Declaración de Madrid surge a raíz de la Reunión Internacional que tuvo lugar en Madrid en octubre de 2009 y en la que participa-

⁵ The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide effort in mental Health research. Ayuso-Mateos JL, Wykes T, Arango C. Br J Psychiatry. 2011 Apr;198(4):253-5. doi: 10.1192/bjp.bp.110.082511.

ron representantes de redes de investigación en salud mental de siete países, además de líderes de proyectos en curso en salud mental financiados por la Unión Europea.

La Declaración de Madrid supuso un compromiso de reforzar los esfuerzos a nivel europeo en investigación en salud mental.

El mensaje clave de la Declaración de Madrid fue la necesidad de implantar un sistema de cooperación formal entre los diferentes países basándose en los actuales proyectos financiados por la Unión Europea, además de otras iniciativas a nivel estatal. Éste ayudará a los diferentes grupos de investigación a identificar y responder de forma efectiva a los temas prioritarios en materia de investigación y a optimizar los recursos disponibles.

“A través de redes de excelencia que constituyera plataformas de investigación coste-efectivas a nivel europeo”

Para ello, se propuso la creación de una red colaborativa formada por redes de excelencia, que proporcionara plataformas coste-efectivas de apoyo a la investigación.

Proyecto ROAMER⁶

ROAMER (*Roadmap for Mental Health Research in Europe*) se creó para desarrollar la agenda europea de investigación en salud mental con prioridades a corto y largo plazo. Cubre los trastornos mentales mencionados en los Estudio de Carga Global de la Enfermedad 2010⁷ pero no los trastornos neurodegenerativos.

El programa ROAMER consistió en grupos de trabajo multidisciplinares y consejos asesores que cubrían una amplia gama de enfoques para la investigación en salud mental. Las áreas cubiertas por cada uno de los grupos de trabajo se decidieron por consenso en las reuniones del comité directivo ROAMER, de expertos científicos y juntas consultivas.

El proyecto se organizó en dos fases. La primera proporcionó un informe de mapeo basado en revisiones sistemáticas de trabajos publicados elaborado por los grupos de trabajo. Se analizaron en total 70.761 artículos, de los cuales 28.188 fueron utilizados en el mapeo final, destacando el volumen de diferentes tipos de investigación en salud mental en toda Europa. Así se estableció, para cada grupo de trabajo, los mayores avances en investigación logrados en todo el mundo durante los últimos 10 años y cuales serían necesarios para superar las carencias existentes. En la segunda fase, se establecieron las prioridades en investigación, así como los avances que se consideran necesarios para cada grupo de trabajo. El proyecto tuvo en cuenta los aspectos sociales, políticos y contextos económicos presentes en Europa, así como las infraestructuras existentes.

Las 151 prioridades generadas por el trabajo de los grupos se integraron en una lista de 20 prioridades a través de una encuesta a 486 expertos científicos y 245 organizaciones interesadas a lo largo de Europa. Este proceso de toma de decisiones, basado en el consenso, generó seis prioridades de investigación generales, factibles y basadas en la ciencia europea de excelencia. Por otra parte, se señalaba que la investigación focalizada en estas seis áreas prioritarias podía tener un gran impacto en la atención sanitaria y suponer un ahorro de costos importante en los próximos 5-10 años.

6 Wykes T, Haro JM, Belli SR, Obradors-Tarragó C, Arango C, Ayuso-Mateos JL, et. al. Mental health research priorities for Europe. *The Lancet Psychiatry* 2015. Published Online: 21 September 2015.

7 Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et. al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382:1575-86.

Las 6 áreas prioritarias en investigación identificadas fueron:

- Prevención de los trastornos mentales, promoción de la salud mental y atención a los niños, adolescentes y adultos jóvenes.
- Conocimiento de los mecanismos causales y de desarrollo de los síntomas, síndromes y bienestar en salud mental a lo largo de la vida (incluyendo las poblaciones de mayor edad).
- Creación de colaboraciones internacionales y redes de investigación en salud mental.
- Desarrollo e implementación de intervenciones novedosas y mejores para la salud mental y el bienestar usando los nuevos avances científicos y tecnológicos.
- Reducción del estigma y facilitación del empoderamiento de los usuarios de los servicios y sus cuidadores.
- Investigación en sistemas sanitarios y sociales que aborden la calidad de la atención y tengan en cuenta los contextos y enfoques socioculturales y socioeconómicos.

Draft Horizon 2020 Work Programme 2016-2017 in the area of “Health, demographic change and well-being”⁸

Los objetivos principales del Programa de “Salud, Cambio demográfico y Bienestar” son mejorar los resultados de salud y bienestar, promover el envejecimiento activo y saludable, promover el crecimiento del mercado, la creación de empleo y la UE como líder mundial en el área de la salud.

El programa pone en marcha varias prioridades de investigación como son la medicina personalizada, las enfermedades raras, la biomonitorización humana, la salud mental, la investigación comparativa de la efectividad, las tecnologías avanzadas, la robótica, la potenciación del paciente, el envejecimiento activo y saludable, la seguridad de datos, la resistencia antimicrobiana, las enfermedades infecciosas, la salud materno-infantil, etc.

Estas prioridades apoyarán el desarrollo de políticas en sanidad basadas en la evidencia, que son el resultado de los datos obtenidos de la investigación científica, de las soluciones de tecnologías de la información y comunicación (TICs) y de las buenas prácticas en las intervenciones mejorando la eficiencia y calidad de los sistemas sanitarios.

⁸ HORIZON 2020 - Work Programme 2016 – 2017 Vs.36. Health, demographic change and well-being 11 September 2015.

Aspectos clave

Las políticas desarrolladas en el ámbito de la Salud Mental, en la Unión Europea, están orientadas principalmente hacia:

1. La promoción de la Salud Mental y la prevención de los trastornos mentales en la sociedad en general. Mejora de la atención a los niños, adolescentes y adultos jóvenes.
2. La mejora en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales.
3. El desarrollo de acciones que aseguren la equidad en el acceso a tratamientos.
4. La lucha contra el estigma y la exclusión social de los pacientes con enfermedades mentales.
5. La prevención de la depresión y el suicidio.
6. El fortalecimiento de la investigación, proponiéndose la creación de una Red colaborativa de Salud Mental a nivel europeo.

3.2 Principales políticas a nivel estatal

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013⁹

La primera Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud fue aprobada en 2006, habiéndose realizado una actualización de la misma, para el periodo 2009-2013.

“La Estrategia en Salud Mental del SNS define unos principios y valores básicos para el modelo de atención comunitaria en salud mental”

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2009-2013 definía una serie de principios y valores básicos para el modelo comunitario de atención a la salud mental: autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad.

El plan desarrollaba 5 líneas estratégicas, cada una asociada a uno o varios objetivos en relación a la mejora de la salud mental de la población española.

La Estrategia se abordó desde un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, la coordinación inter e intra-institucional y refuerza el establecimiento de medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas que padecen este tipo de enfermedades.

En 2015 se ha trabajado en una nueva actualización de la Estrategia que marcará las prioridades en materia de Salud Mental, para los próximos cinco años. En concreto, la nueva Estrategia Nacional de Salud Mental **introduce la lucha contra el suicidio como una de las principales líneas estratégicas**, con el objetivo de disminuir esta conducta con esfuerzos en prevención y detección precoz. Incluye otras líneas de actuación que suponen una novedad, como la **atención e intervención con las familias, la mejora de los sistemas de información, la autonomía y los derechos del paciente o la participación de los agentes e instituciones**.

Tabla 4. Líneas estratégicas y Objetivos generales de la Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013.

Líneas estratégicas	Objetivos generales
1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental	- Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos. - Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general. - Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.
2. Atención a los trastornos mentales	- Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental. - Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los pacientes.
3. Coordinación intra e interinstitucional	- Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental. - Potenciar la participación de las personas que padecen trastornos mentales y de sus familiares y profesionales en el sistema sanitario público de su Comunidad Autónoma

⁹ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.

Líneas estratégicas	Objetivos generales
4. Formación del personal sanitario	• Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.
5. Investigación en salud mental	• Potenciar la investigación en salud mental.

II Plan Estratégico de la infancia y la adolescencia 2013-2016 (II PENIA)¹⁰

En abril de 2013, se aprobó el nuevo Plan Estratégico de Infancia y Adolescencia 2013-2016 que incluía objetivos de salud mental en menores, así como la utilización de guías clínicas.

“El Plan Estratégico de la infancia y la adolescencia propone algunas medidas para fomentar la buena salud mental de niños y adolescentes”

El objetivo 7, *Promover acciones para alcanzar el máximo desarrollo de los derechos a la salud de la infancia y la adolescencia, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables* incluye una serie de medidas orientadas a favorecer la salud mental de niños y adolescentes:

- Diseñar un **Plan de Salud Mental Infanto-Juvenil** que incida en la promoción de la salud mental positiva, la prevención de los problemas de salud mental en la escuela y en los servicios de atención primaria y potencie la creación de equipos profesionales que atiendan los problemas de salud mental infantil tanto de forma ambulatoria como en el internamiento.
- Mejorar y ampliar los servicios y programas orientados a la salud mental y de orientación psicológica para los niños y adolescentes, con especial atención a aquellos con especial vulnerabilidad.

Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente¹¹

El Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente surgió de la necesidad de dar a conocer a la Administración Pública, a la comunidad asistencial, científica y docente y a la sociedad en general el estado y el grado de desarrollo de este campo y los nuevos retos y áreas de mejora a afrontar en los próximos años. Sus objetivos generales se resumen en 5 puntos:

- Definir el estado actual de la Psiquiatría del niño y el Adolescente (PNA) abordando no sólo los aspectos asistenciales, sino también los aspectos de formación y docencia, las actividades de investigación e innovación y la relación de los profesionales con los diferentes colectivos relacionados.
- Involucrar a todos los profesionales relacionados con la PNA a nivel estatal para poder promover actividades conjuntas.
- Establecer y aprobar aquellas áreas de mejora y retos en los que se deben centrar esfuerzos en relación a la PNA.

“El Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y del Adolescente presenta el estado actual de este campo en España, surgiendo, gracias a la implicación de colectivos de profesionales, recomendaciones y áreas de mejora”

¹⁰ II Plan Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA). Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros el 5 de abril de 2013

¹¹ Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Cátedra de Psiquiatría Infantil. Fundación Alicia Koplowitz-UCM. 2014.

- Contribuir al incremento de la visibilidad de la PNA de manera que su reconocimiento alcance niveles similares a los observados en los países del entorno cercano.
- El análisis del entorno, gracias a la implicación de diferentes colectivos de profesionales relacionados con la PNA, permitió identificar potenciales áreas de mejora en las que sería prioritario centrar sus esfuerzos y actividades de futuro.

Las aportaciones de los colectivos permitieron definir las siguientes recomendaciones y áreas de mejora:

Tabla 5. Principales recomendaciones y áreas de mejora del Libro Blanco de Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

Principales recomendaciones y áreas de mejora

1. Constitución y acreditación de la especialidad en PNA
2. Dotación de estructuras y recursos a las Redes autonómicas de PNA
3. Fomento de la prevención y promoción de la PNA
4. Coordinación entre los colectivos implicados en la PNA
5. Homogenización y definición de funciones de los perfiles profesionales implicados en la PNA
6. Mejora de los sistemas de información y el registro de datos de los pacientes
7. Organización y optimización de los recursos locales en PNA
8. Desarrollo y mejora de la forma de trabajo propia de las C.C.A.A.
9. Desarrollo de guías clínicas y terapéuticas basadas en la evidencia científica y su implantación en la práctica clínica
10. Implantación de programas de transición al colectivo de adultos
11. Fomento del desarrollo de actividades formativas a todos los niveles
12. Impulso de las actividades de Investigación, Desarrollo e Innovación en PNA

Real Decreto 639/2014 de Troncalidad¹²

“El RD de Troncalidad establece la creación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente”

El 25 de julio de 2014, se publicó el *Real Decreto por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.*

En el **Capítulo VI De la creación y modificación de títulos de especialista**, dentro del **Artículo 39 Creación de un nuevo título de médico especialista en Psiquiatría del Niño y el Adolescente**, se desarrollan los siguientes puntos:

1. Se crea la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, incluyéndola en la relación de especialidades por el sistema de residencia.
2. La especialidad médica de Psiquiatría del Niño y del Adolescente se integrará en el Tronco de Psiquiatría.

¹² Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

3. La formación específica de esta especialidad se realizará en las unidades docentes multiprofesionales de Salud Mental, previstas en el apartado a) del Anexo II del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero.

La especialidad de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, como el resto de las adscritas al régimen de formación especializada troncal comprenderá dos periodos sucesivos de formación programada: uno, de carácter troncal, y otro, de formación específica.

Se sigue manteniendo la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

***NOTA:** En diciembre de 2016, el El Tribunal Supremo declaraba nulo el Real Decreto de Troncalidad de la formación sanitaria tras aceptar un recurso de la Sociedad Española de Inmunología. El motivo de dicha anulación es por ser insuficiente su Memoria de análisis de Impacto Normativo en lo relativo a su impacto económico y presupuestario.



Aspectos clave

1. La última actualización de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud definió una serie de líneas estratégicas y objetivos para mejorar la salud mental de la población española. La actualización de 2015, establece la prevención del suicidio como una de sus prioridades.
2. Las líneas estratégicas y objetivos planteados están alineados con las políticas a nivel europeo.
3. El Plan Estratégico de la infancia y la adolescencia, propone una serie de medidas destinadas a mejorar la salud mental de niños y adolescentes.
4. El RD de Troncalidad* establecía la creación de la especialidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente.

*Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

3.3 Principales políticas en la Comunidad de Madrid

Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014¹³

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid tenía como objetivo dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores; asume el modelo asistencial previo y continúa su desarrollo, a la búsqueda de la excelencia y de la gestión eficiente, para avanzar en la humanización de la asistencia y en el rechazo a la discriminación de personas con trastornos mentales.

El Plan se estructuró en 15 ámbitos de actuación en los que definieron un total de 64 objetivos desarrollados a través de un plan de actuaciones. Un resumen de los mismos puede consultarse en el **Anexo 1** del presente informe.

El Plan recogía de manera específica acciones para mejorar el **uso racional de psicofármacos**.

El área de Psiquiatría presenta una serie de dificultades añadidas para el **uso racional** de fármacos. Más que enfermedades etiológicamente definidas, suelen presentarse 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.

- Ansiolíticos e hipnóticos: El consumo de ansiolíticos e hipnóticos en su conjunto pasó de 56,7 DHD en el año 2000 a 89,3 en el año 2012, representando un incremento del 57,4% durante el periodo¹⁴.
- Antidepresivos: El consumo de antidepresivos en España ha pasado de 26,5 DHD en el año 2000 a 79,5 DHD en el año 2013, representando un incremento del 200%¹⁵.
- Antipsicóticos: El consumo de antipsicóticos en España pasó de 2,9 DHD en el año 1992 a 8,17 DHD en el año 2006, representando un incremento del 64,5%¹⁶.

Ante esta situación, el **Plan Estratégico de Salud Mental (2010-2014)** plantea como uno de sus objetivos principales el **uso racional de psicofármacos mediante el desarrollo de estrategias que aumenten la calidad, efectividad y seguridad de los tratamientos psicofarmacológicos**.

El Plan se prorrogó durante 2015.

En 2016, se realizó una **evaluación del grado de cumplimiento de los objetivos y acciones** recogidas en dicho Plan, por parte de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental¹⁷. Dicha evaluación puso de manifiesto que la consecución de un número importante de objetivos del Plan, en especial los relativos a cambios organizativos en la estructura asistencial en salud mental, con la plena integración en la red sanitaria general, impulso de la Prevención del Suicidio en la Comunidad de Madrid y establecimiento de las bases para la Lucha contra el Estigma y la Discriminación asociados a las Personas con Enfermedad Mental.

¹³ Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

¹⁴ Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.

¹⁵ Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.

¹⁶ Utilización de antipsicóticos en España (1992-2006). Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2006.

¹⁷ Evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud.

A la vista de dicha evaluación se han planteado como líneas estratégicas principales del nuevo Plan Estratégico:

- La atención y rehabilitación de personas con enfermedad mental grave.
- La atención en salud mental a niños y adolescentes.
- La atención a los problemas de salud mental en el ámbito de la Atención Primaria.
- La integración efectiva de la red de atención a la drogodependencias en la red sanitaria de atención a la salud mental del Servicios Madrileño de Salud.
- La prevención del suicidio.
- La humanización de la atención en salud mental y lucha contra el estigma y la discriminación de personas con enfermedad mental.

Declaración de Madrid contra el Estigma y la Discriminación de las personas con enfermedad mental¹⁸

En la Comunidad de Madrid, conscientes del alcance de los problemas y barreras que el fenómeno del estigma genera, las Consejerías de Sanidad y Familia y Asuntos Sociales están coordinadas, trabajando conjuntamente en su eliminación. El Gobierno Regional planteó sumar esfuerzos con las asociaciones de familiares y afectados, representados en la Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental (FEMASAM), para, entre todos, contrarrestar la imagen social negativa y la discriminación que sufren estas personas. Por ello, el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 incluía una línea estratégica de lucha contra la estigmatización y discriminación de las personas afectadas por enfermedades mentales.

Para cumplir con todo ello, la Comunidad de Madrid, constituyó un Grupo de Trabajo contra el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedad mental, en el que se invitó a participar a diferentes agentes sociales y profesionales de la salud mental y de los servicios sociales. Su objetivo fue elaborar un Plan contra el Estigma, que permitiera trabajar por la erradicación de las discriminaciones, por el ejercicio real de derechos y por el fomento de las oportunidades para que dichas personas participen activamente en la sociedad en igualdad de condiciones y puedan llevar una vida digna e integrada como ciudadanos.

En enero de 2011 se publicó la **Declaración de Madrid contra el estigma** en la que los diferentes agentes implicados se comprometen a conseguir una serie de objetivos.

Tabla 6. Objetivos de la Declaración de Madrid contra el estigma

- | |
|---|
| 1. Rechazar firmemente cualquier tipo de estigmatización y discriminación de las personas con enfermedad mental en todos los ámbitos de la sociedad y especialmente en aquellos en los que se produce la vulneración de sus derechos. |
| 2. Analizar y proponer las reformas necesarias para conseguir la igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental y garantizar a las personas con enfermedad mental el conocimiento de los derechos que les protegen. |

¹⁸ Declaración de Madrid contra el Estigma y la Discriminación de las personas con enfermedad mental. Grupo de trabajo contra el estigma. Comunidad de Madrid. Madrid. 11.01.2011

3. Luchar contra la estigmatización y discriminación de las personas afectadas por la enfermedad mental, sugiriendo mejoras en las actitudes y el tratamiento de las noticias sobre temas relacionados con la salud mental y los trastornos mentales en los medios de comunicación, así como fomentando la información y la sensibilización de la población en general, de las propias personas con enfermedad mental, sus familias y profesionales del sistema sanitario, social y educativo.
4. Promover la investigación dedicada a la lucha contra el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastorno mental.
5. Potenciar la atención socio-sanitaria a las enfermedades mentales, especialmente las más graves, y fomentar la participación de los afectados y sus familiares en el desarrollo y mantenimiento de esta atención.
6. Identificar como aspectos esenciales para la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental: la no discriminación laboral; la identificación y el trato como cualquier otro paciente; el rechazo del uso de términos ofensivos, inexactos o inadecuados para referirse a las personas afectadas; el apoyo a las personas con enfermedad mental y a sus familiares; el apoyo al movimiento asociativo; el papel clave de determinados agentes sociales (medios de comunicación, personal docente, empresarios, profesionales de atención sanitaria, de servicios sociales,...).

Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007¹⁹

El Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica surgió como resultado de la colaboración y el consenso entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y las Asociaciones de Familiares y profesionales.

Este plan planteaba tres grandes estrategias, a partir de las cuales se proponen 43 objetivos operativos en los 13 programas que las desarrollan, que son:

Estrategia I. Ampliación de la red de atención.

Estrategia II. Apoyo a las familias y al movimiento asociativo.

Estrategia III. Coordinación interinstitucional y corresponsabilidad social.

Una vez concluida la vigencia de dicho plan la Red de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental llevo a cabo una evaluación en relación a las diferentes estrategias propuestas:

ESTRATEGIA I. AMPLIACIÓN DE LA RED DE RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIAL

Entre los logros más destacados se señalaron:

- Importante incremento presupuestario (385% de incremento entre 2003-2007)
- Incremento en el número de plazas: creación de 3953 nuevas plazas (311% sobre la situación inicial) lo que supone un 108% de cumplimiento del objetivo.
- Incremento en el número de centros y creación de nuevos tipos de recursos innovadores: Centros de Día y Soporte Social y Equipos de Apoyo Social y Comunitario.
- Consolidación de una red de recursos amplia y diversificada.
- Mejora de la distribución territorial de los recursos

¹⁹ Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

ESTRATEGIA II. APOYO A LAS FAMILIAS Y AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO

- Entre los logros más destacados se señalaron:
- Incremento de las líneas de subvención al movimiento asociativo para facilitar su consolidación y desarrollo de actividades.
- Incremento de las ayudas económicas individuales de apoyo social a personas integradas en programas de rehabilitación y reinserción social de los Servicios de Salud Mental.
- Aumento de las acciones de asesoramiento e intervención, gracias a la ampliación de la red de centros y recursos, que se traduce en más apoyo a las familias.

ESTRATEGIA III. COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL Y CORRESPONSABILIDAD SOCIAL

Entre los logros más destacados se señalaron:

- Avances en la coordinación entre la Dirección General de Servicios Sociales y la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental mediante la creación de una Comisión permanente.
- Desarrollo de múltiples acciones formativas: programas anuales de formación, introducción de la rotación en centros de rehabilitación psicosocial para MIR y PIR, centros con acuerdos de prácticas de formación pregrado.
- Apuesta importante por la investigación.
- Acciones dirigidas a la lucha contra el estigma: Proyecto “Participa y Comprende” (Getafe), Primer campeonato Mediterráneo de Fútbol-7 Pro Salud Mental (Alcobendas), múltiples acciones desarrolladas desde la red de centros.

4. Tendencias de cambio y buenas prácticas en Salud Mental

En los últimos años se han experimentado importantes cambios tanto en la forma de prestar la asistencia a los pacientes con enfermedad mental, como en la forma de atender e involucrar a sus familias y cuidadores. Se ha realizado una revisión de los cambios más significativos en el ámbito de la Salud Mental así como de iniciativas relevantes y buenas prácticas que ilustran cada uno de ellos. Las principales tendencias de cambio en la atención al paciente en el ámbito de la Salud Mental se han estructurado en nueve ámbitos:

1. Organización del sistema de atención
2. Papel de la Atención Primaria
3. Salud Mental en niños y adolescentes
4. El papel de los cuidadores
5. Humanización de la asistencia
6. Empoderamiento de los pacientes
7. Aplicación de TICs (tecnologías de la información y la comunicación)
8. Lucha contra el estigma
9. Prevención del suicidio

En el **Anexo 2**, puede consultarse en mayor detalle cada una de estas tendencias y buenas prácticas.

Aspectos clave

1. La mayoría de los países europeos han adoptado medidas dirigidas a la **desinstitucionalización** de los servicios de atención a la salud mental.
2. Como alternativa, se propone habitualmente el **modelo comunitario**, que integra tanto servicios de salud mental como servicios destinados a mejorar la formación, facilitar el acceso a la vivienda, al empleo y otros servicios sociales, a los pacientes con una enfermedad mental.
3. La **atención primaria** desempeña un papel fundamental en la atención a la salud mental, por lo que varios países han puesto en marcha acciones específicamente dirigidas a mejorar la formación de los profesionales en el ámbito de la atención primaria en temas de salud mental.
4. La **detección precoz y el tratamiento de problemas de salud mental de niños y adolescentes** es una prioridad a nivel Europeo. La especial vulnerabilidad de este colectivo y el riesgo de que estos trastornos sean precursores de problemas mentales más graves en la etapa adulta, hacen especialmente necesarias la puesta en marcha de iniciativas específicas.
5. Importancia y atención creciente a la **figura del cuidador** de los pacientes con enfermedades mentales. En países como Reino Unido se está fomentando una mayor involucración por su parte, como parte importante del proceso de recuperación del paciente.
6. Acciones de **empoderamiento**, a través de formación e iniciativas de participación es clave para conseguir una mayor involucración tanto de los propios pacientes como de sus familias y cuidadores en las decisiones relacionadas con su tratamiento y cuidados.
7. Iniciativas relacionadas con la **aplicación de TICs** para mejorar el tratamiento de los enfermos de salud mental y fomentar su autonomía, son cada vez más numerosas, demostrando en general buenos resultados.
8. Tanto las políticas a nivel nacional y autonómicas incluyen la **lucha contra el estigma** entre sus objetivos, para lo que se están desplegando diferentes acciones de divulgación y concienciación, dirigidas a la normalización de la enfermedad mental.
9. La **prevención del suicidio** figura entre las prioridades de las principales políticas y estrategias de Salud Mental a nivel europeo.

PARTE II

mapa de recursos y actividad en salud mental en la comunidad de madrid

5. Mapa de recursos: la red asistencial y social

La perspectiva internacional

En los últimos años, diversas instituciones en EEUU están advirtiéndose de la escasez de camas de psiquiatría para dar respuesta a la creciente demanda de hospitalización, en especial debido al aumento de pacientes psicóticos agudos que acuden a los servicios de urgencias. El proceso de desinstitucionalización y la reducción de la oferta en hospitales privados están ocasionando un importante déficit de recursos. Con esperas superiores a un mes para la hospitalización de este tipo de pacientes, la presión sobre las camas existentes está provocando un aumento de altas prematuras, y pacientes que deben ser nuevamente hospitalizados. La falta de estándares establecidos sobre las camas de psiquiatría necesarias, constituye un problema para establecer una adecuada planificación. Un estudio reciente (La et al., 2016) ²⁰ realizado en Carolina del Norte, establece, a través de un modelo de simulación, una necesidad de **39 camas de psiquiatría de adultos por cada 100.000 habitantes**, para reducir el tiempo de preadmisión a menos de un día. El modelo considera únicamente población adulta (pacientes entre 18-64 años) y asume una estancia media de 20 días.

Un estudio publicado en 2008 por el Treatment Advocacy Center²¹ es la referencia más comúnmente citada sobre el **estándar óptimo** en cuanto a dotación de camas de psiquiatría, estableciendo como objetivo un ratio de entre **40 y 60 camas de psiquiatría por 100.000 habitantes**. Se estima que actualmente, en EEUU hay 11 camas de psiquiatría por cada 100.000 habitantes.

En 1998, un estudio similar, realizado sobre necesidades de camas de psiquiatría²² establecía que, de manera complementaria a una adecuada red de servicios ambulatorios, los ratios de camas de psiquiatría para cubrir las necesidades de la mayoría de los países desarrollados, debían oscilar en un rango de entre **50 y 80 camas de psiquiatría para hospitalización breve por 100.000 habitantes mayores de 15 años** y entre **30 y 60 camas de psiquiatría para larga estancia por 100.000 habitantes**. En cualquier caso, el estudio señalaba la necesidad de que los sistemas sanitarios tengan la flexibilidad suficiente para planificar sus recursos en base a una monitorización continua que permita hacer ajustes en función de cambios en la demanda.

Aunque en la mayoría de los países desarrollados se está produciendo una reducción de camas de psiquiatría, en línea con las recomendaciones de la OMS, de promover la desinstitucionalización de la asistencia, a favor de un modelo comunitario²³, en Europa existe una gran disparidad en cuanto a recursos asistenciales de atención a la Salud Mental.

En 2014, España presentaba una tasa de 11,9 camas destinadas a Salud Mental en hospitales generales por cada 100.000 habitantes. La media europea para ese año según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) era de 22,6 camas des-

20 La EM, Lich KH, Wells R, Ellis AR, Swartz MS, Zhu R, Morrissey JP. Psychiatr Serv. Increasing Access to State Psychiatric Hospital Beds: Exploring Supply-Side Solutions. 2016 May 1;67(5):523-8.

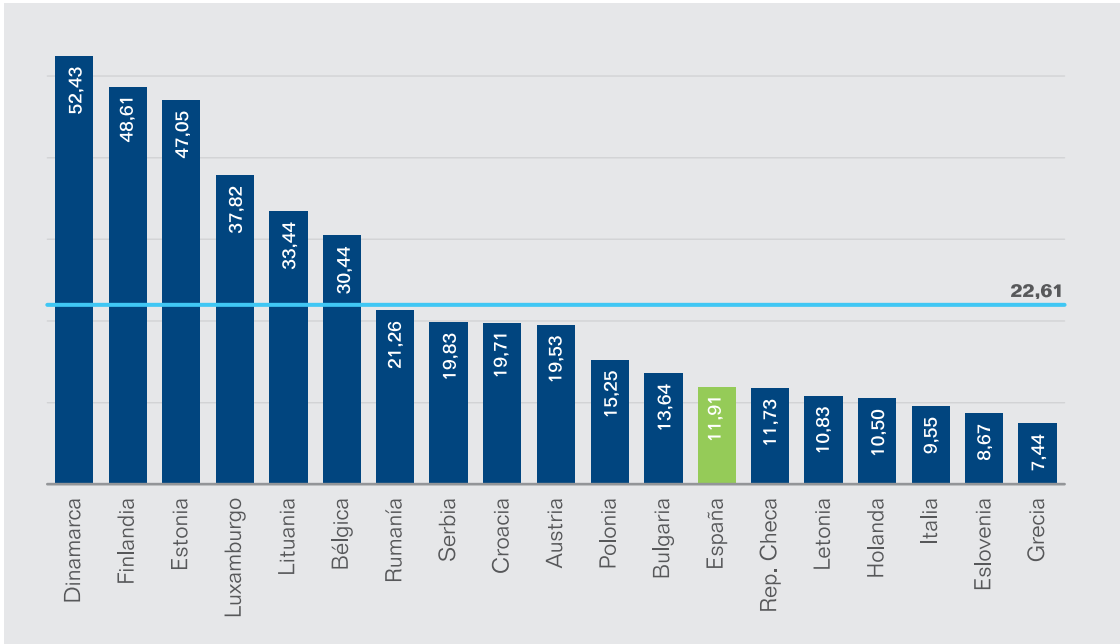
21 Psychiatric Bed Supply Need Per Capita. BACKGROUND PAPER. September 2016. Treatment Advocacy Center.

22 Häfner H. Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. Acta Psychiatr Scand. 1987 Feb;75(2):113-26

23 Mental Health Atlas 2011. World Health Organization.

tinadas a Salud Mental en hospitales generales por cada 100.000 habitantes, frente al máximo ratio europeo de 52,4 camas por 100.000 habitantes en Dinamarca.

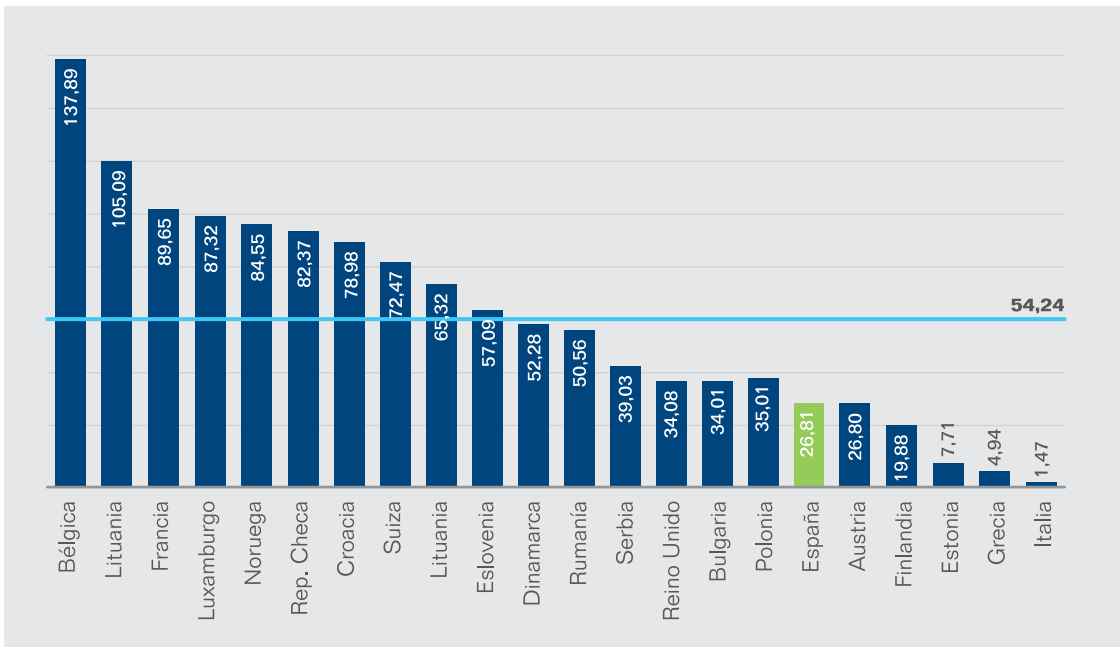
Figura 1. Ratio camas destinadas a salud mental en hospitales generales por 100.000 habitantes en el año 2014



Fuente: Global Health Observatory Data Repository. Beds Data by country. OMS. (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHBEDS?lang=en>)

“España está por debajo de la media europea en ratio de camas de psiquiatría en hospitales generales por 100.000 habitantes”

Figura 2. Ratio camas en hospitales psiquiátricos por 100.000 habitantes en el año 2014

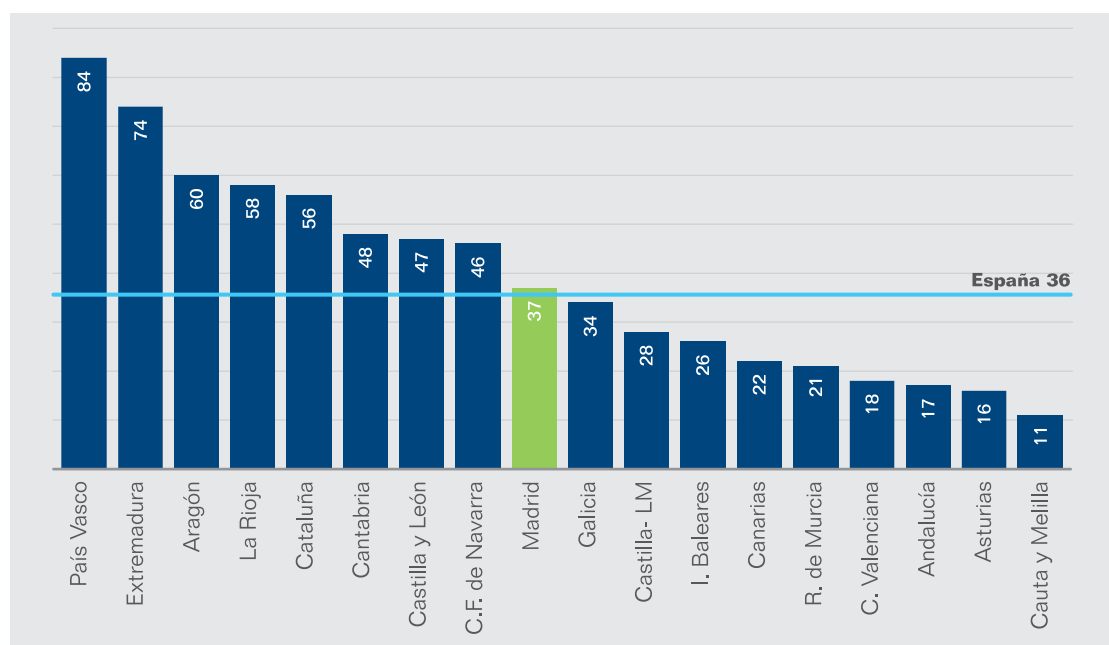


Fuente: Global Health Observatory Data Repository. Beds Data by country. OMS. (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHBEDS?lang=en>)

“España por debajo de la media europea en camas en hospitales psiquiátricos”

En comparación, la Comunidad de Madrid, en el año 2013, presentaba un ratio de 37 camas/100.000 habitantes encontrándose al mismo nivel que el ratio estatal, que fue de 36 camas por 100.000 habitantes.

Figura 3. Ratio de camas de psiquiatría por 100.00 habitantes por CCAA en el año 2013



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

5.1. Recursos de la Red de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

“Madrid se sitúa en la media estatal en cuanto a ratio de camas psiquiátricas/100.000 habitantes”

Estructura y recursos

El conjunto de los recursos de atención a la Salud Mental forma parte de una **red integrada** que permite el flujo de pacientes entre las distintas unidades y programas, tanto los ambulatorios como los de hospitalización parcial y completa.²⁴

En los últimos años se ha producido un proceso de adscripción de los servicios de salud mental a las gerencias de los hospitales, sin embargo hasta ese momento, los dispositivos asistenciales de psiquiatría y salud mental se estructuraban a dos niveles:

UNIDAD ASISTENCIAL

Incluye:

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

²⁴ Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. 2010-2014. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

RECURSOS COMPARTIDOS POR VARIAS UNIDADES ASISTENCIALES

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

Cada Unidad Asistencial Funcional debía organizar la estructura y los mecanismos necesarios para asegurar la adecuada coordinación con los centros y recursos de atención social dependientes de la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales.

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

Tabla 7. Recursos de Atención a la Salud Mental de la Comunidad de Madrid

Recurso	Número
Atención ambulatoria	
• Centros de Salud Mental	42*
• Centro de día	11
• Unidad de Salud Mental Niños-Adolescentes	4
• Centro de rehabilitación psicosocial	1
Urgencias Psiquiátricas	23
Hospitales de día para adultos	14
Hospitales de día para niños y adolescentes	7
Hospitalización psiquiátrica breve de adultos	24
Hospitalización psiquiátrica de niños y adolescentes	2
Unidades de tratamiento y rehabilitación (media estancia) adolescentes	1
Unidades de tratamiento y rehabilitación (media estancia) adultos	4
Unidades de cuidados psiquiátricos prolongados (larga estancia)	5
Recursos específicos para trastornos de la conducta alimentaria	6
Recursos específicos para trastornos de la personalidad	3
Recursos específicos para discapacidad intelectual adulta	1
Recursos específicos para enfermos mentales sin hogar	1
Recursos específicos para atención a trauma psíquico	1
Recursos específicos para trastornos adictivos	4
Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Dirección General de Servicios Sociales de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid	

Fuente: Guía de Recursos de Atención a la Salud Mental. Centros y Servicios específicos Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Fecha de actualización: 2 de marzo de 2015. (http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1161769234369&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal)

*Incluye: Centro de especialidades de Torrejón de Ardoz (Servicio de Salud Mental de Torrejón de Ardoz); Centro de especialidades San Carlos (Servicio de Salud Mental del Escorial)

La red ha experimentado un importante crecimiento en los últimos años, pasando de las 1.269 plazas existentes en mayo de 2003 a las 6.064 plazas disponibles en enero de 2015²⁵.

A finales de 2014, la red se amplió en un total de **310 nuevas plazas**, de las cuales **205 fueron en centros concertados** de Acuerdos Marco y **105, ampliaciones de plazas en distintos centros propios**.

La **Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental** contaba, al inicio de 2015, con un total de **6.064 plazas en 204 centros y recursos** de atención social especializada. Estos recursos se dedican a apoyar la atención, rehabilitación e integración de las personas con enfermedad mental grave y duradera, trabajando en estrecha coordinación y de manera complementaria con la red sanitaria de atención a la salud mental, con el objetivo de asegurar una atención integral.

Tabla 8. Recursos de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental (población a atender en el rango de edad de 18 a 65 años).

Recurso	Número	Plazas
Centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)	24	1.778
Centros de día de soporte social (CD)	31	1.034
Centros de rehabilitación laboral (CRL)	22	1.090
Plazas de Residencia (MR)*	22	602
Equipos de apoyo social comunitario (EASC)**	38	1.140
Pisos supervisados (PS)	57	223
Pensiones supervisadas	37	37
Servicio de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave sin hogar	1	130
Centro de atención social para apoyo a la reinserción de personas con enfermedad mental grave sin hogar	1	49
Total plazas Red Pública de Centros y Recursos de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica		6.064

Fuente: Cuadro de recursos de la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad. Fecha: julio 2015

*Incluyendo 6 plazas de emergencia social y una MR específica para personas sin hogar con enfermedad mental.

**Cada Distrito de Salud Mental dispone, como mínimo, de un EASC de apoyo. Ratio medio: 29 plazas/100.000 habitantes.

Entre los objetivos de los centros y recursos de atención diurna y centros residenciales se incluyen²⁶:

Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS): su objetivo es ayudar a las personas con enfermedad mental grave y duradera 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.

Centro de Día de Soporte Social (CD): su objetivo es ayudar a las personas con enfermedad mental grave y duradera con mayores niveles de dificultad de funcionamiento,

25 Resumen informativo. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y duradera. Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Octubre 2015.

26 Cuadros sintéticos de tipología de Centros. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Julio 2015. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid.

aislamiento y dependencia a alcanzar un mínimo de autonomía y apoyar su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles.

Centros de Rehabilitación Laboral (CRL): su objetivo es ayudar a aquellas personas con enfermedad mental 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.

Equipos de Apoyo Social comunitario (EASC): ofrecen atención social domiciliaria y en el propio entorno a aquellas personas con enfermedad mental grave 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.

Servicio de Apoyo a la Reinserción Social de Personas con Enfermedad Mental Grave sin Hogar: proyecto específico de intervención psicosocial y apoyo a la reinserción de personas con enfermedad mental en situación de marginación sin hogar.

Residencias (MR): servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades.

Pisos supervisados (PS): alternativa de alojamiento estable y normalizada organizada en pisos normales en los que residen 3 o 4 personas con enfermedad mental, recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten.

Pensiones supervisadas: a través del pago de plazas en pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y dar cobertura a las necesidades básicas de personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía, pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, intentando evitar procesos de marginación.

En el año 2014, la Red en su conjunto atendió a un total de 8.065 usuarios, lo que supone un aumento del 5,3% respecto a los atendidos en 2013.

Cabe destacar los buenos resultados de los CRL que atendieron en el año 2014 a un total de 1.351 usuarios, un 1.5% más que en 2013. Además, se logró que 675 usuarios tuvieran actividad laboral en el 2014 lo que supone un 50% de inserción laboral sobre el total de atendidos en ese mismo año.

5.2. Evolución de los recursos asistenciales a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

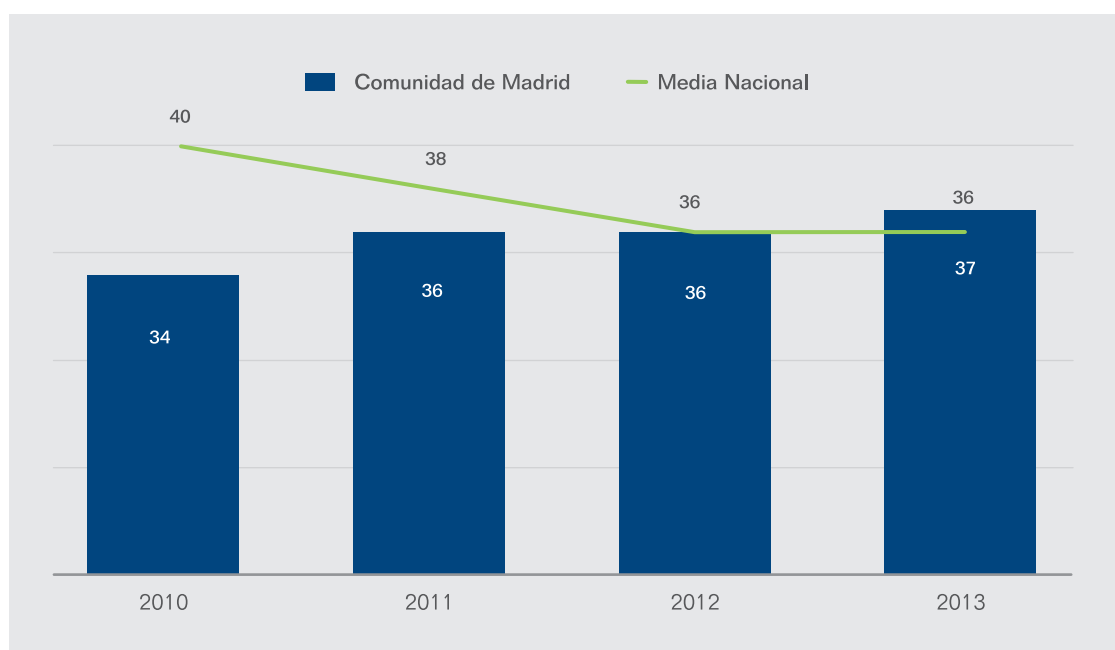
Durante el período 2010-2013, la Comunidad de Madrid aumentó en un 7,25% el número total de camas en hospitales psiquiátricos (de 2.174 camas en 2010 a 2.344 camas en 2013). En esta misma línea, se produjo un aumento del 8% en el número de camas de psiquiatría por 100.000 habitantes en el mismo periodo (Figura 4). La Comunidad de Madrid se encuentra en noveno lugar de las CCAA en términos de ratio de camas de psiquiatría por 100.000 habitantes (con 37 camas de psiquiatría por 100.000 habitantes), aún lejos del ratio de 84 camas por 1.000 habitantes en País Vasco, en 2013 (Figura 5) y del ratio de 50 camas de psiquiatría recomendado por el **Treatment Advocacy Center** (EEUU).

En línea con la tendencia a la desinstitucionalización en los principales países de nuestro entorno, la evolución del número de camas de psiquiatría a nivel estatal disminuyó un 10% entre los años 2010-2012, pasando de un ratio de 40 a 36 camas psiquiátricas por 100.000 habitantes y manteniéndose en el año 2013 (Figura 4).

“Madrid se sitúa en la media a nivel nacional en cuanto a ratio de camas de psiquiatría, tras la tendencia general a la reducción a nivel estatal”

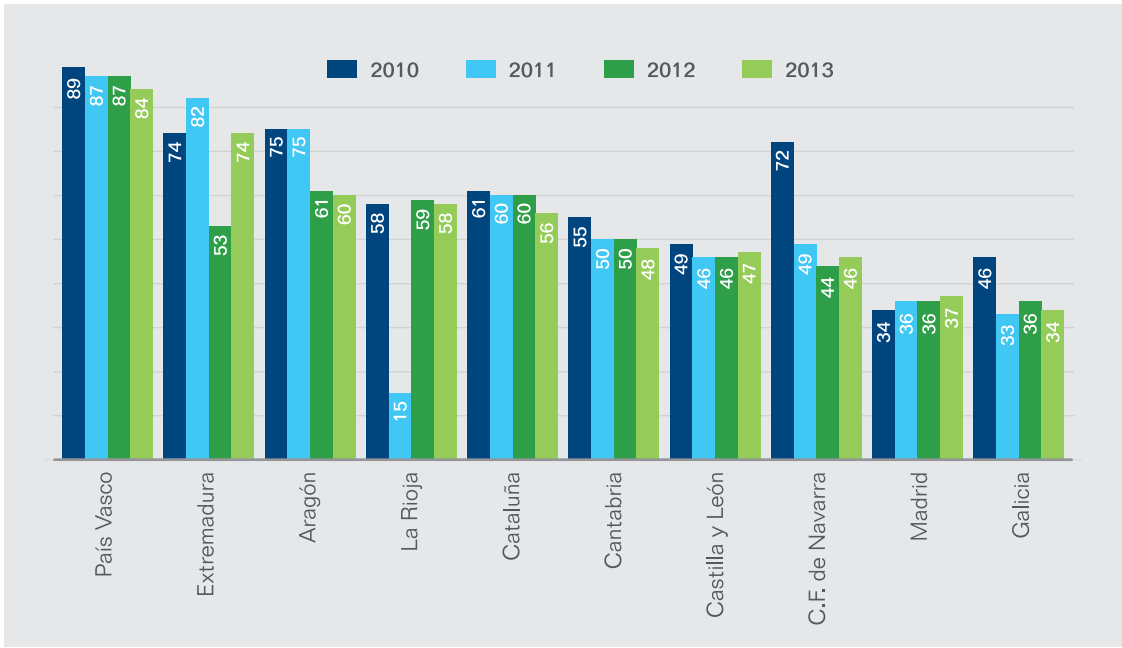
El ratio de camas destinadas a la asistencia psiquiátrica en los hospitales de larga estancia se sitúa en 29 camas/100.000 habitantes y en los hospitales de agudos en 7 camas/100.000 habitantes (Figura 6).

Figura 4. Evolución del ratio de camas de psiquiatría por 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid en comparación con la media estatal (2010-2013).



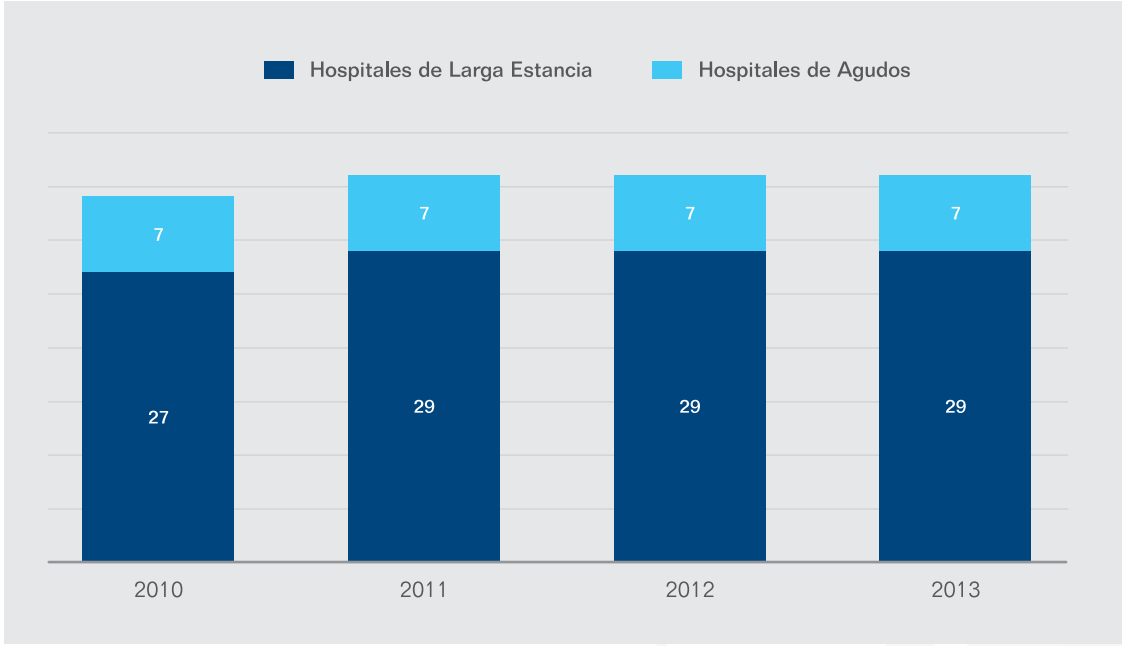
Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

Figura 5. Evolución del ratio de camas de psiquiatría por 100.000 habitantes en las 10 CCAA con mayor ratio (2010-2013).



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

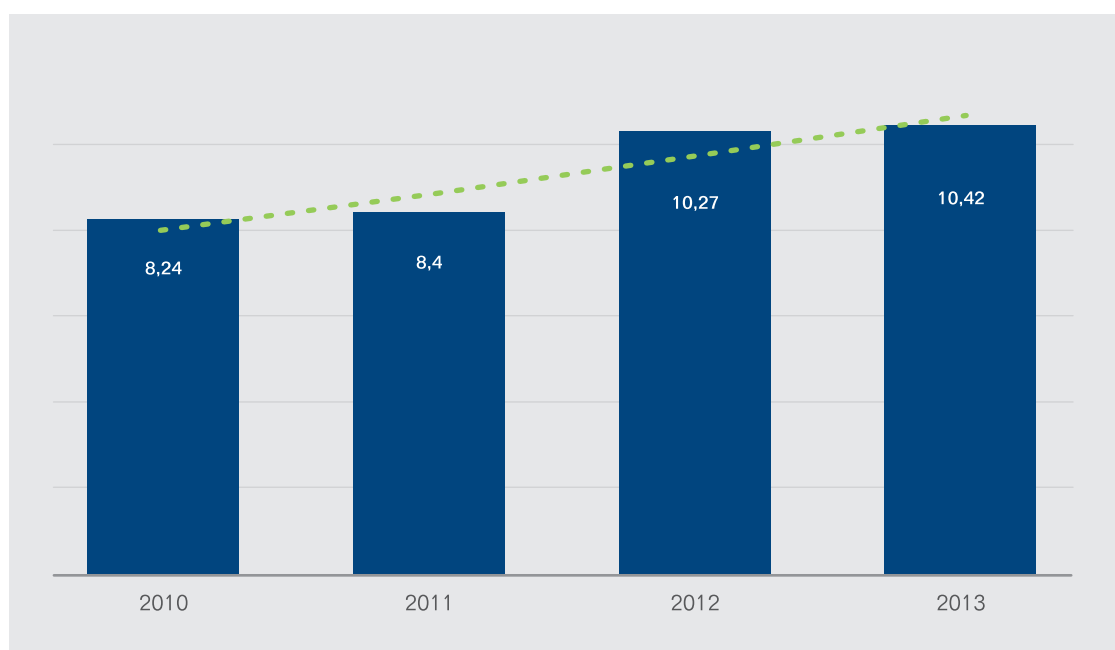
Figura 6. Evolución del ratio de camas de psiquiatría por 100.000 habitantes en hospitales de agudos y de larga estancia en la Comunidad de Madrid (2010-2013).



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

Según la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), la dotación mínima de unidades de **hospitalización parcial de adultos (hospitales de día)** es de **10 plazas por cada 100.000 habitantes**²⁷. En el año 2013, la Comunidad de Madrid contaba con 10,42 puestos en los hospitales de día de psiquiatría por cada 100.000 habitantes, superando este criterio de calidad. Se observa una tendencia de incremento en el número de puestos de hospitales de día psiquiátricos con un aumento del 20,9% en el período 2010-2013 (Figura 7).

Figura 7. Evolución del ratio de puestos en hospital de día psiquiátricos por 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid (2010-2013).

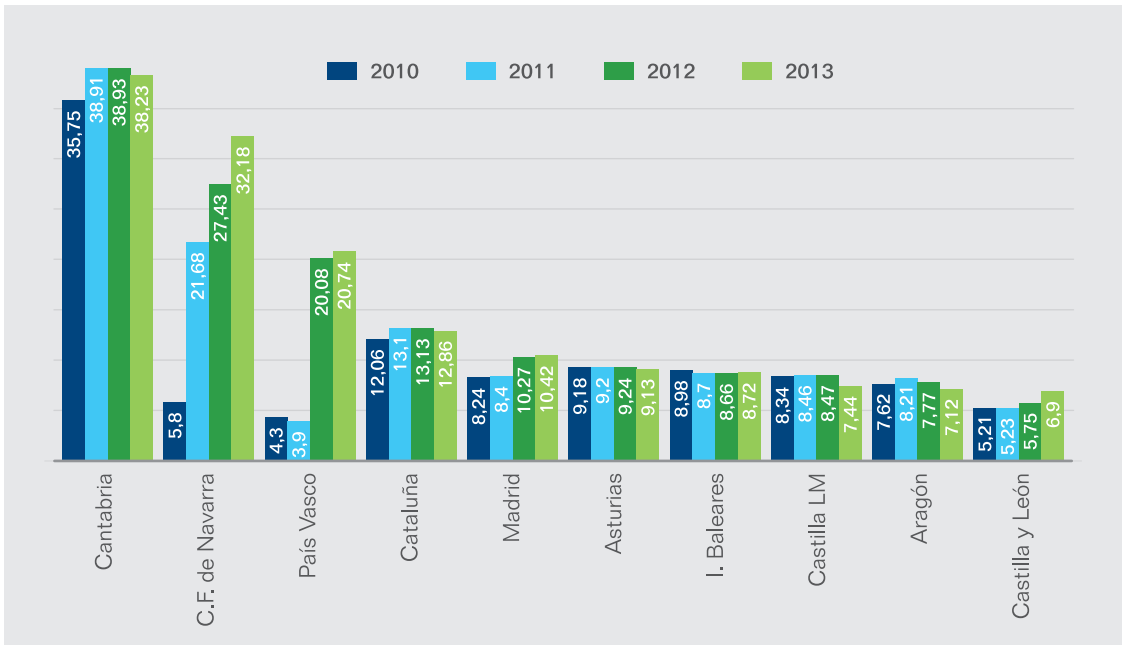


Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

En comparación con el resto de CCAA, la Comunidad de Madrid, se posiciona en quinto lugar en el período 2010-2013. Destaca Cantabria con 38,23 puestos en hospital de día de psiquiatría por cada 100.000 habitantes. El País Vasco y Cataluña también disponen de un mayor número de puestos de hospital de día por cada 100.000 habitantes con unas cifras, en el año 2013, de 20,74 y 12,86 puestos en hospital de día psiquiátrico/100.000 habitantes, respectivamente (Figura 8).

27 Juan Francisco Jiménez Estévez. El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 31, No 112 (2011)

Figura 8. Evolución del ratio de puestos en hospital de día de psiquiatría por 100.000 habitantes en las 10 CCAA con mayor ratio (2010-2013).



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

Tabla 9. Ratios de camas o plazas por habitante en diferentes recursos asistenciales (atención de adultos) de la Comunidad de Madrid. Comparativa con datos estatales (2010-2014).

	Nº camas de psiquiatría/ 100.000 habitantes		Nº camas de psiquiatría en Hospital de Agudos/ 100.000 habitantes		Nº camas de psiquiatría en Hospital de Larga Estancia/ 100.000 habitantes		Nº de puestos en hospital de día* de psiquiatría/ 100.000 habitantes	
	C. Madrid	España	C. Madrid	España	C. Madrid	España	C. Madrid	España
2010	34	40	7	11	27	29	8,24	6,66
2011	36	38	7	11	29	27	8,4	7,3
2012	36	36	7	11	29	26	10,27	8,34
2013	37	36	7	11	29	26	10,42	8,46
2014	(=) 37	36	(▼) 7	11	(▲) 30	25	(▲) 10,38	8,65

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

5.3. La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

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

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

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

Son funciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (recogidas en el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid) 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 y persistente.
2. Establecer programas de salvaguarda de los derechos de los pacientes en coordinación con la Oficina del Defensor del Paciente.
3. Promover y facilitar la participación de los pacientes y sus familiares en las estructuras de relación en coordinación con la Dirección General de Atención al Paciente.
4. Evaluar y procesar la información relativa a la actividad asistencial y epidemiológica relacionada con atención a la Salud Mental y con la satisfacción del paciente y de sus cuidadores.
5. Asesorar en el diseño de los Sistemas de Información y Gestión de Salud Mental, integrados con el Sistema de Información Sanitaria en colaboración con la Dirección General de Sistemas de Información.
6. Impulsar la gestión por procesos asistenciales para garantizar la orientación de las prestaciones al ciudadano teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas en el entorno de la libre elección de médico especialista.
7. Realizar el seguimiento del cumplimiento de los objetivos y de las recomendaciones del Plan Estratégico de Salud Mental.
8. Asesorar en la elaboración de la cartera de servicios de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.
9. Asesorar a la Dirección General de Hospitales en la planificación presupuestaria de los recursos para la atención a la Salud Mental.
10. Proponer líneas de investigación relacionadas con la Salud Mental.
11. Colaborar con la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios «Laín Entralgo» en materia de formación e investigación en Salud Mental.
12. Favorecer la formación de pregrado y posgrado en Salud Mental de Trabajadores Sociales y Terapeutas Ocupacionales.
13. Favorecer la formación especializada de calidad, potenciando los acuerdos entre centros que permitan el desarrollo de formación específica posgraduada.
14. Gestionar la lista de espera de ingresos programados en Centros Psiquiátricos (Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de media y larga estancia y Unidades Específicas) en coordinación con la Dirección General de Atención al Paciente.
15. Desarrollar la coordinación global entre la red sanitaria de servicios de Salud Mental y la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, para realizar la planificación conjunta y articular la coordinación general entre ambas redes y como marco de resolución de dificultades, con el objetivo de lograr la atención integral a las personas con trastornos mentales graves y persistentes en todas las Unidades Asistenciales.

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

Además, la Consejería de Sanidad, a través de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Dirección General de Hospitales, en coordinación con la Dirección General de Atención al Paciente, con el fin de promover y facilitar la participación de los pacientes y sus familiares en las estructuras de relación, luchar contra el estigma y la discriminación asociados a la enfermedad mental y promover la salvaguarda de los derechos de las personas afectadas por enfermedades mentales, **presta apoyo al movimiento asociativo**, integrado por las **Asociaciones de personas con enfermedad mental y sus familiares de la Comunidad de Madrid** y a las **Fundaciones** implicadas en la atención a las personas con trastorno mental.

El Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, implicaba específicamente a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, en varias de las acciones de mejora propuestas, entre las que se incluían las siguientes:

Acciones de mejora en el Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid con participación de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

- Implantar un Programa de Continuidad de Cuidados homogéneo en todos los Servicios de Salud Mental de Distrito de la Comunidad de Madrid, cuya elaboración sea supervisada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- 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 de la Salud Mental como herramienta clave para la integración de los pacientes en la red de salud mental de la Comunidad de Madrid.
- Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de gestión de ingresos programados en las Unidades de media y larga estancia y de lista de espera gestionada de manera centralizada por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- Impulsar la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Oficina Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid.
- Desarrollar un protocolo-marco de actuación de Salud Mental ante situaciones de emergencia masiva y catástrofes por un Comité de Expertos constituido en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

6. Mapa de los Recursos Humanos: los profesionales de la Salud Mental

El abordaje de las patologías y situaciones relacionadas con la Salud Mental, requiere de equipos multidisciplinares que proporcionen diferentes perspectivas. El núcleo a partir del cual se forman estos equipos suele estar compuesto, por Médicos especialistas en Psiquiatría y Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica y se extiende a otros profesionales como son los Enfermeros especialistas en Salud Mental, los Trabajadores Sociales y los Terapeutas Ocupacionales, entre otros²⁸.

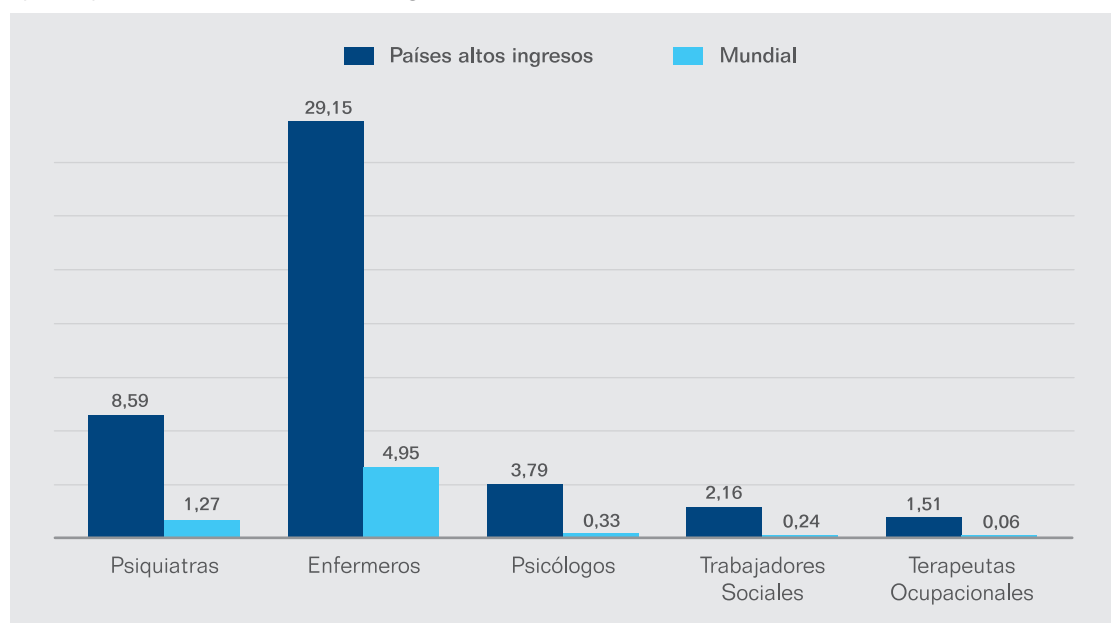
La perspectiva internacional

Los recursos humanos dedicados a la atención de la salud mental son insuficientes en la mayoría de los países, siendo especialmente evidente en países de bajos y medios ingresos²⁹. Aunque los profesionales relacionados con la atención a la salud mental han aumentado en los últimos años, en la mayoría de los países, los recursos se concentran en un pequeño número de países de altos ingresos, siendo muy deficitarios en otras regiones. Por ejemplo, países como Bélgica, Finlandia e Islandia cuentan con **más de 20 psiquiatras por cada 100.000 habitantes**, otros países como Turquía tienen menos de dos.³⁰

Australia contaba en 2014, con 13 psiquiatras FTE (equivalente a tiempo completo, por sus siglas en inglés), 82 enfermeras de salud mental FTE y 87 psicólogos registrados FTE por cada 100.000 habitantes.³¹

En la figura 9, se muestra la media en 2011 de los principales perfiles dedicados a la atención a la salud mental en países de altos ingresos.

Figura 9. Media de recursos humanos para la asistencia a la Salud Mental por 100.000 habitantes por tipo de país en función de nivel de ingresos* (2011).



Fuente: Mental Health Atlas 2011. WHO. *Grupos de países en función de ingresos según clasificación del Banco Mundial 2010

28 Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Comunidad de Madrid. http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_In-fPractica_FA&cid=1132044065940&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura

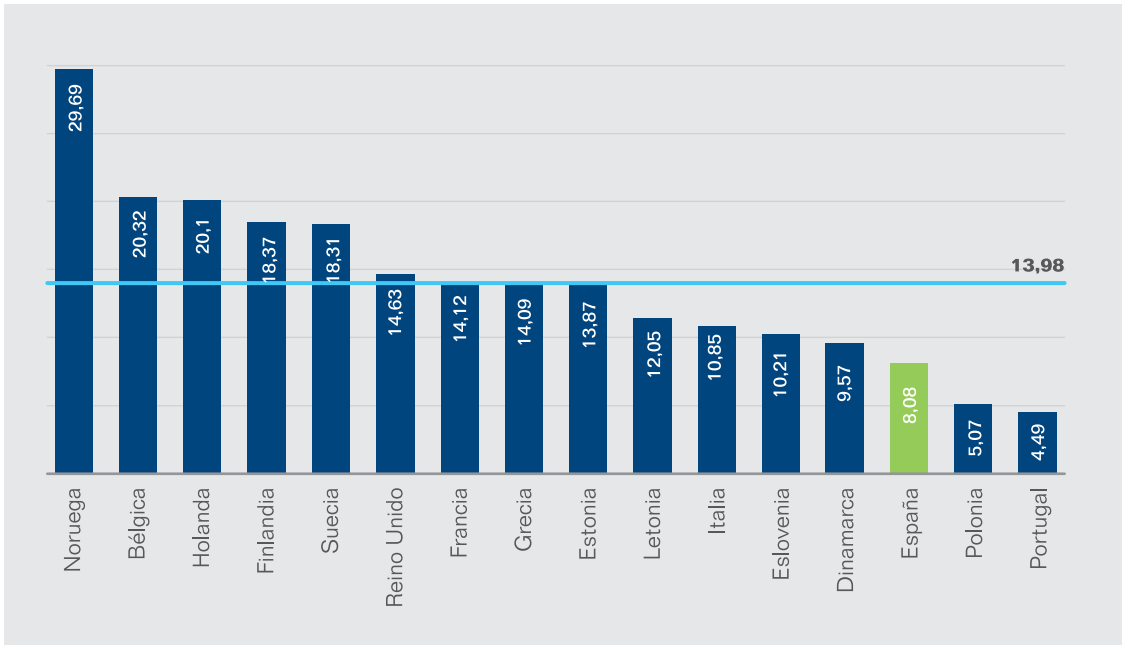
29 Kakuma et al., Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. Lancet 2011; 378: 1654-63

30 Lessons learned in developing community mental health care in Europe. Maya Semrau, Elizabeth A. Barley, Ann Law, Graham Thornicroft. October 2011. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00060

31 Australian Institute of Health and Welfare Mental health services in Australia. <https://mhsa.aihw.gov.au/resources/workforce/>

Según los últimos datos publicados por la OMS para el año 2014, la media europea se situaba en 14 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. España presenta un ratio de 8,08 psiquiatras por 100.000 habitantes, lo que nos posiciona 6 puntos por debajo de la media de los países europeos. Por encima de esta media se encuentran los Países Nórdicos, Bélgica, Holanda o Reino Unido, y por debajo del ratio español, países como Polonia y Portugal.

Figura 10. Ratio de nº de psiquiatras por 100.000 habitantes en el año 2014.



Fuente: Global Health Observatory Data Repository. Human resources Data by country. OMS. (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHHR?lang=en>)

En el año 2013, la Comunidad de Madrid contaba con una plantilla de 10,85 psiquiatras por cada 100.000 habitantes. Si se tiene en cuenta el personal facultativo en formación en el campo de la Psiquiatría el ratio es de 16,76/100.000 habitantes³².

“España se sitúa por debajo de la media europea en ratio de nº de psiquiatras/100.000 habitantes”

En el año 2010, la Comunidad de Madrid se situaba en cuanto a dotación de personal en el área de la Salud Mental, por encima de la media estatal en los principales perfiles profesionales relacionados.

Tabla 10. Volumen y ratio de profesionales relacionados con la Salud Mental por cada 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid (año 2010).

	Psiquiatras	Psicólogos clínicos	Enfermeros	Trabajadores sociales	Terapeutas Ocupacionales
Comunidad de Madrid	(▲) 8,43	(▲) 6,71	(=) 8,01	(▲) 2,53	(▲) 1,22
Media estatal	6,28	4,57	7,94	2,28	0,78

Fuente: Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría e INE. Ratio 100.000 habitantes elaboración propia a partir de datos de población de INE 1 enero de 2010. Media estatal calculada a partir de los datos existentes para las CCAA.

32 Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría e INE. Ratio 100.000 habitantes elaboración propia a partir de datos de población de INE 1 enero de 2013)

En cuanto a la dotación de enfermería, aunque la Comunidad de Madrid se encuentra en ratios similares a los existentes a nivel estatal, se encuentra aún muy alejadas de los ratios en países de alto nivel de desarrollo. Destaca además la falta de datos para estimar el porcentaje del personal de enfermería que trabaja en Servicios de Salud Mental y cuenta con la especialidad.

6.1. Recursos Humanos en los Centros de Salud Mental

Existe información limitada específica sobre los recursos y actividad en Centros de Salud Mental en la Comunidad de Madrid, siendo los últimos datos disponibles del año 2010.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) estima en 5 psiquiatras/100.000 habitantes la dotación mínima para una prestación asistencial de calidad de los Centros de Salud Mental de adultos³³. En 2010, la Comunidad de Madrid, contaba con 4,02 psiquiatras/100.000 habitantes en este tipo de centros, situándose por encima del promedio estatal (3,60 psiquiatras/100.000 habitantes en Centros de Salud Mental). Entre las CCAA, el País Vasco cuenta con la mejor dotación, con 4,99 psiquiatras/100.000 habitantes.

Figura 11. Ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes en Centros de Salud Mental por Comunidad Autónoma. 2010.



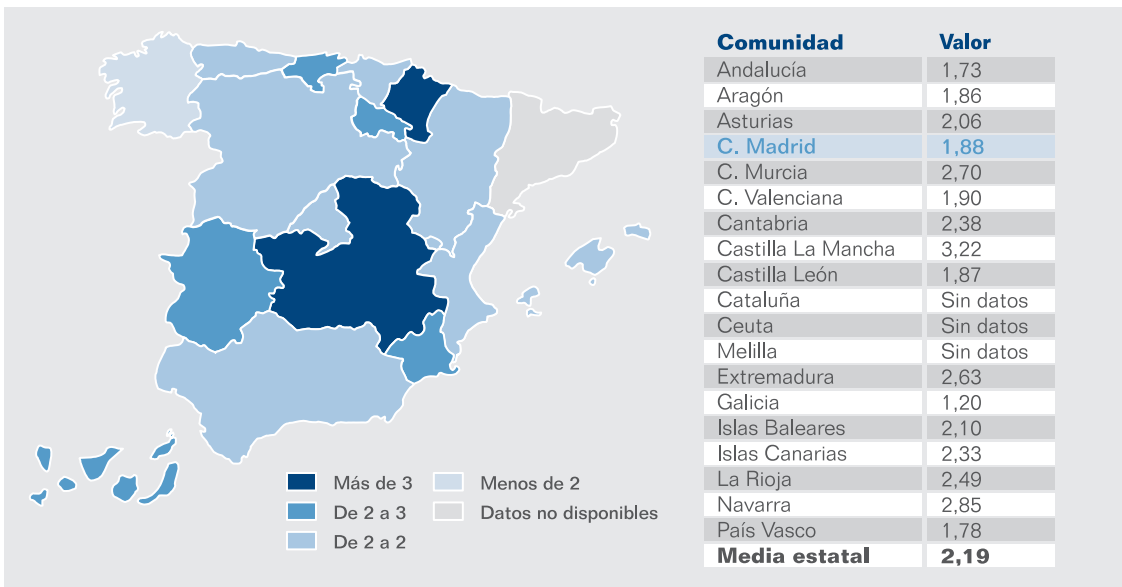
Fuente: Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

En cuanto a la dotación de psicólogos clínicos, la AEN estableció como dotación óptima, 4 psicólogos clínicos por 100.000 habitantes³⁴. La Comunidad de Madrid, con 1,88 psicólogos clínicos/100.000 habitantes, se sitúa por debajo de la media estatal (2,19 psicólogos clínicos/100.000 habitantes). Entre las CC.AA., Castilla La Mancha se sitúa en primer lugar, con 3,22 psicólogos clínicos por 100.000 habitantes.

33 Juan Francisco Jiménez Estévez. El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol. 31, No 112 (2011)

34

Figura 12. Ratio de psicólogos clínicos por 100.000 habitantes en Centros de Salud Mental por Comunidad Autónoma. 2010.

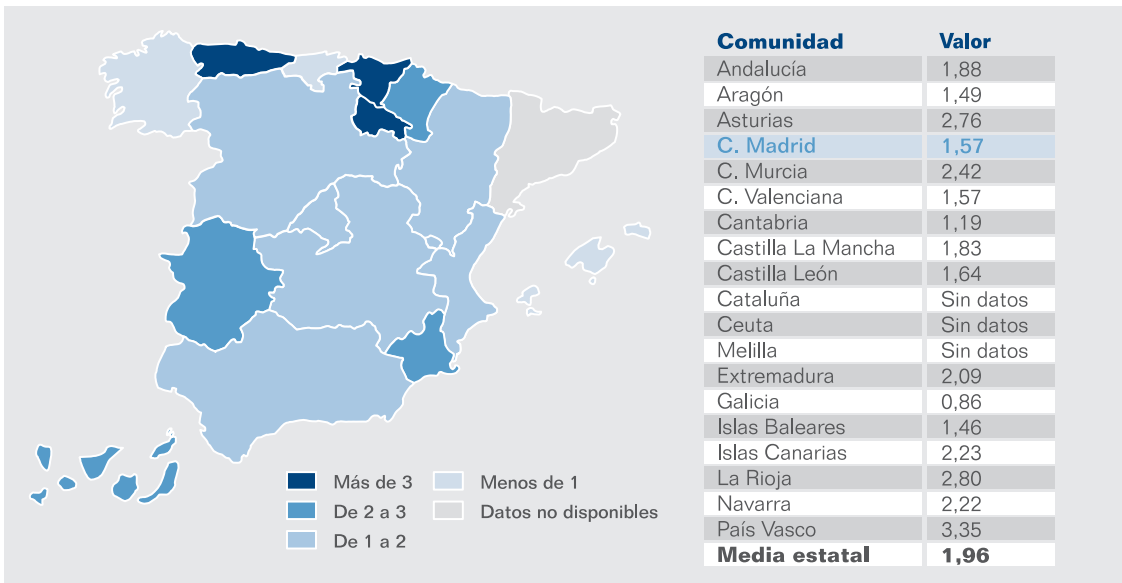


Fuente: Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

La situación en relación al personal de enfermería era similar, la Comunidad de Madrid tenía una tasa de 1,57 enfermeros/100.000 habitantes, siendo la estimación de la AEN de 3 enfermeros como dotación mínima para una asistencia de calidad. El País Vasco es la CCAA con mayor número de enfermeros en centros de salud mental con 3,35 enfermeros por 100.000 habitantes.

“Comparativamente, Madrid se encontraba, en 2010, por debajo de la media estatal, en los principales ratios de profesionales por habitante en Centros de Salud Mental de adultos”

Figura 13. Ratio de enfermeros por 100.000 habitantes en Centros de Salud Mental por Comunidad Autónoma (año 2010).0



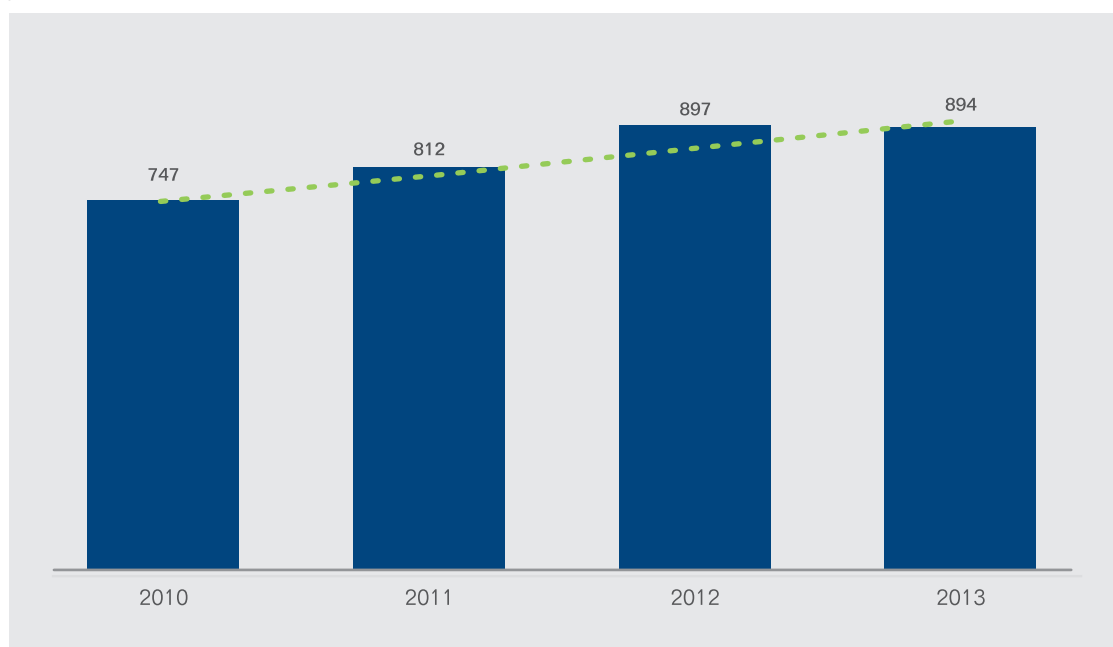
Fuente: Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría

NOTA: los datos de RR.HH. en centros de salud mental no se pueden comparar con Cataluña ya que el observatorio no tiene datos de los mismos. En las memorias de los hospitales tampoco se han encontrado datos que permitan hacer una valoración.

6.2. Recursos Humanos en el ámbito hospitalario

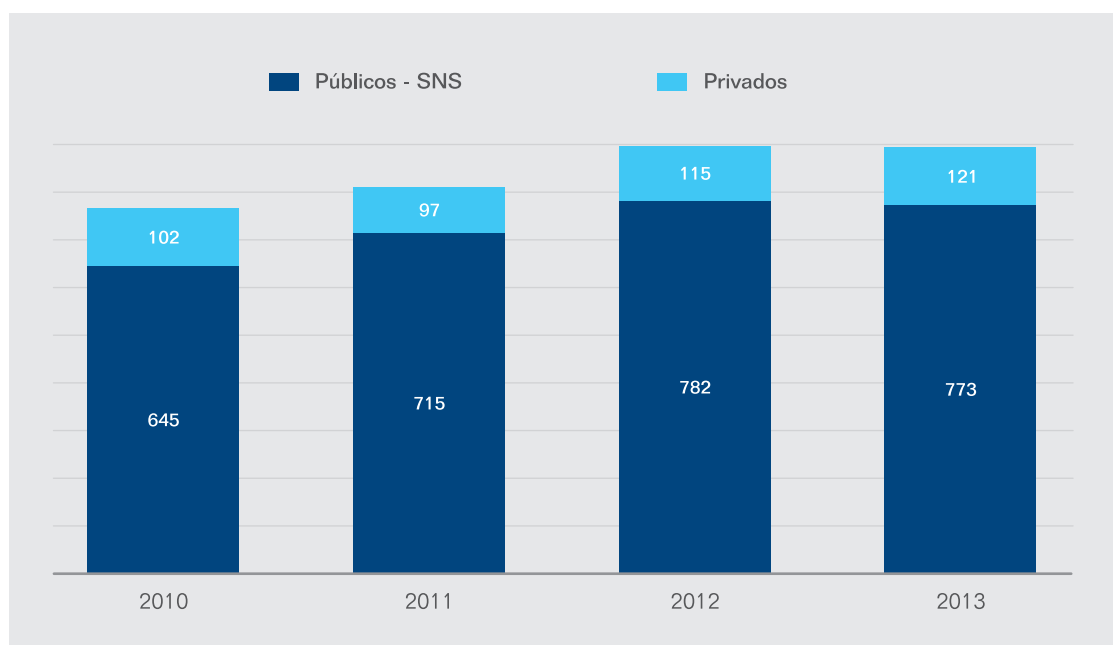
Durante el período 2010-2012 hubo un aumento ligero pero progresivo de un 16,72% del personal facultativo en el área de psiquiatría en el ámbito hospitalario que se mantuvo durante el año 2013.

Figura 14. Evolución del personal facultativo del área de Psiquiatría en la Comunidad de Madrid en el período 2010-2013.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

Figura 15. Evolución del personal facultativo del área de Psiquiatría en la Comunidad de Madrid en el período 2010-2013.



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)

El porcentaje del personal facultativo del área de Psiquiatría perteneciente a hospitales de ámbito privado se mantiene prácticamente constante a lo largo de este período representando un 13,65% en el año 2010, frente a un 13,53% en el año 2013. Estos datos son difícilmente interpretables al no estimar aquellos profesionales que realizan actividad tanto en el ámbito público como privado.

En comparación con otras Comunidades Autónomas el ratio de personal facultativo por 100.000 habitantes, es ligeramente superior en Cataluña (14,54 psiquiatras/100.000 habitantes en 2014) y País Vasco (14,3 psiquiatras/100.000 habitantes en 2014) en comparación con la dotación en la Comunidad de Madrid (14 psiquiatras/100.000 habitantes).

En la Comunidad de Madrid, la evolución del ratio de psiquiatras por 100.000 habitantes ha sido ascendente. En este mismo período, en Cataluña, este ratio, se ha mantenido relativamente constante.

Tabla 11. Personal facultativo en el área de Psiquiatría en el ámbito hospitalario de la Comunidad de Madrid, Cataluña y País Vasco (psiquiatras por 100.000 habitantes).

	Cataluña	País Vasco	Madrid
2010	14,74	9,31	11,72
2011	15,27	10,08	12,7
2012	14,24	14,6	13,96
2013	14,54	14,61	13,94
2014	14,54	14,29	14,06

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>). Ratio por 100.000 habitantes calculado a partir de la población a 1 de enero para cada año y CCAA publicada por el INE.

6.3. Personal en formación

La Formación Sanitaria Especializada (FSE) constituye una parte importante del denominado personal en formación. Las plazas ofertadas en Unidades Docentes Multiprofesionales de Salud Mental para cada titulación en la convocatoria 2014/2015³⁵ se recogen en la Tabla 12:

Tabla 12. Plazas acreditadas y ofertadas de formación sanitaria especializada por el Sistema Nacional de Salud en la convocatoria 2014/15.

	Psiquiatría		Psicología		Enfermería de SM	
	Acreditadas	Ofertadas	Acreditadas	Ofertadas	Acreditadas	Ofertadas
C. Madrid	49	47	26	26	32	32
Total	272	222	163	127	256	181

Fuente: Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros.

En términos generales, la Comunidad de Madrid es la que más plazas de formación sanitaria especializada, oferta para la especialización en Salud Mental. Si bien es cierto que

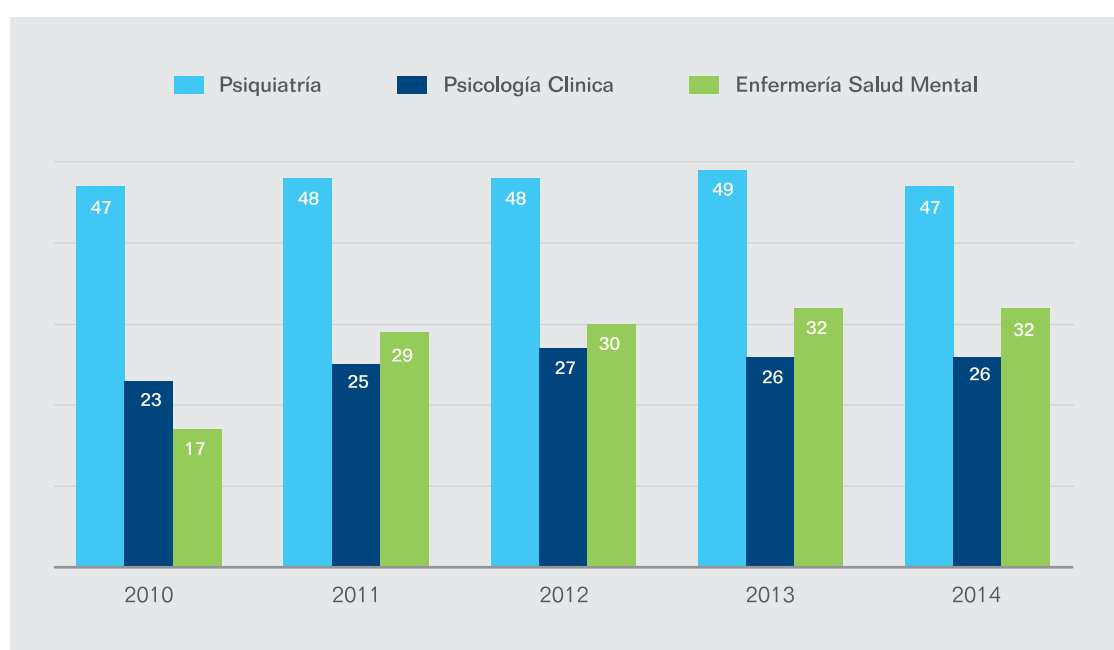
³⁵ Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros.

“En los últimos años se ha producido una estabilización del número de plazas de formación sanitaria especializada acreditadas, a excepción del incremento en el número de plazas de enfermería en Salud Mental, en los últimos 5 años”

tanto Cataluña como Andalucía tienen más plazas acreditadas (128 y 118 respectivamente frente a las 107 plazas de la Comunidad de Madrid) la oferta es menor (84 y 91 plazas respectivamente frente a las 105 plazas de la Comunidad de Madrid).

El número de plazas de formación sanitaria especializada acreditadas en la Comunidad de Madrid, para las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica, se ha mantenido constante en los últimos 5 años. La especialidad de Enfermería de Salud Mental prácticamente ha duplicado el número de plazas desde la convocatoria del año 2010, hasta la convocatoria de septiembre de 2014.

Figura 16. Evolución del número de plazas ofertadas para las especialidades clínicas del ámbito de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid.



Fuente: BOE núm. 230 miércoles 22 de septiembre de 2010. Orden SAS/2448/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2010 para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. BOE núm. 231 lunes 26 de septiembre de 2011. Orden SPI/2549/2011, de 19 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2011 para el acceso en el año 2012, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Orden SPI/2548/2011, de 19 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2011, para el acceso en el año 2012, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. BOE núm. 229 sábado 22 de septiembre de 2012. Orden SSI/1998/2012, de 18 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2012 para el acceso en el año 2013, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Orden SSI/1997/2012, de 18 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2012, para el acceso en el año 2013, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. BOE núm. 228 lunes 23 de septiembre de 2013. Orden SSI/1695/2013, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2013 para el acceso en el año 2014, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física. Orden SSI/1694/2013, de 12 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2013, para el acceso en el año 2014, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. BOE núm. 226 miércoles 17 de septiembre de 2014. Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física.

Libro Blanco de la Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid cuenta con 17 Unidades Docentes Multiprofesionales con plazas acreditadas que se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 13. Plazas acreditadas en Hospitales y Centros de la Comunidad de Madrid con Unidad Docente en Salud Mental en la convocatoria 2014/2015.

Unidades Docentes en Salud Mental	Especialidad	Plazas acreditadas	Plazas ofertadas
H. U. La Paz	Psiquiatría	4	4
	Psicología Clínica	4	4
	Enfermería de Salud Mental	6	6
H. U. 12 de Octubre	Psiquiatría	4	4
	Psicología Clínica	2	2
	Enfermería de Salud Mental	2	2
H. U. Clínico San Carlos	Psiquiatría	4	4
	Psicología Clínica	2	2
H. U. Ramón y Cajal	Psiquiatría	4	4
	Psicología Clínica	1	1
	Enfermería de Salud Mental	2	2
H. U. Puerta de Hierro	Psiquiatría	3	3
H. U. La Princesa	Psiquiatría	3	3
	Psicología Clínica	1	1
H. U. Fundación Jiménez Díaz	Psiquiatría	3	3
	Psicología Clínica	2	2
	Enfermería de Salud Mental	4	4
H. General U. Gregorio Marañón	Psiquiatría	4	4
	Psicología Clínica	2	2
	Enfermería de Salud Mental	2	2
H. Dr. Rodríguez Lafora	Psiquiatría	4	4
	Psicología Clínica	1	1
	Enfermería de Salud Mental	2	2
H. U. de Fuenlabrada	Psiquiatría	2	2
	Psicología Clínica	1	1
	Enfermería de Salud Mental	2	2
H. U. de Móstoles	Psiquiatría	2	2
	Psicología Clínica	1	1
H. U. Infanta Cristina	Psiquiatría	1	1
	Psicología Clínica	1	1
	Enfermería de Salud Mental	1	1
H. U. Príncipe de Asturias	Psiquiatría	4	4
	Psicología Clínica	4	4
	Enfermería de Salud Mental	6	6
H. U. de Getafe	Psiquiatría	2	2
	Psicología Clínica	1	1
Instituto Psiquiátrico Servicios de Salud Mental José Germain	Psiquiatría	2	2
	Psicología Clínica	2	2
	Enfermería de Salud Mental	3	3
H. Central de la Defensa Gómez Ulla	Psiquiatría	2	1
	Psiquiatría	1	0
Centro San Juan de Dios	Psicología Clínica	1	1
	Enfermería de Salud Mental	2	2
Plazas totales de Psiquiatría		49	47
Plazas totales de Psicología Clínica		26	26
Plazas totales de Enfermería de Salud Mental		32	32

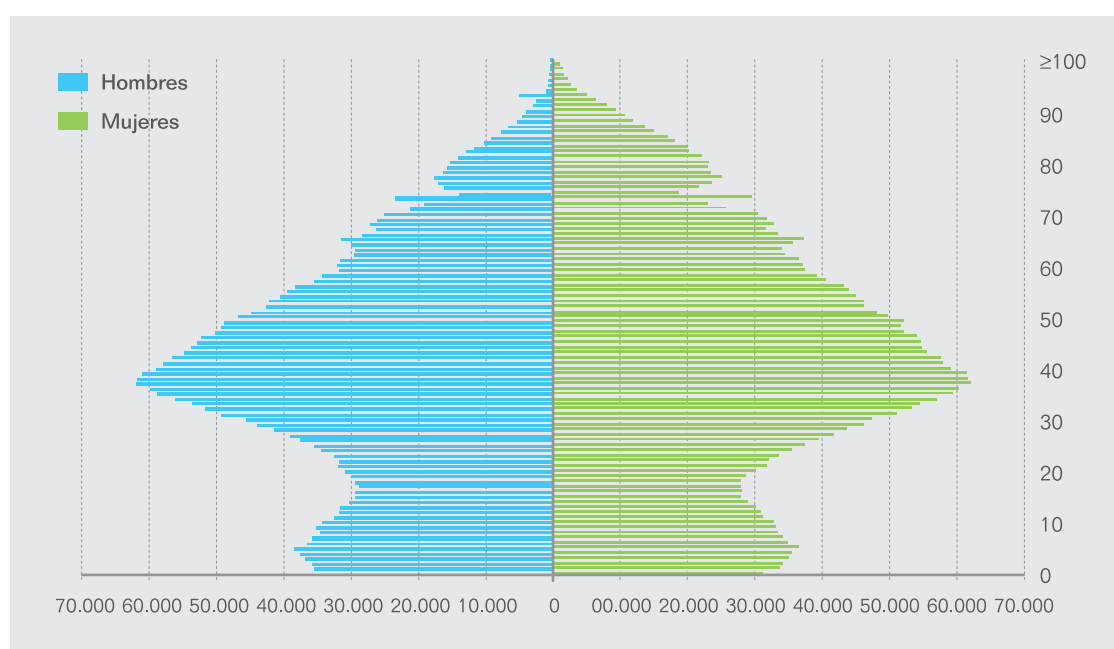
Fuente: BOE núm. 226 miércoles 17 de septiembre de 2014. Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros graduados/licenciados universitarios del ámbito de la Psicología, la Química, la Biología y la Física.

7. Mapa de actividad: actividad asistencial de atención a la Salud Mental

A 1 de enero de 2015, la Comunidad de Madrid, tenía una población de 6.377.364 según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), 3.314.453 mujeres y 3.062.911 hombres. La franja de edad con mayor población era la situada entre los 34 y 48 años de edad. La población $\geq$ a 65 años era de 1.081.970 habitantes y la población de $\leq$ a 18 años era de 1.244.000.

En cuanto a la población inmigrante, se situó en 704.092 habitantes en la Comunidad de Madrid en 2015.

Figura 17. Pirámide poblacional por edad simple. Comunidad de Madrid en el año 2014



Fuente: Poblaciones de referencia de la Comunidad de Madrid. Pirámides de población según edad y sexo (datos absolutos). Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. (http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/censos/ipob_ref_3.htm).

INEbase. Cifras de población y datos demográficos. INE (http://www.ine.es/inebaseDYN/cp30321/cp_inicio.htm)

7.1. Análisis de la actividad ambulatoria

Tanto la incidencia (entendida como el número de primeras consultas realizadas anualmente en los dispositivos ambulatorios por 1.000 habitantes) como la frecuentación (entendida como el número total de visitas realizadas anualmente en los dispositivos ambulatorios por 1.000 habitantes) en la Comunidad de Madrid, se sitúa por encima de los valores estatales, por lo que, en relación a la población, se atienden un mayor número de consultas de psiquiatría, tanto primeras como de seguimiento.

Libro Blanco de la Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Tabla 14. Principales indicadores de actividad en consultas de psiquiatría (2010-2014) en hospitales Comunidad de Madrid y total a nivel estatal

	COMUNIDAD DE MADRID					ESPAÑA				
	2010	2011	2012	2013	2014	2010	2011	2012	2013	2014
Primeras consultas	92.577	98.372	116.620	130.509	124.189	614.769	636.971	696.781	722.855	740.728
Incidencia*	14,14	15,16	17,94	20,1	▲ 19,47	13,22	13,65	14,88	15,47	15,93
Consultas totales	725.433	671.915	711.654	711.654	727.855	399.7991	4.204.939	4.885.656	4.995.095	5.157.173
Frecuentación**	114,09	105,46	111,08	111,85	▲ 114,19	86,78	91,16	105,83	107,21	111,02

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

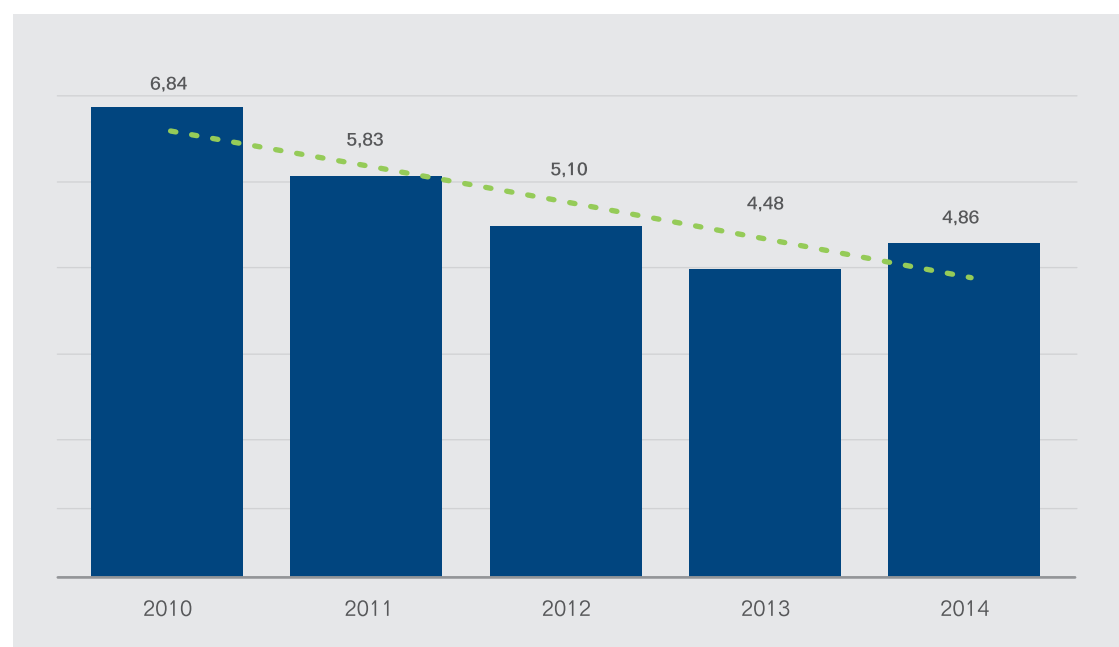
*Incidencia: Número de primeras consultas realizadas anualmente en los dispositivos ambulatorios por 1.000 habitantes. Se han considerado datos de población publicados en el INE a fecha 1 de enero de cada año.

** Frecuentación: Número total de visitas realizadas anualmente en los dispositivos ambulatorios por 1.000 habitantes. Se han considerado datos de población publicados en el INE a fecha 1 de enero de cada año.

En cuanto al índice de consultas sucesivas/primeras en los hospitales de la Comunidad de Madrid, por cada primera consulta de Salud Mental se realizaban en 6,84 consultas de seguimiento en 2010. En 2014, por cada primera consulta se realizaron 4,86 consultas sucesivas, lo que supone una disminución del índice de sucesivas/primeras de 2 puntos en un período de 4 años.

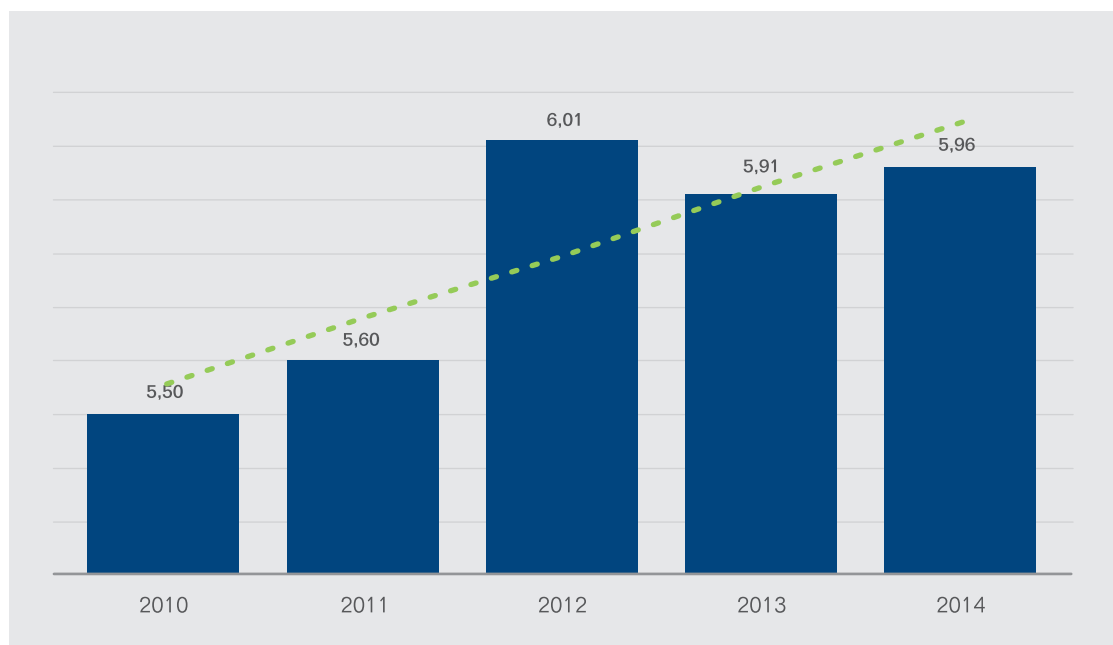
“Madrid se encuentra por encima de la media estatal en incidencia y frecuentación de consultas”

Figura 18. Evolución del Índice de consultas sucesivas/primeras en los hospitales de la Comunidad de Madrid



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 19. Evolución del Índice de consultas sucesivas/primeras en hospitales en España



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Llama la atención la falta de información desagregada por tramos etarios lo que dificulta la realización de estudios específicos sobre la atención a población adulta y a niños y adolescentes.

“Madrid ha experimentado una evolución del índice consultas sucesivas/primeras de psiquiatría opuesta a la experimentada a nivel estatal”

Análisis de la actividad ambulatoria en Centros de Salud Mental

7.2. Análisis de la actividad hospitalaria

A continuación, se resumen los principales indicadores de actividad hospitalaria para la Comunidad de Madrid en el período 2010 – 2014.

Tabla 15. Principales indicadores de actividad hospitalaria en psiquiatría (2010-2014) en la Comunidad de Madrid y a nivel estatal. Hospitales públicos de agudos y larga estancia

	Comunidad de Madrid					
	HOSPITALES DE AGUDOS			HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA		
	Altas	Estancias	Estancia Media	Altas	Estancias	Estancia Media
2010	7.587	125.652	16,5 6	867	150.947	174,1
2011	7.990	121.176	15,17	1.556	172.217	110,68
2012	8.131	126.280	15,53	1.629	176.053	108,07
2013	8.600	127.539	14,83	1.707	173.443	101,61
2014	9.018	129.417	14,35	1.630	172.592	105,88

	España					
	HOSPITALES DE AGUDOS			HOSPITALES DE LARGA ESTANCIA		
	Altas	Estancias	Estancia Media	Altas	Estancias	Estancia Media
2010	63.306	1.326.498	20,95	9.677	1.479.987	152,94
2011	66.585	1.362.586	20,46	8.628	1.260.702	146,12
2012	66.201	1.424.404	21,52	8.613	1.312.895	152,43
2013	67.591	1.367.888	20,24	9.007	1.305.282	144,92
2014	70.322	1.368.061	19,45	8.079	1.274.953	157,8

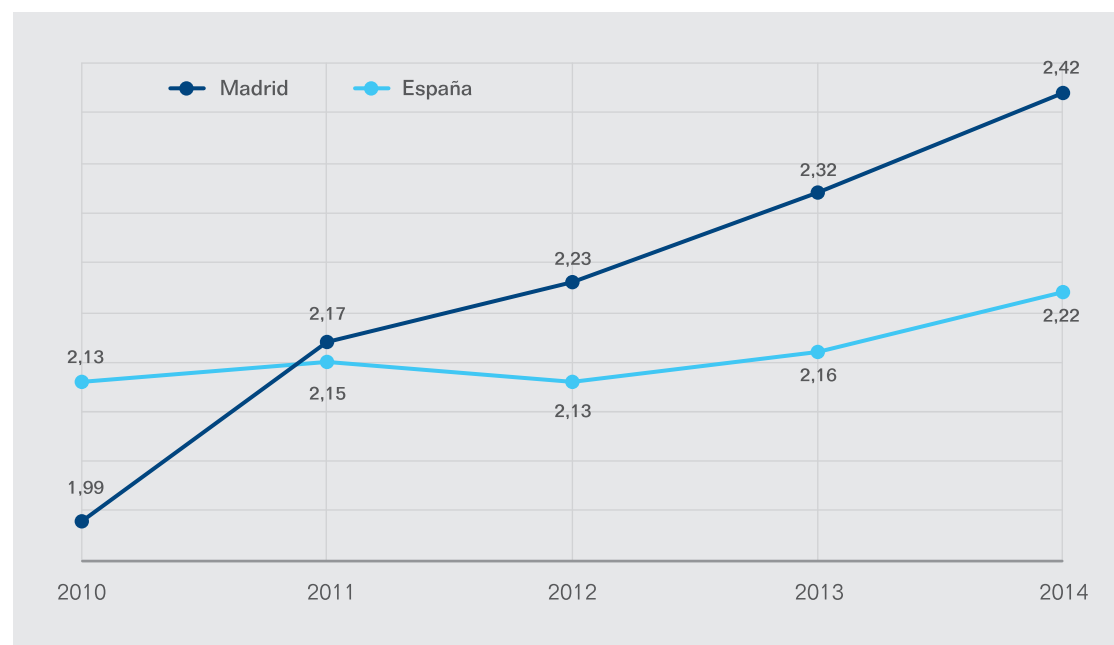
Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En cuanto al ratio de altas por 1.000 habitantes en la Comunidad de Madrid se ha producido un aumento del 21,6% en el período 2010-2014; a nivel estatal, los valores se han mantenido más estables a lo largo de este mismo período.

En cuanto al ratio de estancias por 1.000 habitantes, la evolución de este indicador a nivel estatal a lo largo de los años ha sido inversa a la de la Comunidad de Madrid. Mientras que a nivel estatal se ha producido un descenso del 9%, en la Comunidad de Madrid este ratio aumentó un 8,9% entre el 2010 y el 2014.

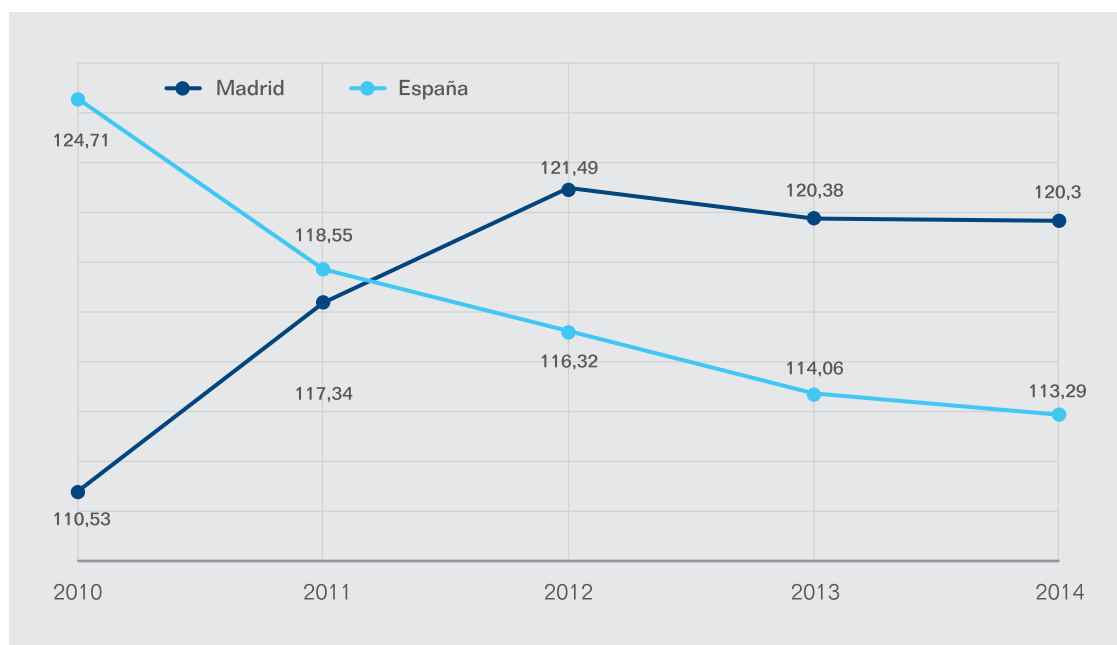
“La Comunidad de Madrid se sitúa por encima de la media en ratios de actividad hospitalaria (altas y estancias en psiquiatría por 1.000 habitantes), especialmente en los últimos 2 años”

Figura 20. Evolución del ratio altas en psiquiatría (hospitales públicos y privados) por 1.000 habitantes (2010-2014)



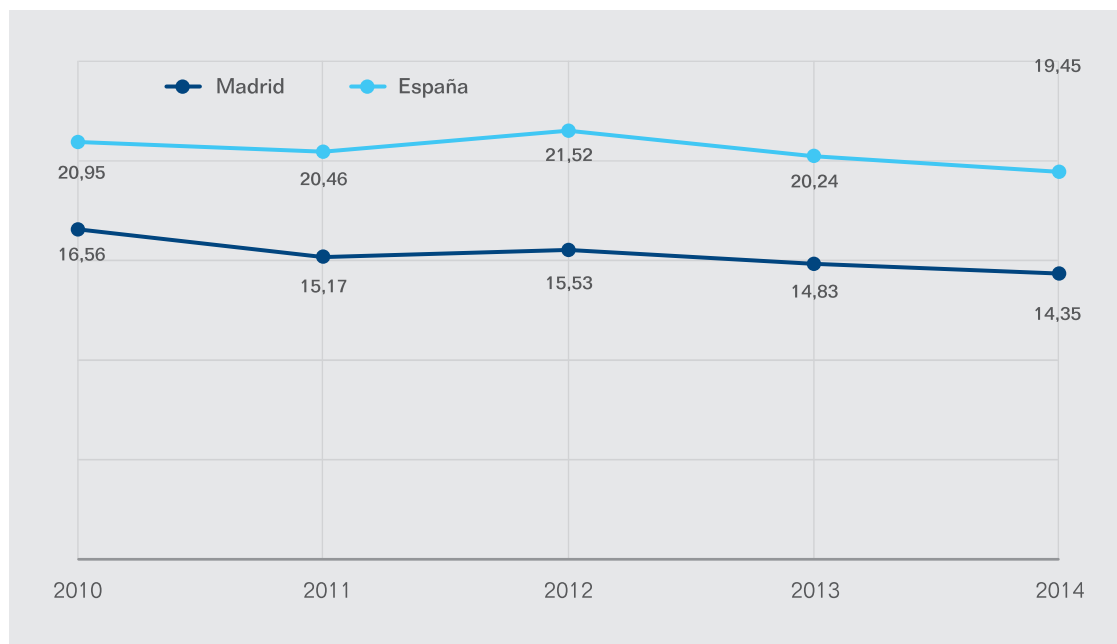
Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 21. Evolución ratio estancias en psiquiatría (hospitales públicos y privados) por 1.000 habitantes (2010-2014)



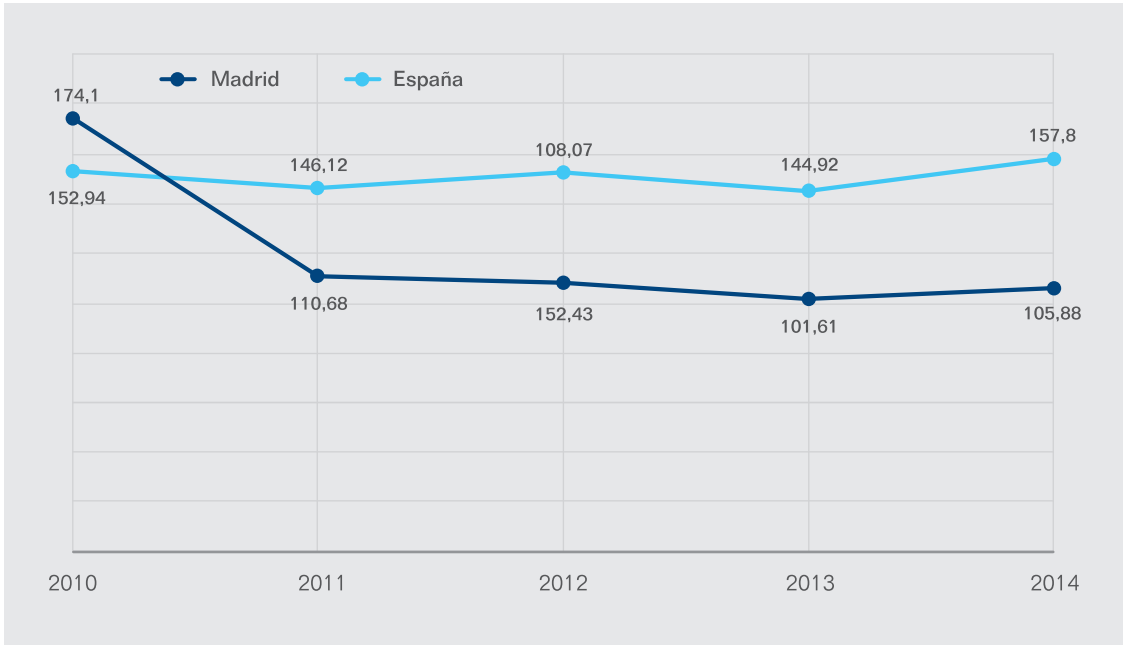
Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 22. Evolución de la estancia media en psiquiatría, en hospitales públicos de agudos (2010-2014)



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Figura 23. Evolución de la estancia media en psiquiatría, en hospitales públicos de larga estancia (2010-2014)



Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

A continuación, se recogen los datos de altas, estancias y estancias medias en función de la patología, según la clasificación internacional de enfermedades.

“La Comunidad de Madrid se sitúa por debajo de la media nacional en términos de estancias medias en psiquiatría, tanto en hospitales públicos de agudos como de larga estancia”

Tabla 16. Altas, estancias y estancia media en función de la patología (según clasificación CIE-9-M) en la Comunidad de Madrid y a nivel estatal en el año 2014

	COMUNIDAD DE MADRID				ESPAÑA			
	Altas	Ratio altas/1000 habitantes	Estancias	Estancia media	Altas	Ratio altas/1000 habitantes	Estancias	Estancia media
V. Trastornos Mentales	17.371	2,61	386.666	22,26	117.965	2,53	3.031.658	25,7
V.1 Psicosis Orgánicas, otras Psicosis y Trastornos Mentales debidos al uso de Drogas o Alcohol	11.965	1,8	236.605	19,77	83.594	1,79	2.013.186	24,08
Demencia senil, presenil y vascular	271	0,04	4.001	14,76	4.189	0,09	250.015	59,68
Trastornos esquizofrénicos	2.864	0,44	97.860	34,17	23.403	0,5	840.789	35,93
Psicosis alcohólicas y síndrome de dependencia al alcohol	1.652	0,25	22.947	13,89	7.940	0,17	100.266	12,63
Psicosis por drogas, dependencia de drogas y abuso de drogas sin dependencia	1.382	0,19	17.255	12,49	7.769	0,17	86.951	11,19
Otras psicosis	5.796	0,88	94.541	16,31	40.292	0,86	735.166	18,25

V.2. Trastornos Neuróticos, de la Personalidad y otros No Psicóticos (excepto Drogas o Alcohol). Retraso Mental	5.406	0,82	150.062	27,76	34.371	0,74	1.018.472	29,63
Trastornos neuróticos, de la personalidad y otros no psicóticos (excepto drogas o alcohol)	5.328	0,8	72.616	13,63	33.158	0,71	439.347	13,25

Fuente: Encuesta de Morbilidad Española 2013. INE. (<http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>)

Revisión del Padrón municipal a 1 de enero de 2015 (<http://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.html?padre=517&dh=1>)

Dentro de los Trastornos Mentales, las psicosis orgánicas, otras psicosis y trastornos mentales debido al uso de drogas y alcohol son los que mayor número de altas y estancias generan tanto a nivel estatal, como en la Comunidad de Madrid.

Las estancias medias presentan valores similares o ligeramente inferiores en la Comunidad de Madrid, respecto al total estatal, exceptuando el caso de la demencia senil, presenil y vascular, con una estancia media muy superior a nivel estatal respecto a la estancia media en la Comunidad de Madrid (con una estancia media aproximadamente cuatro veces inferior).

8. Formación en Salud Mental en la Comunidad de Madrid

8.1. Formación de grado

Actualmente en la Comunidad de Madrid, el grado en Medicina puede cursarse en 8 Universidades. Los programas de este grado en todas aquellas Universidades tanto públicas como privadas en las que se imparte incluyen asignaturas específicas del área de Salud Mental. Así pues, en todas ellas se imparte una asignatura de Psiquiatría que, por lo general equivale a 6 créditos en 5º curso y otra de Psicología, por lo general de 6 créditos en 2º curso. Adicionalmente, durante el Rotatorio Clínico o Prácticum existe la posibilidad de llevar a cabo una rotación en Psiquiatría.

8.2. Formación de postgrado

En la Comunidad de Madrid varias Universidades imparten másteres acreditados en el área de la Salud Mental:

Tabla 17. Másteres en el ámbito de la Salud Mental ofertados en la Comunidad de Madrid, 2015.

Universidad	Facultad	Titulación
Universidad Complutense de Madrid (UCM)	Facultad de Psicología	Máster Universitario en Psicogerontología
	Facultad de Medicina	Máster Universitario en Iniciación a la Investigación en Salud Mental
	Facultad de Psicología	Máster Universitario en Psicofarmacología y Drogas de Abuso
	Facultad de Ciencias Biológicas	Máster Universitario en Neurociencia
Universidad Autónoma de Madrid (UAM)	Facultad de Psicología	Máster Universitario en Psicología de la Salud
	Facultad de Medicina	Máster Universitario en Neurociencia
Universidad Europea (UE)	Facultad de Ciencias de la Salud	Máster Universitario en Trastornos del Comportamiento Alimentario y Obesidad
Universidad a Distancia de Madrid (UDIMA)	Facultad de Ciencias de la Salud	Máster Universitario en Gerontología Psicosocial
U. de Cantabria (coordinadora)		Máster de Iniciación de la Investigación y Salud Mental
U. Complutense de Madrid		
U. Autónoma de Barcelona		
U. de Barcelona		
U. de Cádiz		

Fuente: Elaboración propia a partir de información recogida en páginas web de las universidades.

En cuanto a los estudios oficiales de Doctorado, en el ámbito de la Salud Mental, la oferta en la Comunidad de Madrid se resume en la siguiente tabla:

Tabla 18. Doctorados en el ámbito de la Salud Mental ofertados en la Comunidad de Madrid, 2015.

Universidad	Programa de Doctorado
Universidad Complutense de Madrid (UCM)	Doctorado en Psicología
	Doctorado en Investigación en Ciencias Médico-Quirúrgicas que incluye como línea de investigación: "Investigación en Psiquiatría"
Universidad Autónoma de Madrid (UAM)	Doctorado en Psicología
	Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud
	Doctorado en Medicina y Cirugía que incluye como línea de investigación: "Investigación en psiquiatría, humanidades médicas y psicología médica"
Universidad Rey Juan Carlos (URJC)	Doctorado en Ciencias de la Salud que incluye como línea de investigación: "Psicología"

Fuente: Elaboración propia a partir de información recogida en páginas web de las universidades.

8.3. Formación Sanitaria Especializada

La información relacionada con la situación de la Formación Sanitaria Especializada de la Comunidad de Madrid se encuentra ampliada en el apartado 6.3. Personal en Formación.

8.4. Formación continuada

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Planificación, Investigación y Formación, lleva a cabo una adecuada promoción, ordenación, coordinación, gestión y evaluación de actividades relacionadas con la formación de los profesionales sanitarios.

Dentro de los cursos de formación para profesionales sanitarios ofertados en el año 2015, los relacionados con Salud Mental están orientados principalmente a las siguientes áreas:

- Cursos relacionados con el abordaje de la violencia de género Talleres de casos clínicos
- Cursos relacionados con la prevención del suicidio
- Cursos relacionados con la psicosis y el trastorno mental grave
- Cursos relacionados con el TAC
- Cursos relacionados con la psiquiatría en el niño y el adolescente
- Cursos relacionados con el alcoholismo

Además de estas grandes líneas de formación, se ofrecen cursos en relación a la enfermería en salud mental, psicoterapia, etc.

9. Investigación en Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Participación en redes/estructuras de investigación cooperativa

El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid recogía como áreas prioritarias de investigación (clínica, básica, epidemiológica y en servicios de salud) las siguientes:

- Epidemiología y clínica de los trastornos mentales.
- Tratamiento farmacológico y psicoterapéutico de las enfermedades mentales. Ensayos clínicos no comerciales.
- Detección precoz, adherencia y respuesta al tratamiento y evaluación de procesos asistenciales.
- Trastornos afectivos: Diagnóstico, epidemiología y tratamiento.
- Epidemiología y clínica de los trastornos conductuales y emocionales.
- Trastornos psicóticos: bases genéticas, celulares y moleculares. Aspectos psicosociales y terapéuticos.
- Trastornos afectivos: bases genéticas, celulares y moleculares. Aspectos psicosociales y terapéuticos.
- Aspectos clínico-epidemiológicos y biológicos de los trastornos de la personalidad.
- Trastornos pos adicción a sustancias.
- Trastornos del espectro autista.
- Modelos animales y celulares para el estudio de enfermedades mentales.
- Salud mental infanto-juvenil.
- Aspectos sociales relacionados con la Salud Mental.
- Lucha contra el estigma asociado a la enfermedad mental.
- Conducta suicida desde la perspectiva biopsicosocial.

El nuevo **Plan Regional de Investigación Científica e Innovación Tecnológica de la Comunidad de Madrid 2016-2020 (PRICIT)** se compone de cinco ejes estratégicos de actuación: generar, atraer y retener el talento investigador; fortalecer los organismos de investigación y los equipamientos científicos, impulsar los proyectos internacionales de excelencia relacionados con los principales retos de la sociedad; promover la relación entre investigación y empresa; y promocionar la cultura científica fomentando su divulgación.

Para el despliegue de acciones concretas el PRICIT incluye seis programas marco que a su vez contienen 31 objetivos específicos y 54 actuaciones a realizar. De esos seis programas hay dos considerados prioritarios por la importancia que tienen para obtener los resultados esperados, el destinado a favorecer la creación de talento y el de apoyar proyectos excelentes.

Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental (CIBERSAM)³⁶

Con la misión de mejorar el cuidado clínico y la salud mental de la sociedad a través de conocimiento generado por la investigación traslacional en psiquiatría y neurociencias, el 1 de enero de 2008 se crea el Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental (CIBERSAM).

El CIBERSAM está formado por 24 grupos de investigación clínica, preclínica y traslacional pertenecientes a 8 Comunidades Autónomas. Estos grupos, seleccionados de forma competitiva entre los más productivos del país están dedicados fundamentalmente al estudio de trastornos mentales como la depresión, esquizofrenia, trastorno bipolar, así como los trastornos de ansiedad y trastornos mentales del niño y del adolescente, o la innovación terapéutica.

Los grupos integrantes de CIBERSAM han sido seleccionados entre todos los grupos solicitantes a través de un sistema de evaluación que incluye la productividad de los últimos años, captación de fondo y capacidad innovadora realizado por evaluadores extranjeros. Además, todos los grupos son evaluados cada año dentro del propio CIBER y cada tres años por el panel de evaluadores extranjeros. Lo que asegura, mediante criterios objetivos, medibles y publicables que los grupos tienen y mantienen su competitividad en el contexto nacional.³⁷

Los proyectos de investigación que se desarrollan en él tienen un carácter multidisciplinar y multiinstitucional en los que se integra la investigación básica, clínica y poblacional. Su principal objetivo es añadir valor al sistema mediante la investigación de frontera en el campo de la psiquiatría y neurociencias afines. El objetivo final es constituir un centro de grupos de investigación abierto a la comunidad científica, médica, política y a la sociedad, líder en investigación en España y Europa, que genere conocimientos y aporte valor añadido.

De estos grupos, 6 ejercen su actividad en hospitales o universidades de la Comunidad de Madrid.

Tabla 19. Grupos de investigación pertenecientes a CIBERSAM, que desarrollan su actividad en la Comunidad de Madrid

Investigador Principal	Centro
Dr. José Luis Ayuso Mateos	Hospital Universitario la Princesa
Dr. Celso Arango López	Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Dr. Jerónimo Saiz Ruiz	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Dr. Tomás Palomo Álvarez	Univ. Complutense de Madrid. UCM
Dr. Juan Carlos Leza Cerro	Univ. Complutense de Madrid. UCM. Facultad de Medicina
Dr. Manuel Desco Menéndez	Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Fuente: CIBERSAM. (<http://cibersam.es/cibersam>)

Participación en consorcios/redes internacionales

Los grupos CIBERSAM de la Comunidad de Madrid cuentan con el soporte del Área Transversal de Programas Europeos y Relaciones Internacionales de CIBERSAM. El Programa está además coordinado por el Dr. Jose Luis Ayuso del Hospital Universita-

³⁶ <http://www.cibersam.es/>

³⁷ Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

rio La Princesa. El Programa tiene como objetivo fomentar la participación de grupos CIBERSAM en convocatorias europeas e internacionales. Se incluye además entre sus objetivos, establecer contactos con instancias de la Comisión Europea, involucradas en la financiación de la investigación en salud, con el objetivo de estimular la aparición en las convocatorias de temas relacionados con las áreas prioritarias de investigación del CIBERSAM. Dada la madurez alcanzada CIBERSAM, el área de proyectos europeos persigue también que sus investigadores no solo participen, sino que también lideren proyectos europeos.

El número de proyectos europeos en activo con participación de grupos CIBERSAM ha ido en aumento los últimos años, siendo tres proyectos europeos gestionados directamente por CIBERSAM: proyectos ROAMER, STOP y MARATONE. En estos tres proyectos participan grupos de Madrid.

En concreto, a través de CIBERSAM grupos de la Comunidad de Madrid han participado en el desarrollo y coordinación de la Hoja de Ruta de la investigación en Salud Mental en Europa (Proyecto ROAMER)³⁸ publicada en marzo de 2015, con el objetivo principal de integrar y coordinar la investigación en Salud Mental en todos los países de la Unión Europea.

Tal y como se recoge en la última memoria publicada por el CIBERSAM (2014), los grupos madrileños del CIBERSAM están presentes, junto con otros grupos, en todos los proyectos europeos gestionados por el CIBERSAM.

Tabla 20. Proyectos Europeos/Internacionales en activo gestionados por el CIBERSAM el año 2014

Proyectos Europeos

ROAMER (Roadmap for Mental Health Research in Europe)

STOP (Suicidality: Treatment Occurring in Paediatrics)

MARATONE (Mental Health Training through Research Network in Europe)

PYSCAN (Translating neuroimaging findings from research into clinical practice)

RFA-MH-120 (Genomic Risk and resilience in 22q11q Deletion Syndrome: A Window into the Genetic Architecture of Mental Disorders)

Fuente: Memoria Anual 2014. CIBERSAM. Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (<http://www.cibersam.es>)

Red de Trastornos Adictivos (RTA)

La Red de Trastornos Adictivos (RTA) es una estructura organizativa financiada por el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo constituida por distintos grupos de investigación biomédica cuyo objetivo es investigar los orígenes de los procesos adictivos, sus manifestaciones clínicas y su impacto social con el fin último de proporcionar herramientas de intervención terapéuticas y sociales que ayuden a reducir el tremendo impacto de las adicciones y las patologías asociadas.

El objetivo general es el de conseguir que la adicción a drogas sea tratada como una enfermedad, incorporada al sistema público de salud, aportando a través de la investigación los conocimientos sobre fisiopatología, etiopatogenia, terapéutica y prevención que permitan dar una solución a uno de los problemas de salud más acuciantes del mundo occidental.

Cinco de los grupos de la red están ubicados en centros de la Comunidad de Madrid.

³⁸ Wykes, T., Belli, S., Lewis, S., Haro, J.M., Obradors Tarragó, C. ROAMER. A Roadmap for Mental Health and Well-being Research in Europe. March 2015.

Tabla 21. Grupos de investigación de la Red de Trastornos Adictivos en centros de la Comunidad de Madrid

Investigador Principal	Institución	Tipo de Grupo
Dr. Emilio Ambrosio Flores	Univ. Nacional de Educación a Distancia	Investigación Básica
Dra. María Isabel Colado Megía	Univ. Complutense de Madrid	Investigación Básica
Dra. Pilar Goya Laza	Consejo Superior de Investigaciones Científicas	Investigación Básica
Dra. Rosario Moratalla Villalba	Consejo Superior de Investigaciones Científicas	Investigación Básica
Dra. Paz Viveros Hernando	Univ. Complutense de Madrid	Investigación Básica
Dr. Miguel Navarro García (D.E.P.)	Univ. Complutense de Madrid	Investigación Básica
Dr. José Antonio López Moreno	Univ. Complutense de Madrid. Facultad de Psicología	

Fuente: Red de Trastornos Adictivos. (<http://www.redrta.es>)

Líneas de investigación en Salud Mental destacadas en la Comunidad de Madrid

Destacan por su trayectoria y producción científica, las siguientes líneas de investigación en Salud Mental, desarrolladas en la Comunidad de Madrid.

- Líneas de investigación sobre **prevención del suicidio**.
- Líneas de investigación sobre **trastornos de la impulsividad**.
- Líneas de investigación sobre **esquizofrenia**.
- Líneas de investigación sobre **salud mental infanto-juvenil**.

Por hospitales y centros, las líneas más destacadas y consolidadas incluyen las siguientes:

La **Fundación Jiménez Díaz** destaca por los trabajos realizados sobre **prevención del suicidio**.

El **Hospital Clínico San Carlos** destaca especialmente por las líneas de trabajo en **trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de la impulsividad y primeros episodios psicóticos**.

El **Hospital General Universitario Gregorio Marañón** es referente en investigación en salud mental infanto-juvenil, en especial, en **primeros episodios psicóticos, cognición en trastornos psiquiátricos, neuroimagen de los trastornos mentales, neuropsicofarmacología del desarrollo y trastornos del espectro autista**. Desarrolla entre otros, estudios sobre seguridad de distintos fármacos en población infanto-juvenil y sobre los cambios cerebrales después de primeros episodios psicóticos en niños y adolescentes que desarrollan esquizofrenia o trastorno bipolar.

El **Hospital Universitario 12 de Octubre** destaca por sus líneas de investigación en esquizofrenia y trastornos relacionados con el uso de sustancias.

El **Hospital Universitario de Getafe** destaca por el desarrollo de líneas de investigación sobre salud mental y fragilidad, discapacidad y dependencia.

El **Hospital Universitario La Paz**, destaca por las líneas de investigación en aspectos clínicos y psicosociales en pacientes con trastornos mentales graves, sobre todo en

esquizofrenia y trastorno bipolar. Desarrolla además líneas de investigación en **psicoterapia**, con un programa dedicado a la psicooncología.

El **Hospital Universitario de la Princesa/Universidad Autónoma de Madrid.** Destaca por las líneas de investigación en **depresión, discapacidad intelectual y prevención del suicidio** y por su participación en **estudios epidemiológicos.**

El **Hospital Universitario Puerta de Hierro.** Trabaja en líneas de investigación, principalmente en **psiquiatría infanto-juvenil.** En particular sobre **rehabilitación cognitiva del paciente psicótico, relación materno-infantil en edad perinatal y farmacovigilancia** en niños en tratamiento con antipsicóticos.

El **Hospital Universitario Ramón y Cajal,** destaca especialmente por las investigaciones desarrolladas en el ámbito de los **primeros episodios psicóticos y trastornos de la impulsividad.**

El **Hospital Universitario Niño Jesús** destaca por la investigación en trastornos de la conducta alimentaria y primeros episodios psicóticos.

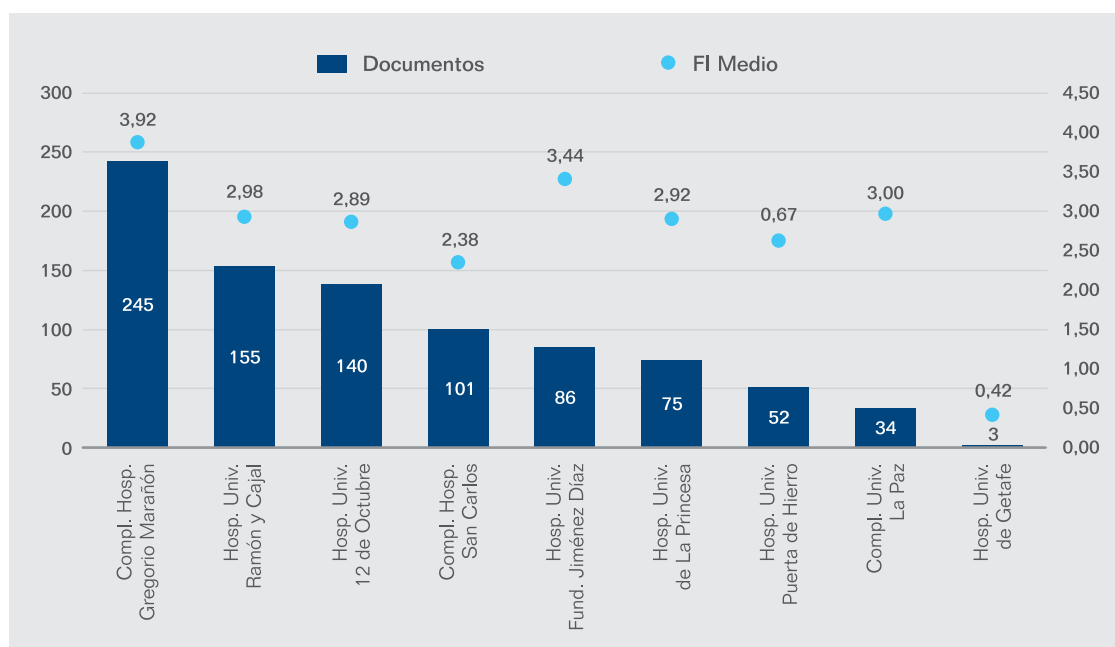
En la **Universidad Complutense de Madrid,** se desarrollan líneas de investigación sobre marcadores relacionados con neuroinflamación y estrés oxidativo, en enfermedades mentales.

La **Universidad de Alcalá de Henares,** destaca por los estudios sobre depresión, esquizofrenia y trastorno bipolar.

Producción científica

Se recogen a continuación los principales datos de producción científica en Salud Mental en la Comunidad de Madrid por hospital.

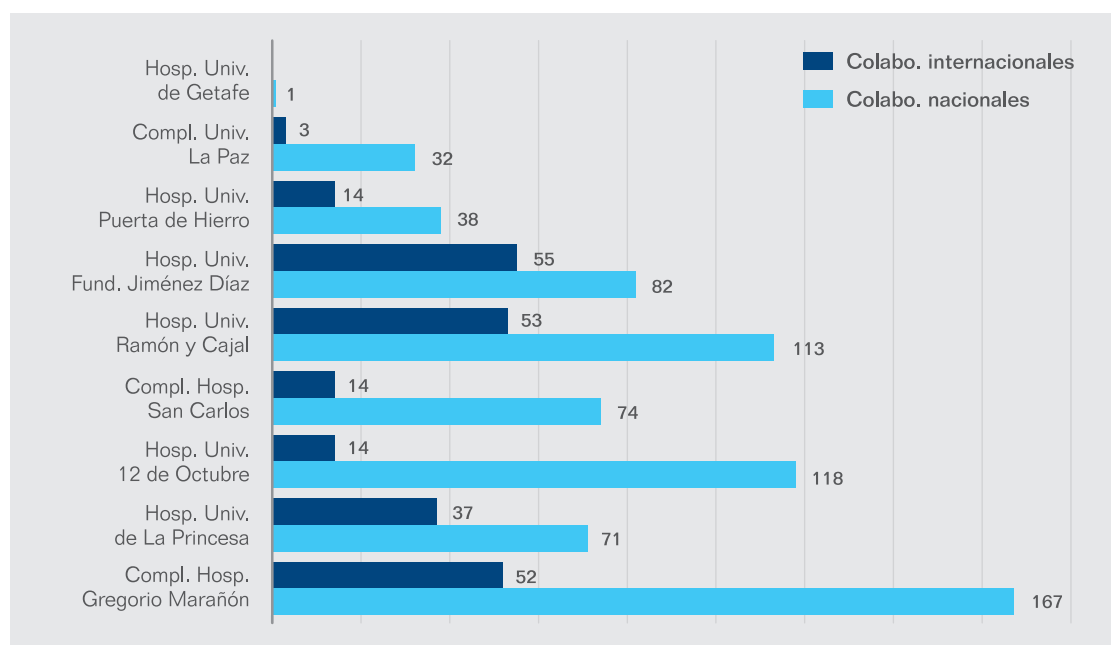
Figura 24. Producción científica (número de documentos científicos) de 9 hospitales de la Comunidad de Madrid durante el período 2006-2011.



Fuente: ISI Web of Knowledge

Nota: En el mismo periodo de estudio, el Hospital Universitario Niño Jesús ha participado en la publicación de 23 artículos en revistas internacionales con un FI medio de 3,06.

Figura 25. Número de colaboraciones nacionales e internacionales en relación a la investigación en salud mental llevadas a cabo entre los años 2006-2011



Fuente: Elaborado a partir de datos de ISI Web of Knowledge

Destaca igualmente el número de publicaciones realizadas en colaboración a nivel nacional e internacional desarrolladas.

Organizaciones especialmente destacadas en la financiación de I+D y/o formación en Salud Mental



La **Fundación Alicia Koplowitz** es una de las principales fundaciones dedicadas a la promoción de la investigación en el campo de la psiquiatría infanto juvenil.

Su actividad médico-científica se centra en el **Programa de Apoyo a la Salud Mental del Niño y el Adolescente**, con el objetivo de contribuir al avance de la investigación y mejorar la formación de los profesionales en el campo de la Psiquiatría del Niño y Adolescente en España. Dentro de este programa, la Fundación concede diferentes modalidades de becas, ayudas a Proyectos de Investigación para investigadores españoles que trabajen en este campo de la Psiquiatría y el Área de Neurociencias del Niño y Adolescente. En 2012 se constituyó la Cátedra de Psiquiatría Infantil Fundación Alicia Koplowitz-Fundación Universidad Complutense de Madrid.



FEPsM

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

La **Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental** desarrolla diferentes acciones dirigidas a aumentar el conocimiento, desarrollo y perfeccionamiento de la Psiquiatría y la

Salud Mental, así como de sus disciplinas afines. Con estos fines, organiza reuniones, y promueve la realización de publicaciones, actos científicos, desarrollo de investigaciones, así como otras actividades culturales y científicas.

Un mayor detalle de las acciones desarrolladas por ambas fundaciones, pueden consultarse en el Anexo 4.

10. Salud Mental en la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid³⁹

Estrategias implantadas en la Comunidad de Madrid

El Plan Estratégico en Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid, concedía una especial relevancia a la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, identificando como objetivos de mejora, la realización de un estudio sobre las necesidades de recursos de atención a niños y adolescentes. Se especificaban como acciones a realizar:

- Estudiar las **necesidades de recursos humanos**, en base a la heterogeneidad de la demanda de cada Unidad Asistencial y al desempeño de las tareas.
- Asegurar las **condiciones específicas de infraestructura y recursos materiales**, adaptadas a la atención de la población infantil y adolescente, diferenciados respecto a la población adulta.
- Estudio de la necesidad de un **Centro Terapéutico Residencial para niños y adolescentes**, con trastornos mentales y de conducta graves.
- Desarrollar **protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas**, con participación de un comité de expertos multidisciplinar.
- Estudio de **necesidades de recursos de rehabilitación y residencia** en coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales: centros de día y tarde, residencias materno-infantiles, recursos residenciales de convivencia familiar, etc., en horario de mañana y tarde.
- Adicionalmente, se planteaba como objetivo la consolidación y desarrollo de los **programas para el tratamiento de los trastornos psicóticos**. Junto con los programas de tratamiento asertivo comunitario se proponía como acciones a realizar, la consolidación y desarrollo de **programas de intervención precoz en las psicosis y programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en periodo de riesgo**.

Organización de la asistencia a la Salud Mental del Niño y Adolescente en la Comunidad de Madrid

La Comunidad de Madrid realiza una gestión centralizada de la Salud Mental integrando el ámbito hospitalario con el Centro de Salud Mental y conformándose un equipo de referencia.

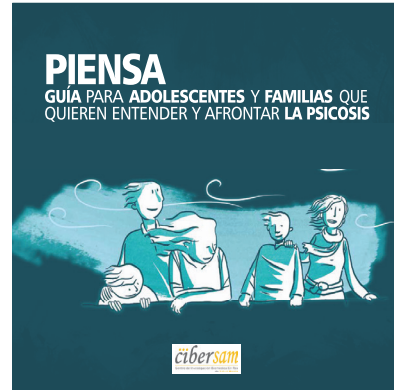
La red de Psiquiatría del Niño y el Adolescente de la Comunidad de Madrid se compone de dispositivos de atención ambulatoria (los Centros de Salud Mental), hospitales de día y unidades de hospitalización, estas últimas ubicadas en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital Universitario Niño Jesús.

³⁹ Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Cátedra de Psiquiatría Infantil. Fundación Alicia Koplowitz-UCM. 2014.

Adicionalmente, la red global de la Comunidad de Madrid ha aprobado la constitución y puesta en marcha de una Unidad de media estancia para pacientes infantiles y juveniles.

En la Comunidad de Madrid existen protocolos de actuación o programas diferenciados, pero a nivel de hospitales concretos:

- **Protocolo de tratamiento específico de los TCA**, del Hospital Niño Jesús.
- **Programa para la Atención Médica Integral de los Trastornos del Espectro Autista** del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Programa PIENSA (Programa de Intervención en Psicosis Adolescente)** ubicado en la sección de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- **Programa ATrAPA (Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia)** es un Programa Asistencial que promueve la investigación y tratamiento de la personalidad en la adolescencia.
- **La Unidad de Menores en Riesgo Psíquico (UMERP)**, actualmente ubicada en la sección de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Departamento de Psiquiatría del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.



Recursos disponibles

Salvo algunas excepciones, los únicos dispositivos exclusivos para la atención infantil y juvenil son los hospitales de día y hospitalización. Los Centros de Salud Mental son generales, y atienden tanto a adultos como a menores, aunque cuentan con personal específico del campo de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente.

La Comunidad cuenta con un total de 7 Hospitales de Día (uno de ellos integrado en el hospital Universitario Niño Jesús) y 2 Unidades de Hospitalización (en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital Universitario Niño Jesús), todos específicos de niños y adolescentes.

Se ha aprobado la constitución de un nuevo centro de media estancia, también específico de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente, con un total de 20 plazas.

En el año 2013 había un ratio de psiquiatras/ 100.000 habitantes de 5,17 y de psicólogos de 3,5.

En cuanto al volumen de actividad ambulatoria, el ratio de primeras consultas fue de 1.559,76 por 100.000 habitantes y de 6.113,16 por 100.000 habitantes para las consultas sucesivas.

Por otro lado, la atención hospitalaria, aunque se realiza principalmente en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Hospital Universitario Niño Jesús, existe actividad hospitalaria en la práctica totalidad de hospitales de la Comunidad de Madrid, siendo en total 24 los hospitales que han tenido actividad en este campo.

En la Comunidad de Madrid se realizaron un total de 356 altas en niños menores de 14 años y 493 altas de adolescentes entre 14 y 18 años. En cuanto a las estancias, los valores para niños y adolescentes han sido de 3.365 y 7.483, respectivamente. Las estancias medias se sitúan en 9,45 para niños y 15,18 para adolescentes.

En relación a los diagnósticos realizados, las principales patologías tratadas han sido las relacionadas con la reacción e adaptación y retrasos específicos del desarrollo, en el caso de los pacientes menores de 14 años, y de trastornos de la personalidad y reacción de adaptación en el caso de los pacientes con edades entre los 14 y los 18 años.

Situación de la formación

La oferta de formación en Psiquiatría del Niño y el Adolescente se concentra fundamentalmente a nivel de **formación sanitaria especializada**.

A nivel de formación continuada, las actividades formativas se centran especialmente en aspectos relacionados con el autismo.

Actividad científica

A pesar de que en mayor o menor medida en todos los centros sanitarios se realizan actividades de investigación, siendo la Consejería un agente de apoyo, no existe una política estructurada de fomento de la investigación en esta área.

Uno de los principales referentes es el Hospital General Gregorio Marañón que ha impulsado significativamente la investigación en Psiquiatría del niño y el Adolescente. Este Hospital junto con el Hospital Niños Jesús, son los que mayor impulso han dado al desarrollo de ensayos clínicos, ya que son los que cuentan con Unidades de Hospitalización de referencia.

El grupo de investigación del Dr. Celso Arango del Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Gregorio Marañón, cuya principal línea de trabajo se centra en los trastornos del neurodesarrollo y dentro de ellos en la reducción de la heterogeneidad clínica de los síndromes psicóticos y autismo, es uno de los referentes científicos en este campo. En este grupo de investigación destaca también la Dra. Mara Parellada en la investigación de trastornos del espectro autista y la Dra. Carmen Moreno en trastorno bipolar de inicio precoz.

En la actualidad se mantienen activos ocho proyectos europeos sobre temas como psicosis de inicio temprano, autismo, neuroimagen en trastornos psicóticos, trastornos de conducta, o suicidio infantil.

Relación del sector profesional de la Comunidad de Madrid con otros colectivos

La mayoría de las asociaciones de pacientes y familiares de la Comunidad de Madrid son de ámbito local.

El Hospital General Gregorio Marañón mantiene relaciones periódicas con asociaciones de autismo (Federación de Autismo de Madrid, APNA), esquizofrenia (AMAFE), trastorno bipolar (Asociación bipolar de Madrid) o TDAH (ANSHDA o Asociación Elisabeth D'ornano) con las que hace anualmente cursos de formación a demanda de las mismas.

La relación de los profesionales con las asociaciones de pacientes se concreta en la organización de jornadas conjuntas.

En los Hospitales 12 de Octubre, Gregorio Marañón y el de Alcalá de Henares se ha implantado un **proyecto piloto de evaluación del Servicio de Primer Apoyo (SEPA)**. Este es un marco de colaboración con asociaciones locales para trabajar conjuntamente en primeros episodios de psicosis.

El Hospital Universitario Niño Jesús mantiene una relación continua con ADANER Y FEACAB, entre otras.

La **Fundación Manantial** ha puesto en marcha la **Unidad de Atención Temprana (UAT)**. Es un proyecto pionero en España que pretende proporcionar una **atención intensiva, integral y ambulatoria**, dentro de un modelo de trabajo comunitario, y de forma complementaria a la asistencia que prestan los recursos de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

La **UAT Joven** está ubicada en Alcalá de Henares y cuenta con **30 plazas de día**.

Está atendida por un equipo clínico interdisciplinar de nueve profesionales formado por psicólogos clínicos, psiquiatras, personal de enfermería y especialistas en terapia ocupacional, trabajo y educación social, que atienden actualmente a 21 usuarios y a sus familias. Cuenta con la colaboración del **Servicio Madrileño de Salud** y con el **patrocinio de Banco Madrid y Fundación La Caixa**.

11. Principales Asociaciones y Fundaciones de apoyo a la Salud Mental

Especialmente en los últimos años el movimiento asociativo está adquiriendo una especial relevancia en el ámbito de la Salud Mental. Entre sus múltiples objetivos se encuentran con carácter general, la contribución a la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, defender sus derechos, promover la formación y la investigación en este ámbito y contribuir a la normalización y luchar contra el estigma.

En el **Anexo 5** se recogen las principales **Asociaciones y Fundaciones de Apoyo a la Salud Mental** que desarrollan su actividad en el ámbito de la Comunidad de Madrid.

- **AMAFE.** Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia
- **AMAI TLP.** Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación Trastorno Límite de la Personalidad
- **ASAM.** Asociación de Salud y Ayuda Mutua
- **FEACAB.** Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosas
- **ADANER.** Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia
- Asociación FEAFES Integración Laboral – **FEAFES empleo**
- **Federación Autismo Madrid**
- **Fundación Manantial**
- **Asociación de Trastorno Bipolar de Madrid**
- **Fundación Mundo Bipolar**
- **UMASAM.** Unión Madrileña de Asociaciones de Salud Mental.





Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

PARTE III

identificación de retos y áreas de mejora

12. Diagnóstico de situación. Retos de futuro y áreas de mejora

En el siguiente apartado se presentan las principales conclusiones de la encuesta de opinión realizada a profesionales y representantes de pacientes y familiares. Pretende por tanto, complementar los datos objetivos presentados en apartados anteriores, sobre la situación actual desde la perspectiva de profesionales, pacientes y familiares.

Percepción sobre los principales cambios en la forma de abordar la asistencia en la Comunidad de Madrid

Se solicitó a los participantes en la encuesta online su opinión sobre los cambios más relevantes experimentados en la forma de abordar la asistencia en la Comunidad de Madrid en los últimos 5 años. El objetivo era detectar posibles **cambios, percibidos negativamente**, para los que pudiera ser necesario desarrollar actuaciones dirigidas a minimizar/corregir su impacto y **cambios valorados positivamente**, y en los que sería deseable continuar trabajando para su pleno desarrollo.

Tabla 22. Identificación de cambios con mayor impacto positivo en la asistencia a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Principales cambios con impacto positivo	Nivel de impacto
Profesionalización y papel creciente de las asociaciones de pacientes	6,69
Libre elección de centro/médico	6,41
Apertura de nuevos hospitales con Servicio de Psiquiatría	6,25
Desarrollo de hospitales de día	6,10
Desarrollo de los recursos destinados a niños/adolescentes	6,09
Creación de unidades de referencia (primeros episodios, TCA, trastornos de la personalidad, etc.)	6,07
Mejoras en la coordinación con Servicios Sociales	5,93
Avance en la creación de equipos multidisciplinares	5,76
Aumento de los recursos de rehabilitación	5,67
Sistematización de la información	5,60
Mejoras en la coordinación AE/AP	5,54
Aumento de iniciativas de sensibilización	5,29
Avance en la aplicación del modelo socio-comunitario	5,26
Desarrollo de recursos destinados a la detección precoz	5,10
Avances en la humanización de la asistencia	4,78

N=37

Nota metodológica: Cada ítem se valoró en una escala de 1 a 10, siendo 10 muy alto impacto y 1 muy bajo impacto.

Se perciben, además, como cambios positivos...

- Las mejoras en la coordinación entre Atención Primaria/Atención especializada, entre hospitales y con los servicios sociales, aun reconociéndose incompletas e irregulares y aún, con margen de mejora.
- La apertura de nuevos hospitales con servicio de psiquiatría, aunque ésta no ha ido acompañada de un incremento en el número de servicios específicos de atención infanto-juvenil.

- La zonificación de la asistencia a la Salud Mental. Ha permitido una atención más ordenada, reduciendo el número de casos no tratados y la duplicidad de atención en varios centros.
- La reducción paulatina de los tiempos de espera de acceso a determinadas consultas y dispositivos, aunque siguen siendo muy alta en algunos casos.

Tabla 23. Identificación de cambios con mayor impacto negativo en la asistencia a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Principales cambios con impacto negativo	Nivel de impacto	
Profesionalización y papel creciente de las asociaciones de pacientes	6,69	
Mayor ratio de pacientes por profesional-aumento de la demanda con reducción de recursos	6,72	
Cambios frecuentes en la composición de los equipos asistenciales (Rotación)	6,43	
Reducción del tiempo disponible por paciente	6,31	
Aumento de listas de espera	6,06	
No se han producido cambios de relevancia (inmovilismo)	4,07	
N=37		

Nota metodológica: Cada ítem se valoró en una escala de 1 a 10, siendo 10 muy alto impacto y 1 muy bajo impacto.

Se perciben, además, como cambios negativos...

- El impacto general de la crisis económica en la sanidad, en especial en cuanto a la dotación de personal, afectando especialmente a los servicios comunitarios más que a nivel de hospitalización. Mayor ratio de pacientes por profesional por aumento de la demanda coincidentes con la reducción de recursos.
- En algunos aspectos, el cambio de dependencia de los Centros de Salud Mental (CSM) a las gerencias de los hospitales, en especial, en la reducción del número de profesionales en los equipos.
- El mantenimiento de los hospitales monográficos como centros de hospitalización breve.
- El aumento del número de pacientes en determinadas áreas, que no ha ido acompañado de un aumento de los recursos disponibles. Este aumento de la demanda está motivando diferentes formas de gestión, con los mismos recursos.
- El aumento de listas de espera para determinados recursos. Se considera especialmente relevante en el caso de Hospitales de Día (HD), y concretamente en los HD infanto-juvenil (con un menor desarrollo del Plan Estratégico de la comunidad), estimándose una lista de espera de 7-8 meses.
- La reducción del tiempo disponible por paciente.
- La libre elección de centro, que en algunos casos, puede dificultar la aplicación del modelo de atención comunitario a la Salud Mental.
- Pese al aumento del número de servicios de adultos, se mantienen la carencia de recursos específicos destinados a la detección e intervención precoz y a jóvenes.
- Los frecuentes cambios en la composición de los equipos asistenciales (alto nivel de rotación en los equipos que dificulta la consolidación de los mismos y afecta a la calidad de la asistencia y la relación con el paciente).
- La tendencia al inmovilismo. La no introducción de cambios significativos, en los últimos años, se percibe negativamente.

Percepción sobre los principales cambios relacionados con el perfil de los pacientes y las demandas por parte de pacientes/familiares/cuidadores

Se solicitó a los participantes en la encuesta/cuestionario su opinión sobre los cambios más relevantes en relativos al perfil de los pacientes. Estos datos pretenden complementar la información obtenida en cuando a perfil de la demanda obtenido a través de datos epidemiológicos y de volumen de actividad asistencial en la Comunidad de Madrid. El objetivo de esta pregunta era detectar posibles cambios detectados en la práctica habitual de los servicios/áreas (percepción de cambios en la casuística) y en base a los mismos, poder detectar posibles necesidades en relación a dispositivos/programas específicos o cambios en la forma de organizar la asistencia.

Se solicitó además su opinión sobre las principales demandas expresadas por pacientes, familiares, cuidadores. Se incluye tanto la opinión de los profesionales de la salud y de la asistencia social, en forma de percepción sobre las demandas que les expresan los pacientes, familiares, cuidadores derivada de su experiencia como la de asociaciones de pacientes, en términos de las principales demandas expresadas en representación de sus asociados.

Tabla 24. Principales cambios en el perfil del paciente y en la demanda de servicios

Principales cambios relacionados con el perfil del paciente	% Respuestas	
Incremento del número de consultas ocasionadas por problemas de la vida cotidiana	80%	        
Perfiles emergentes como trastornos de la personalidad y la conducta	69%	
Paciente más demandante (tratamiento, recursos)	55%	
Aumento de pacientes con patología dual y trastornos adaptativos	53%	
Pacientes cada vez más jóvenes	45%	
Paciente con mayor acceso a información	43%	
Aumento de consumo de tóxicos entre pacientes psicóticos	27%	
Empoderamiento del paciente/familiar/cuidador. Mayor participación en el manejo de la enfermedad	24%	
Paciente que solicita una atención más individualizada	24%	
Pacientes psicóticos cada vez de menor edad	10%	
Mayor implicación de los cuidadores	6%	
Aumento de pacientes con Trastorno Bipolar	2%	
N=49		

Nota metodológica: Se solicitó la selección de los 5 principales cambios relacionados con el perfil de los pacientes y de las demandas por parte de pacientes, familiares o cuidadores.

Principales cambios percibidos en el perfil de los pacientes...

- Se percibe un incremento del porcentaje de consultas ocasionadas por problemas de la vida cotidiana: trastornos comunes de la ansiedad, depresión, tensiones adaptativas, contrariedades de la vida diaria, problemas de rendimiento escolar, trabajo, familia, etc.
- Derivado de lo anterior, se considera existe mayor dificultad para dedicar tiempo a las patologías que mayor tiempo requieren. Mayor dedicación a las patologías menores que a la patología mayor. Se demanda un ajuste de los recursos a las patologías y la gravedad de las mismas, no sólo a la demanda de la población.

- Aumento del consumo de tóxicos entre los pacientes psicóticos (se estima en un 90% los pacientes con trastornos psicóticos que consumen tóxicos).
- Pacientes cada vez más jóvenes. En concreto, tendencia a pacientes psicóticos, cada vez de menor edad.
- Perfiles emergentes como trastornos de la personalidad y de la conducta.
- Aumento de pacientes con patología dual y trastornos adaptativos.
- Paciente con mayor acceso a información y que demanda servicios concretos, en base a información obtenida a través de fuentes de información públicas.

Principales cambios en la demanda de servicios, por parte de pacientes, familiares y cuidadores...

- Los pacientes y cuidadores demandan soluciones inmediatas, acceso inmediato a los recursos que consideran como un derecho.
- Recursos específicos para pacientes crónicos.
- Mejor coordinación entre los servicios de salud mental y los servicios sociales y educativos. Mejor coordinación de la atención sociosanitaria y con una mejor dotación de recursos.
- Desarrollo de sistemas de atención a las patologías emergentes.
- Seguimiento más estrecho por parte del especialista, mayor número de citas (menos espaciadas en el tiempo).
- Mejor dotación de recursos de hospital de día.
- Mejor dotación de centros terapéuticos para adolescentes (evitando hospitalizaciones en unidades de hospitalización breve).
- Atención más individualizada.
- Mayor participación a nivel global, en su propia asistencia, sobre todo en casos de los pacientes crónicos.
- Atención inmediata al primer síntoma y sin listas de espera.
- Detección precoz impulsando la formación en colegios, institutos, etc. e implicación de Atención Primaria.
- Servicios públicos para la detección precoz de los TEA y su diagnóstico diferencial.
- Promover y facilitar la implicación de la familia.
- Mejor acceso a tratamientos psicoterapéuticos. Mayor manejo psicosocial de los trastornos y no sólo psiquiátrico y farmacológico, lo que implica mayor número de psicólogos. Disponer de servicios psicológicos para los cuidadores de personas con trastornos crónicos.
- Mejor atención sociosanitaria de las patologías duales a través de la coordinación de redes (salud mental y discapacidad intelectual, consumo de drogas, penitenciario, sin hogar, etc.).
- Mejor dotación de recursos sanitarios de media estancia, así como plazas en pisos supervisados.
- Campañas de sensibilización y concienciación sobre la enfermedad mental para, entre todos, acabar con el estigma asociado.

Aspectos que más condicionan la calidad de la asistencia a la Salud Mental

Se solicitó a los participantes su opinión sobre los aspectos que más influencia ejercen en la calidad de la asistencia a la Salud Mental. Se trataba de identificar, por tanto, aquellos ámbitos en los que se deberían plantear acciones de manera prioritaria para avanzar en la prestación de una asistencia de la mayor calidad posible.

Tabla 25. Principales condicionantes de la calidad de la asistencia a la Salud Mental.

Principales condicionantes de la calidad de la asistencia a la salud mental	% Respuestas
Sobrecarga asistencial	69%
Unidades y Programas específicos	60%
Listas de espera	64%
Falta de plazas para pacientes crónicos	50%
Falta de tiempo de dedicación en consulta	44%
Falta de criterios claros de derivación a AE	33%
Rigidez organizativa. Dificultad para la implantación de nuevos modelos de asistencia	31%
Atención individualizada e implicación del paciente en el proceso	29%
Programas de Atención a Domicilio	23%
Falta de definición clara de la Cartera de Servicios	21%
Falta de aplicación de guías de práctica clínica/recomendaciones en base a evidencia	17%
Protocolos de atención de urgencia	15%
N=48	

Nota metodológica: Se solicitó la selección de los 5 aspectos que más condicionan la calidad de la asistencia

Principales problemas de la Atención a la Salud Mental

En este apartado se solicitó la opinión sobre su percepción sobre los principales problemas de la Atención a la Salud Mental a tres niveles: 1) problemas a nivel organizativo, 2) problemas en relación a los profesionales y 3) problemas a nivel de recursos.

Problemas a nivel organizativo

Tabla 26 a) Principales problemas de la asistencia a la Salud Mental, a nivel ORGANIZATIVO.

Problemas a nivel organizativo	% Respuestas
Separación entre la red sanitaria y social, falta de continuidad	46%
Falta de coordinación con otros sectores (educativos, sociales, etc.)	42%
Falta de un marco homogéneo de actuación por parte de las gerencias	35%
Falta de continuidad en las redes de asistencia a diferentes edades (niños/adolescentes-adultos mayores de 65 años)	33%
Falta de un Plan Estratégico de Salud Mental vigente en la Comunidad de Madrid	31%
Falta de flexibilidad del sistema	29%
Separación de la asistencia a la Salud Mental del resto de la asistencia	27%
Aplicación de diferentes modelos asistenciales	23%
Falta de acceso a información compartida	19%
Falta de información sobre los recursos disponibles más adecuados	19%
N=48	

Tabla 27 b) Principales problemas de la asistencia a la Salud Mental, a nivel de los PROFESIONALES.

Problemas a nivel de los profesionales	% Respuestas
Excesiva carga de trabajo, falta de personal en los equipos	73%
Ratios profesional/paciente insuficiente	42%
Dificultad de promoción	27%
Congelación y amortización de plazas	25%
Tiempo insuficiente de agenda dedicado a cada intervención	23%
Falta de psicólogos	23%
Falta de formación en AP para la detección precoz de enfermedades mentales	23%
Falta de verdaderos equipos multidisciplinares	21%
Falta de formación	19%
Falta de prioridades claras	17%
Alta rotación en los equipos	13%
Acceso a plaza penalizado por años de trabajo eventual	8%
Falta de integración de los roles en los equipos	4%
N=48	

Tabla 28 c) Principales problemas de la asistencia a la Salud Mental, a nivel de RECURSOS.

Problemas a nivel de recursos	% Respuestas
Falta de recursos específicos para niños/adolescentes	9%
Carencia de plazas en hospitales de día más orientados por patologías y adaptados a las necesidades de cada área	55%
Falta de recursos para pacientes crónicos	45%
Falta de recursos adaptados a la edad de los pacientes (p.ej. Centros comunitarios para jóvenes)	43%
Falta de equipos de intervención en casos complejos	36%
Carencia de plazas de media estancia	28%
Falta de consultas/unidades especializadas	28%
Distribución desigual de los recursos	21%
Carencia de plazas en viviendas tuteladas	17%
Dificultad para garantizar la continuidad de la asistencia a personas con enfermedad mental mayores de 65 años	13%
Falta de centros de rehabilitación psicosocial (CRPS)	9%
Atención a las personas con enfermedad mental por parte de la Agencia Madrileña de Tutela para Adultos	6%
	4%
N=47	

Nota metodológica: Se solicitó la selección de los 3 principales problemas de la atención a la Salud mental, en cada nivel

Opinión sobre el nivel de implantación y la orientación del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid

El objetivo de este apartado es identificar posibles líneas del Plan Estratégico a desarrollar más o potenciar (aquellas bien valoradas, que se considere han tenido un bajo nivel de implantación) y líneas a las que se debe dar continuidad (aquellas que habiendo sido implantadas se considera han dado y están dando mejores resultados).

Se recogen a continuación, las principales aportaciones realizadas en este sentido.

Opinión y demandas relacionadas con el Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 de la Comunidad de Madrid

- Se considera en términos generales un buen plan, con prioridades bien identificadas pero que ha sido insuficiente en su alcance y aplicación. Se hizo contando con diferentes visiones y agentes y supuso un esfuerzo importante.
- Se considera que se ha avanzado especialmente en programas de prevención del suicidio, en la coordinación entre distintas áreas de la administración y los equipos de profesionales, programas de primeros episodios psicóticos y la coordinación de planes de formación, pero existe un grave problema de déficit de presupuesto.
- Considerando importante la red de recursos de apoyo, se debería revisar especialmente los mecanismos y herramientas para la coordinación y continuidad de la asistencia.
- Debe darse continuidad y potenciarse, de cara a la cronicidad y el envejecimiento de la población, el programa de continuidad de cuidados, las acciones de coordinación entre los distintos niveles de atención y la atención domiciliaria.
- Se considera prioritario desarrollar el plan de trastorno mental grave, implementación de recursos orientados por patologías y consultas monográficas.
- Una de las principales carencias es que se dota a todas las áreas con los mismos recursos, cuando debería ajustarse en función de la demanda y relevancia.
- Se echa en falta un mejor seguimiento y evaluación de las acciones incluidas en el Plan, así como la comunicación de los resultados/objetivos conseguidos tras su implantación.
- Se demanda un mayor nivel de involucración de las asociaciones.
- Se demanda potenciar el Servicio de Primer Apoyo (SEPA), que pone en contacto inmediato a los familiares afectados con el movimiento o asociativo.

Opinión sobre la orientación que debe darse a la Oficina Regional de Coordinación de la Salud Mental

Se recoge en este apartado la opinión de profesionales y diferentes asociaciones sobre el papel que debe desarrollar la Oficina Regional de Coordinación de la Salud Mental.

En términos generales existe una opinión mayoritaria que demanda una mayor capacidad ejecutiva y de liderazgo de la Oficina Regional de Coordinación, en especial en relación a su capacidad para desarrollar acciones de planificación de la asistencia y los recursos acorde a demanda. Se reclama además la dotación de un presupuesto para el desarrollo de programas específicos.

Por parte de las asociaciones de pacientes y familiares, existe un conocimiento bastante limitado en cuanto a la Oficina Regional de Coordinación de la Salud Mental.

Para el total de 29 cuestionarios respondidos en este apartado, las respuestas más frecuentes fueron:

Opinión y demandas relacionadas con la Oficina Regional de Coordinación de la Salud Mental

- Se reconoce el papel de liderazgo de la Oficina, especialmente en el trabajo con las gerencias.
- Se reconoce su papel, especialmente relevante en la prevención del suicidio.
- Se considera que debería tener una mayor capacidad de planificación asistencial real, en cuanto a recursos o financiación, para promover programas específicos y en base a resultados obtenidos.
- Se echa en falta una mayor implicación en el diseño e implementación de medidas orientadas a la reducción de listas de espera.
- Debería potenciar y mejorar el programa de continuidad de cuidados, en especial en la atención infantil.
- Debería favorecer canalizaciones a unidades especializadas y a la libre elección de especialistas y centro.
- Debería favorecer la coordinación durante las transiciones para lo que se necesita coordinación entre pediatría, geriatría y Atención Primaria con psiquiatría. Se demanda un mayor papel en la coordinación con tratamientos psicosociales.
- Debe potenciar la formación y sensibilización a especialistas de AP y orientación a familias.
- Se demanda una mayor colaboración con el movimiento asociativo y las familias, ejerciendo de enlace entre las personas con enfermedad mental, sus familias y la Administración. Desarrollo de su papel de acercamiento de los especialistas a la realidad de los pacientes, familiares y cuidadores a través de encuentros y vías de colaboración entre las familias y los profesionales sanitarios de la Salud Mental.

Algunas propuestas para la acción

Desde la perspectiva de los profesionales

- Planificar y organizar los recursos de manera adecuada a las necesidades y a la saturación de los servicios (racionalización).
- Flexibilizar la estructura organizativa que dificulta la implantación de nuevos modelos de asistencia. Se debe avanzar hacia fórmulas organizativas más modernas y adecuadas a la demanda.
- Disminuir la sobrecarga de actividad asistencial, facilitando el desarrollo de nuevas fórmulas organizativas, participación en el desarrollo de guías, protocolos, etc.
- Adecuar de las plazas para pacientes crónicos para evitar la sobrecarga/saturación de otros recursos como camas de agudos o recursos ambulatorios.
- Dar respuesta a los problemas de disponibilidad/acceso a determinados recursos que obligan a introducir cambios en el abordaje de elección.
- Facilitar la incorporación de personal de enfermería especializada en Salud Mental en los equipos.
- Aumentar el tiempo disponible de dedicación por paciente en consulta.
- Definir claramente la cartera de servicios de atención a la Salud Mental.

Desde la perspectiva de las asociaciones de pacientes y familiares

- Promover una atención individualizada y una mayor vinculación terapéutica, dedicando más tiempo a las intervenciones y promoviendo la involucración del paciente.
- Promover la elaboración de un protocolo específico de Ayuda en el Domicilio a personas con enfermedad mental, sin conciencia de la enfermedad.
- Humanizar los protocolos de atención a pacientes con trastornos mentales en urgencias.
- Desarrollar equipos de psiquiatras, neurólogos y psicólogos clínicos formados en discapacidad intelectual y trastorno del espectro del autismo.
- Dotar de mayor agilidad la tramitación de plazas en los recursos, especialmente en el caso de recursos laborales y de media estancia.
- En los primeros episodios psicóticos, orientar y agilizar las derivaciones a los hospitales de día para trabajar en la conciencia de enfermedad.
- Conseguir que se establezca la figura del “tutor” de cada caso, dándose a conocer a los familiares, como el “continuidador de cuidados” y encargado del seguimiento y control del mismo, así como de ejercer de enlace entre el sistema sanitario, el paciente y la familia.
- Intensificar la formación específica en Salud Mental a otros colectivos, incluyendo especialmente a policías, jueces, etc.

10 áreas clave de mejora de la atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

1. Adecuación de los recursos a la demanda, magnitud y relevancia. Organización y planificación en base al análisis de la demanda, recursos y resultados. Mejora de la dotación de los hospitales de día y centros de rehabilitación psicosocial. Adecuación de los ratios de los profesionales.
2. Coordinación entre niveles y programas de continuidad de cuidados.
3. Desarrollo de programas de atención específicos para patologías emergentes, trastorno mental grave y lucha contra el estigma.
4. Reducción de la carga de trabajo: reducción del peso de la atención a patología menor. Priorización de la patología grave.
5. Estandarización de la asistencia en base a la mejor evidencia disponible. Mayor implantación de guías de práctica clínica y protocolos.
6. Reducción de la separación entre atención a la salud mental, del resto de la asistencia sanitaria y la atención sociosanitaria.
7. Fortalecimiento de la red de atención a la Salud Mental dirigida a niños y adolescentes y la detección precoz.
8. Mejorar el nivel de integración, calidad y acceso y adecuación de la información para la toma de decisiones e investigación específica en Salud Mental.
9. Mejora de la formación en competencias en Salud Mental.
10. Cuidado a los profesionales de la Salud Mental: herramientas de manejo emocional de situaciones complejas y fórmulas de reconocimiento.



Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

PARTE IV

recomendaciones de futuro para una mejor atención a la salud mental en la comunidad de madrid

Finalmente, como conclusión del análisis y el trabajo realizado con el Comité Asesor del proyecto, se consensuaron **10 recomendaciones** para avanzar en las áreas de mejora de identificadas como prioritarias.

Estas recomendaciones son el resultado del análisis de las principales tendencias y políticas del diagnóstico de situación en la Comunidad de Madrid y de las necesidades y propuestas realizadas por los profesionales y representantes de asociaciones de pacientes y familiares que participaron en este proyecto, y los que agradecemos especialmente sus aportaciones.

Esperamos que estas recomendaciones sirvan para continuar avanzando en una mejor atención a los pacientes y familiares en nuestra comunidad.

10 recomendaciones de futuro

- R1. Desarrollar programas para trastornos mentales específicos en base a datos objetivos de demanda, recursos disponibles y demostrado beneficio en términos de coste-efectividad. En concreto, sería deseables la potenciación de programas de intervención precoz en población infanto-juvenil, que han demostrado ser coste efectivos en diferentes países.
- R2. Establecer un Plan de Acción global de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid a medio plazo asociado a un sistema de evaluación y seguimiento.
- R3. Realizar una planificación adecuada de plazas de los recursos con mayor demanda y lista de espera en base a criterios objetivos.
- R4. Dotar a la Oficina Regional de Coordinación de la Atención a la Salud Mental de capacidad ejecutiva y liderazgo con funciones de planificación y coordinación real de la asistencia, dotando de presupuesto específico Programas Prioritarios.
- R5. Intensificar las acciones de normalización de la atención a la Salud Mental y lucha contra el estigma.
- R6. Definir competencias de los diferentes perfiles profesionales involucrados en la Atención a la Salud Mental. Desarrollar programas de formación basados en competencias.
- R7. Definir con mayor grado de concreción, y realizar seguimiento y evaluación, de estándares básicos de atención (incluidos en la cartera de Servicios de Atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid).
- R8. Desarrollar grupos de trabajo orientados a impulsar el desarrollo de estudios de carácter multicéntrico y aumentar el alcance de las investigaciones en las que participan grupos de la Comunidad de Madrid. Promover la involucración en los mismos de investigadores en el ámbito de la atención ambulatoria y la atención primaria.
- R9. Desarrollar e implantar indicadores de calidad específicos para Salud Mental, en línea con el desarrollo de la Historia Clínica Electrónica (HCE), sistemas de información y registros.
- R10. Desarrollo e implantación de guías clínicas y terapéuticas basadas en la evidencia clínica.



Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

ANEXOS

Anexo 1.

Objetivos y acciones del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014

Objetivos	Acciones
1. OFICINA DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL	
1. Modelo organizativo y de gestión en el que la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental desempeña un papel fundamental	Desarrollo de las funciones de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental integrada en la Dirección General de Hospitales
2. ATENCIÓN AMBULATORIA	
2.1. SERVICIOS DE SALUD MENTAL	
1. Integración de los recursos ambulatorios de atención a la Salud Mental en el conjunto de prestaciones de atención especializada del Servicio Madrileño de Salud.	- Favorecer el desarrollo e implantación de modelos de gestión integrada - Elaborar un Plan Director que establezca la priorización en la ejecución acciones para la integración progresiva de los Centros de Salud Mental monográficos en entornos del nivel de Atención Especializada - Proveer a los Servicios de Salud Mental de un sistema de información y gestión sanitaria integrado en la red del Servicio Madrileño de Salud - Desarrollar e implantar una aplicación informática específica para el Programa de Continuidad de Cuidados
2. Estudio de las necesidades de recursos humanos	Estudiar las necesidades de recursos humanos en base a la heterogeneidad de la demanda de cada Unidad Asistencial y al desempeño de tareas
3. Mejora de los procedimientos de gestión	- Elaborar una cartera de servicios específica para los Servicios de Salud Mental de Distrito por un Comité de Expertos multi-profesional - Definir y priorizar los procesos asistenciales basados en criterios de evidencia científica y calidad asistencial - Elaborar un conjunto básico de procesos de gestión por procesos asistenciales común para todos los Servicios de Salud Mental ambulatorios
2.2. HOSPITALES DE DÍA	
1. Estudio del fomento de plazas de Hospital de Día	- Fomentar plazas de Hospital de Día para adultos - Estudiar la conveniencia de concentrar los Hospitales de Día para niños y adolescentes en Centros de referencia para toda la Comunidad de Madrid
2. Mejora de procedimientos organizativos y de gestión	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
2.3. COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA	
1. Implantación de un modelo de coordinación entre Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental	- Implantar un modelo único de coordinación - Establecer la intervención de forma estable de un consultor perteneciente al Servicio de Salud Mental - Constituir grupos de trabajo integrados por profesionales de ambos niveles - Implantar el uso sistemático de las actuales tecnologías de la comunicación para intercambiar información entre profesionales
2.4. TRASTORNO MENTAL GRAVE Y PERSISTENTE: PROGRAMAS DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS	
1. Desarrollo del Programa de Continuidad de Cuidados	- Implantar un Programa de Continuidad de Cuidados Homogéneo a todos los Servicios - Estudiar la necesidad de enfermeras y trabajadores sociales - Desarrollar e implantar una aplicación informática específica - Realizar en cada Centro de Salud Mental un censo permanente actualizado de personas con Trastorno Mental Grave y Persistente

Objetivos	Acciones
2. Consolidación y desarrollo de programas para el tratamiento de los trastornos psicóticos	Consolidar y desarrollar Programas de intervención precoz en la psicosis y Programas psicoterapéuticos para pacientes psicóticos en período de riesgo
3. Fomento de programas de rehabilitación neuropsicológica del Trastorno Mental Grave y Persistente	- Fomentar el desarrollo de programas de rehabilitación neuropsicológica - Potenciar la investigación y la formación en el ámbito de las neurociencias
2.5. EXCLUSIÓN SOCIAL: PROGRAMA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR Y APOYO A LA INSERCIÓN SOCIAL DE ENFERMOS MENTALES PROCEDENTES DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	
PROGRAMA DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA A ENFERMOS MENTALES SIN HOGAR	
1. Adscripción del Programa al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental Hospital Clínico San Carlos	- Reconocer el Programa como una Unidad Funcional de referencia para el Municipio de Madrid - Adscribir el Programa al Instituto de Psiquiatría y Salud Mental del Hospital Clínico San Carlos
2. Mejora de infraestructura	Acometer la mejora de la infraestructura y recursos materiales del Programa
3. Facilitación de la hospitalización de enfermos mentales sin hogar	Definir actuaciones protocolizadas con los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales para facilitar las hospitalizaciones y planes de alta
4. Mantenimiento y fomento de la coordinación interinstitucionales	- Acuerdos con la Red de Atención Social para personas con Enfermedad Mental Grave y Persistente - Potenciar la Comisión de Integración de Enfermos mentales sin hogar en la red de Servicios de Salud Mental - Establecer una coordinación estable con la Agencia Antidroga y el Instituto de Adicciones de Madrid Salud
3. ATENCIÓN HOSPITALARIA	
3.1 SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA EN HOSPITALES GENERALES	
1. Estudio de las necesidades de camas de hospitalización breve	Estudiar las necesidades de camas de hospitalización psiquiátrica breve según la demanda
2. Mejora de procedimientos organizativos y de gestión	Definir en todas las Unidades: cartera de servicios, mecanismo de coordinación con el resto de dispositivos de la red asistencial, mapa de procesos de la unidad y manual de funcionamiento interno de las Urgencias Psiquiátricas
3. Protocolización del manejo clínico de situaciones específicas de riesgo	Implantar en todas las Unidades de hospitalización psiquiátrica breve la protocolización normalizada para el manejo clínico de situaciones específicas de riesgo
3.2. CENTROS PSIQUIÁTRICOS Y UNIDADES ESPECÍFICAS	
1. Adecuación de la oferta de camas de media y larga estancia	- Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de gestión de ingresos programados - Incrementar la oferta de camas de media/larga estancia - Gestionar la lista de espera (no supere los 6 meses)
2. Estudio de la viabilidad de una Unidad para Pacientes con Patologías Resistentes	Estudiar la posibilidad de transformar una Unidad de Hospitalización Breve del Hospital Dr. R. Lafora en una Unidad para pacientes con Patologías Resistentes
3. Mejora de los procedimientos organizativos y de gestión	- Perfeccionar los procedimientos normalizados de derivación de pacientes con definición de los objetivos terapéuticos y rehabilitadores - Diseñar el proceso de las Unidades en los que se recoja: Protocolos asistenciales para los distintos grupos diagnósticos y Consentimientos informados
4. ATENCIÓN SOCIAL: RED PÚBLICA DE ATENCIÓN SOCIAL A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y DURADERA DE LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES	
1. Mantenimiento y potenciación de la coordinación entre la red de Atención a la Salud Mental y la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales	- Mantener y potenciar la coordinación entre la red de Atención a la Salud Mental y la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera con la participación de pacientes y familiares - Perfeccionar los mecanismos de coordinación en los tres niveles estratégicos: central, táctico y operativo con los programas de continuidad

Objetivos	Acciones
5. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL A NIÑOS Y ADOLESCENTES	
1. Estudio de las necesidades de recursos de atención a niños y adolescentes	• Estudiar la necesidad de RRHH en base a la heterogeneidad de la demanda de cada Unidad • Asegurar las condiciones específicas de infraestructura y recursos materiales adaptados
2. Estudio de la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta graves	• Estudiar la necesidad de un Centro Terapéutico Residencial para niños y adolescentes con trastornos mentales y de conducta graves
3. Desarrollo de protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas	• Desarrollar protocolos y guías para pacientes con necesidades complejas por un Comité de Expertos Multidisciplinar
4. Estudio de necesidades de rehabilitación y residencia en coordinación con la Conserjería de Familia y Asuntos Sociales	• Estudiar las necesidades de recursos de rehabilitación y residencia para niños y adolescentes: centros de día y tarde, residencias materno-infantiles, recursos residenciales de convivencia familiar, etc
6. ATENCIÓN PSICOGERIÁTRICA	
1. Mejora en la atención psicogeriatrica	• Impulsar el Programa de Psicogeriatría en todos los Servicios de Salud Mental de Distrito y Unidades Asistenciales • Facilitar el acceso a personas mayores a dispositivos tales como Hospitales de Día • Adecuar las condiciones de la hospitalización a las personas mayores en la Unidades de Hospitalización Breve • Promover la implicación de los profesionales en la mejora continuada de la atención psicogeriatrica
7. ÁREAS Y PROGRAMAS ESPECÍFICOS	
7.1. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (TAC)	
1. Impulso a la implantación del Programa de Atención y Seguimiento para trastornos de la conducta alimentaria en coordinación con el INUTCAM	• Impulsar la implantación del Programa de Atención y Seguimiento para los TCA • Favorecer la implantación de Programas específicos de TAC en los Hospitales de Día generales y promocionar los "comedores terapéuticos" • Implantar Guías Clínicas de TAC en Unidades de Hospitalización Breve • Impulsar la coordinación con el Programa de Trastornos de la Personalidad • Potenciar la coordinación con los Médicos Especialistas en Endocrinología y Nutrición • Potenciar la coordinación, el intercambio de información y enlace con los Médicos Especialistas en Pediatría y Obstetricia, para el seguimiento de los hijos de madres con patología alimentaria
2. Estudio de las necesidades de camas específicas para hospitalización de Trastornos de la Conducta Alimentaria de adultos según la demanda	• Estudiar las necesidades de camas para la hospitalización de TAC
3. Estudio de la oferta de un comedor terapéutico externo en el Hospital de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria de adultos del Hospital Universitario Santa Cristina	• Estudiar la posibilidad de ofertar un comedor terapéutico externo para pacientes en el proceso de tratamiento ambulatorio
4. Impulso a la formación continuada en TCA	• Impulsar la formación continuada en el campo del TAC a través de la Agencia Laín Entralgo y en coordinación con el INUTCAM

Objetivos	Acciones
7.2. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD GRAVES	
1. Prevención, detección, identificación y diagnóstico	• Desarrollar, implantar y evaluar en cada Unidad Asistencial un Programa para personas con Trastorno de Personalidad Grave
2. Evaluación clínica y funcional del paciente, su familia y el entorno	• Coordinar el Programa con los recursos de la Red de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera y con la red de recursos de atención a las drogodependencias y alcoholismo
3. Aplicación de distintas intervenciones terapéuticas basadas en la evidencia	
4. Psicoeducación a los pacientes y familiares	
5. Garantía de la continuidad asistencial	
6. Derivación al programa general de tratamiento a la finalización de las intervenciones específicas	
7.3. ALCOHOLISMO, OTRAS ADICCIONES Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA DE LAS ADICCIONES (PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL)	
1. Adopción de un modelo integral de tratamiento para personas con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica	• Estudio de la reconversión de las Unidades hospitalarias ya existentes en Unidades mixtas de desintoxicación y tratamiento de pacientes con diagnóstico dual • Estudio de las necesidades de camas residenciales • Fomentar la cooperación institucional con FACOMA, Red CAPA y Asociaciones de Autoayuda de otras adicciones
7.4. COORDINACIÓN CON LA OFICINA REGIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID	
1. Impulso a la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Oficina Regional de Cuidados Paliativos dentro de la integración en la Unidad Asistencial tanto del Programa de Cuidados Paliativos como de las Unidades de Salud Mental	• Impulsar la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y la Oficina Regional de Cuidados Paliativos
7.5. SORDERA Y SALUD MENTAL	
1. Atender a las necesidades de Salud Mental de la población sorda de la Comunidad de Madrid	
7.6. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	
1. Evaluación e intervención en Personas con Discapacidad Intelectual atendidas en los Centros de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales	Consolidar el Servicio Especializado en Salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual (SESM-DI) Estudiar en coordinación con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales las necesidades de atención de salud mental de personas con discapacidad mental leve y trastornos de la conducta
7.7. ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	
1. Evaluar el estado de salud de las personas con autismo, realizando un adecuado diagnóstico diferencial orgánico y psiquiátrico de cualquier descompensación sintomática	Consolidar el programa AMI-TEA como Unidad especializada en la atención a personas con TEA de todas las edades Facilitar la especialización de los médicos implicados en la atención a pacientes autistas y procurar la adquisición de experiencia en su manejo
2. Conocer en profundidad las características particulares de los pacientes autistas	
3. Facilitar la atención sanitaria especializada a los pacientes autistas, informando y formando a los especialistas médicos implicados en su tratamiento	

Objetivos	Acciones
7.8. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN PERSONAL SANITARIO	
1. Mantenimiento y consolidación del Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE)	- Potenciar la prevención y detección precoz de los trastornos mentales del personal sanitario, para evitar su cronificación y su complicación con otros problemas que pueden afectar a la seguridad de los usuarios de los servicios sanitarios - Planificar intervenciones preventivas en coordinación con Colegios profesionales y Organizaciones Sindicales para mejorar la salud laboral
2. Mejora de la coordinación con otros Servicios y Programas	- Mejorar la coordinación con servicios y programas que deriven a profesionales para ser atendidos en el programa - Facilitar el acceso a las Redes de Salud Mental y Drogodependencias y a la Red de Atención Social
3. Desarrollo de investigación en intervención en salud mental y condiciones de trabajo del personal sanitario	- Participar en estudios de investigación sobre violencia en el trabajo en el medio sanitario y específicamente en el campo de la salud mental - Estudiar el desarrollo de actividades preventivas y de intervención sobre condiciones de trabajo
4. Impulso a la formación	- Impulsar la formación continuada en salud mental de los profesionales que componen la UVOPSE - Actividades formativas dirigidas a personal sanitario para la promoción y prevención de su salud mental - Colaborar con Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, Agencia Laín Entralgo y otras entidades con actividades de formación en salud mental y condiciones de trabajo
8. PLAN DE PREVENCIÓN AL SUICIDIO	
1. Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica del suicidio	Implantar un sistema de información epidemiológica relacionada con el suicidio en la Comunidad de Madrid
2. Implantación de procedimientos clínicos normalizados para la prevención del suicidio	- Implantar un protocolo único en los Servicios de Urgencia para la recogida de información asociada a la conducta suicida - Desarrollar e implantar un procedimiento normalizado de actuación de los Servicios de Salud Mental ambulatorios para pacientes con riesgo suicida e intentos de suicidio previos - Implantar de forma generalizada protocolos de actuación de enfermería en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica
3. Desarrollo de programas formativos destinados a la prevención del suicidio	Desarrollar programas formativos de Depresión y Prevención del Suicidio: profesionales médicos y de enfermería de Atención Primaria, profesionales de los servicios de emergencias médicas, profesionales de servicios sanitarios y sociales de atención a personas mayores, profesionales del medio escolar y universitario, sacerdotes y familiares de personas con suicidio consumado.
4. Reducción del acceso a medicación	Establecer mecanismos de control informatizado de la dispensación de recetas de psicofármacos
5. Fomento de la investigación de la conducta suicida	Impulsar proyectos de investigación de la conducta suicida desde el punto de vista biopsicosocial
9. LUCHA CONTRA EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN ASOCIADO A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN COLABORACIÓN CON LA CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES Y LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES	
1. Diseño, desarrollo y evaluación de un Plan contra el estigma asociado al Trastorno Mental	- Desarrollar conjuntamente con las Asociaciones de Familiares y Pacientes y con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales y evaluación de un Plan para erradicar el estigma - Desarrollar campañas de difusión de material informativo sobre la lucha contra el estigma en Centros de Salud de Atención Primaria y Especializada y en Hospitales - Potenciar la investigación dedicada a la lucha contra el estigma, en el marco del proyecto ASPEN

Objetivos	Acciones
10. VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD MENTAL: EL PROGRAMA ATIENDE	
1. Establecimiento de pautas de actuación para profesionales	• Investigar de forma rutinaria la posible existencia de violencia de género • Aplicar técnicas de intervención que permitan a la paciente víctima de violencia de género hablar progresivamente de su relación traumática • Coordinar las actuaciones con otros dispositivos: sanitarios, servicios sociales, dispositivos específicos de atención a la mujer, servicios policiales e instancias judiciales • Actuar en colectivos vulnerables, población riesgo de exclusión, patologías psicóticas mujeres con discapacidad, etc • Intervenir en menores
2. Definición de criterios e indicadores de calidad en la atención a las situaciones de violencia de género que precisen intervenciones de salud mental	• Incluir en la formación continua del personal sanitario aspectos sobre prevención, detección precoz, tratamiento, recursos y actividades en materia de violencia de género • Realizar sesiones clínicas multidisciplinares y con otros profesionales de otras instituciones relacionadas • Incluir en la historia clínica un apartado para el registro de información sobre una posible situación de maltrato • Desarrollar un registro de casos para favorecer la investigación sobre la violencia y sus consecuencias, factores de riesgo y formas de intervención • Colaborar con asociaciones comunitarias a través de talleres, jornadas y charlas sobre dicha violencia explicando el papel del personal de salud mental
11. SALUD MENTAL Y CATÁSTROFES	
1. Desarrollo e implantación de un protocolo-marco de actuación de Salud Mental ante situaciones de emergencia masiva y catástrofes	• Desarrollar un protocolo-arco de actuación por un Comité de Expertos constituido en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental • Crear un censo de profesionales en Salud Mental para intervención en catástrofes • Diseñar un programa de formación específico de Intervención en Crisis y Psicotrauma para intervinientes.
2. Establecimiento de un acuerdo de colaboración entre el SUMA y la Unidad de menores en Riesgo Psíquico para la atención a menores víctimas de un trauma agudo	• 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 dispositivos para la coordinación y atención a menores afectados en situaciones de emergencias masivas, 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 • Establecer Acuerdo de Colaboración entre el SUMA y dicha Unidad para optimizar la intervención en las situaciones que lo exijan
12. SALUD MENTAL E INMIGRACIÓN	
1. Mejora de la atención a la Salud Mental de la población inmigrante	• Acreditar estándares de competencia cultural de los profesionales de la Salud Mental • Disponer de la colaboración de intérpretes y mediadores culturales y proporcionarles formación para desarrollar su trabajo con enfermos mentales • Extender el uso del servicio de traducción telefónica • Identificar las dificultades en el acceso a los servicios por parte de la población inmigrante • Brindar apoyo y supervisión a los médicos de Atención Primaria en trastornos mentales en inmigrantes • Impulsar trabajos de investigación en el área de la salud mental transcultural

Objetivos	Acciones
13. PLAN ESTRATÉGICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL	
1. Ampliar los conocimientos en el ámbito de las enfermedades mentales	• Integrar a todos los dispositivos asistenciales con menor cultura investigadora en grupos con trayectoria investigadora contrastada • Fomentar la inclusión de méritos de investigación en las convocatorias de plazas y carreras profesionales • Potenciar la creación de centros de investigación que incluyan de forma parcial o en su totalidad grupos con interés en salud mental • Potenciar el modelo de investigación operativa centrada en la asistencia • Comunicar sistemáticamente los resultados de todos los estudios de investigación a las asociaciones de familiares y personas afectadas que hubieran participado en dichos estudios
14. INTEGRACIÓN DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS	
1. Otorgar reconocimiento a instituciones de reconocido prestigio, larga tradición, conocimiento y experiencia, sin ánimo de lucro, en la atención a los enfermos mentales	• Establecer un Convenio Singular entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y la Orden de San Juan de Dios- Provincia Bética y la Congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón-Provincia de Madrid para la integración de sus recursos en la red de atención a la Salud Mental
15. USO RACIONAL DE PSICOFÁRMACOS	
1. Desarrollo de estrategias para aumentar la calidad, efectividad y seguridad de los tratamientos psicofarmacológicos	Estrategias: • Historia clínica electrónica • Prescripción electrónica asistida • Información y formación para profesionales • Información a pacientes y educación sanitaria
2. Disminución de la variabilidad de los tratamientos farmacológicos	• Información al paciente al inicio del tratamiento y en el seguimiento • Educación sanitaria a la población sobre el uso racional de psicofármacos
3. Establecimiento de mecanismos de información científicos sobre la utilidad, efectividad y coste-eficiencia de los medicamentos	

Anexo 2. Tendencias de cambio en Salud Mental

1. Organización del sistema de atención

Desinstitucionalización y modelo comunitario

En la mayoría de los países europeos se han ido adoptando estrategias o planes de acción con el objetivo de trasladar la asistencia de las grandes instituciones psiquiátricas al ámbito comunitario⁴⁰. En algunos casos, esta desinstitucionalización comenzó de forma pionera en la década de los 60 cuando se comenzó a hablar sobre las ventajas potenciales de proporcionar el tratamiento en hospitales generales, en casa, en la familia y en la comunidad¹⁵. Poco a poco, los grandes centros psiquiátricos se han ido cerrando y en caso de que los pacientes psiquiátricos requieran internamiento, éste se realiza en unidades psiquiátricas de hospitales generales.

“En la mayor parte de los países europeos se han adoptado estrategias para conseguir la desinstitucionalización de los servicios psiquiátricos”

En la mayoría de los países, esta desinstitucionalización está plenamente superada, aunque otros países aún se encuentran en el proceso. Italia es uno de los países más avanzados en este sentido y cuenta con el menor número de camas en hospitales psiquiátricos de todos los países de la UE⁴¹.

Según la OMS, “la atención de salud mental se debe proporcionar mediante los servicios de salud general y en entornos comunitarios y las grandes instituciones psiquiátricas centralizadas deben ser reemplazadas por otros servicios de salud mental más apropiados”. El modelo comunitario se acoge al principio de integrar los servicios de salud mental en la atención general de salud y en otros servicios externos al ámbito de la salud, como los de educación, vivienda, empleo, justicia y bienestar social⁴².

“El modelo comunitario integra los servicios de salud mental en la atención general y en otros servicios externos, como educación, vivienda o empleo”

Tabla 29. Principales características del modelo comunitario

Claves del modelo comunitario

• Reducción de la hospitalización psiquiátrica
• Aplicación de alternativas a la hospitalización (familias de acogida, visitas...)
• Fomento de la atención a domicilio
• Servicios sociosanitarios de alojamiento y rehabilitación en la comunidad
• Integración de la salud mental en la atención a la salud general
• Apertura de servicios de psiquiatría en hospitales generales
• Centros de salud mental para la población adulta e infanto-juvenil
• Coordinación entre los servicios sociales y sociosanitarios

Fuente: Elaboración propia a partir de varias fuentes mencionadas en el texto

40 Plan de Acción Europeo. The European Mental Health Action Plan. Sixty-third session of the WHO Regional Committee for Europe. Turkey, 16-19.09.2013.

41 The State of Mental Health in the European Union. Health&Consumer Protection. Directorate-General. European Commission. 2004.

42 Acciones de Salud Mental en la Comunidad de Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 2012.

“El modelo comunitario está ampliamente establecido en Reino Unido, donde hay implantados diferentes tipos de equipos o servicios para cubrir las necesidades de los distintos pacientes”

Como consecuencia, de la desinstitucionalización de los servicios psiquiátricos, el modelo comunitario está cada vez más implantado en Europa.

En Francia, por ejemplo, se está trabajando en la **creación de un Consejo de Salud Mental Intermunicipal** que implicará a los ayuntamientos, servicios de atención psiquiátrica, usuarios, servicios sociales y sociosanitarios, jurídicos, policiales y de atención a la infancia y a la educación para detectar y tratar de forma precoz los problemas psiquiátricos⁴³.

El modelo comunitario está ampliamente implantado en Reino Unido. El tipo de atención o recursos que se ofrecen al paciente dependen de sus circunstancias individuales, por lo que cuentan con gran cantidad de servicios para cubrir las necesidades concretas de la población. Algunos de ellos están plenamente implantados y otros en fase de implantación⁴⁴

Tabla 30. Modelo comunitario del Reino Unido

Equipos o servicios Reino Unido	Descripción
Equipos de intervención y evaluación breves	• Dedicados evaluar necesidades y proporcionar tratamiento corto o derivación a otros servicios.
Servicios de terapia psicológica	• Disponibilidad de terapeutas en consultas de atención primaria: acceso fácil a psicoterapia.
Equipos de servicios mentales comunitarios	• Equipos multidisciplinares para evaluación, tratamiento y cuidado a personas con necesidades complejas en relación a la vivienda, desempleo, uso de drogas o problemas judiciales. Su objetivo es proporcionar el cuidado que necesita una persona para estar integrada en la comunidad.
Servicios de resolución de crisis y tratamiento en casa	• Servicio donde tratan a pacientes con problemas mentales graves con una crisis severa (episodios psicóticos, autolesiones o intentos de suicidio) y a pacientes hospitalizados, antes de recibir el alta.
Crisis houses	• Ofrecen alojamiento y apoyo durante un breve periodo para pacientes con una crisis. Suelen tener pocas camas y ofrecen ayuda a un determinado grupo de pacientes, por ejemplo, riesgo de suicidio.
Equipos de asistencia asertiva	• Tratan a adultos con problemas mentales severos y desórdenes de la personalidad, también a familiares y cuidadores. Proporcionan un tratamiento centrado en el paciente, ofreciendo una relación intensiva y a largo plazo basada en la confianza.
Equipos de rehabilitación y recuperación	• Equipos multidisciplinares centrados en las necesidades de los pacientes con enfermedad mental severa a largo plazo. Sus funciones son las del mantenimiento de la salud, prevención de recaídas, desarrollo de redes sociales, etc.
Equipos de intervención temprana en psicosis	• Trabajan con pacientes entre 18 y 35 años que hayan sufrido su primer episodio psicótico, y durante dos o tres años después de este episodio. Se centran en la detección precoz y evaluación de síntomas psicóticos y proporcionan apoyo y tratamiento para tratar las causas subyacentes y prevenir recaídas.

43 Roelandt, Jean-Luc. El modelo comunitario de atención privilegia a la persona con enfermedad mental. Punto de Encuentro. 20-23

44 Starting today: The future of mental health services. Mental Health Foundation. 2013.

Equipos de psiquiatría de enlace	Equipos multidisciplinares que proporcionan valoración de la salud mental para pacientes durante su hospitalización. Su función es enlazar a los profesionales de salud mental con el resto de clínicos.
Servicios de trastornos de la alimentación	Equipos multidisciplinares de psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, enfermeras especialistas, dietistas...
Servicios de salud mental perinatales	Proporcionan servicios específicos para mujeres con problemas de salud mental y a mujeres en riesgo de desarrollar problemas durante el embarazo y primer año tras el parto.
Servicios de salud mental forenses	Trabajan con gente que ha tenido un problema de salud mental y han cometido algún delito o están en riesgo de cometerlos.
Servicios de evaluación de la memoria	Equipos especialistas que evalúan problemas de memoria y deterioro cognitivo.

Fuente: Elaboración propia a partir de varias fuentes mencionadas en el texto

Es igualmente destacable el modelo comunitario denominado **Clubhouse Internacional**, presente en 33 países. Un **Clubhouse** es una comunidad creada con el objetivo de ofrecer a personas con problemas mentales oportunidades para alcanzar su máximo potencial. La casa la dirigen personas con enfermedades mentales. Se han observado resultados positivos en usuarios de **Clubhouses** en comparación a los que no lo son⁴⁵.

2. El papel de la Atención Primaria

Para conseguir una buena implantación del modelo comunitario, es imprescindible el apoyo de la Atención Primaria. En muchos países, la atención primaria ha sido la base del sistema sanitario durante mucho tiempo ya que los médicos de atención primaria han sido la puerta de entrada a servicios especializados, incluidos los de Salud Mental.

“Para conseguir una correcta implantación del modelo comunitario, es imprescindible el apoyo de atención primaria”

Hay una tendencia clara en los nuevos planes y leyes aprobadas en los diferentes países de la Unión Europea en enfatizar el papel de los médicos de atención primaria y la necesidad de una formación más completa en salud mental⁴⁶.

Para la gran mayoría de los enfermos mentales, el primer punto de acceso a la atención es mediante atención primaria. En este caso el estigma de acudir a un profesional es bajo⁴⁷. En vista de las ventajas de este modelo, en muchos países se están empezando a establecer servicios de salud mental locales y orientados a las necesidades de la población en la que se localizan.

En la mayoría de los países de la Unión Europea, la salud mental está ampliamente integrada en los cuidados generales y el personal de atención primaria trata gran cantidad de enfermedades mentales. No obstante, se ha comprobado que los médicos de Atención Primaria generalmente no cubren completamente las necesidades del paciente de Salud Mental y su formación y conocimientos en este campo no es tan adecuada como la que tienen para otros problemas físicos²⁰.

“Algunos países de Europa han puesto en marcha acciones para completar la formación de los especialistas en atención primaria en temas de salud mental”

45 Patel, V., Saxena, S., De Silva, M., Samele, C. Transforming lives, enhancing communities: innovations in Mental Health. Report of the Mental Health Working group. 2013.

46 The State of Mental Health in the European Union. Health&Consumer Protection. Directorate-General. European Commission. 2004.

47 Plan de Acción Europeo. The European Mental Health Action Plan. Sixty-third session of the WHO Regional Committee for Europe. Turkey, 16-19.09.2013.

El médico de atención primaria, al ser el primer punto de acceso para pacientes con problemas mentales, debe estar convenientemente formado para proporcionar el tratamiento más adecuado para los problemas mentales más frecuentes.

Tabla 31. Ejemplos de acciones llevadas a cabo por algunos países de la UE en relación a la formación de los especialistas en Salud Mental.

Acciones para formación a los especialistas en Salud Mental	
Reino Unido	• Se ha incluido la formación psiquiátrica como uno de los seis módulos de la formación de un médico de atención primaria, aunque no es obligatorio
Austria	• La formación de los profesionales de atención primaria se ha reorganizado para incluir formación psiquiátrica
Bélgica y Luxemburgo	• El personal de atención primaria recibe formación continua en salud mental.
Noruega	• Los especialistas en salud mental tienen como una de sus funciones el apoyo y educación al personal de atención primaria.

Fuente: The State of Mental Health in the European Union. Health&Consumer Protection. Directorate-General. European Commission. 2004.

Otra de las opciones generalizadas en los países de la Unión Europea es la existencia del especialista consultor para centros de salud mental locales⁴⁸.

3. Salud Mental del Niño y Adolescente como prioridad

“En Europa se considera una prioridad la implantación de políticas específicas para niños y adolescentes”

En Europa, se considera una prioridad la implantación de políticas y programas específicos para niños y adolescentes. Esta prioridad está fundamentada en la especial vulnerabilidad de este colectivo y en que estos trastornos pueden ser importantes precursores de problemas mentales graves en la edad adulta.

Algunos países como Rumanía han implantado programas de asesoramiento prenatal. En Chipre se llevan a cabo programas domiciliarios por parte de equipos de asesoramiento en salud que pretenden identificar de forma precoz los problemas en la salud mental de los niños y sus familiares e intervenir en caso necesario⁴⁹.

En Luxemburgo se realizan cursos educativos para profesores y alumnos dirigidos a la prevención del suicidio y la detección precoz de problemas de salud mental²³.

En países como en Inglaterra se están llevando a cabo programas de formación, apoyo y asesoramiento para padres, futuros padres, niños y preescolares en comunidades desfavorecidas.

“La mejora en la salud mental de niños y adolescentes puede evitar problemas mentales en la edad adulta”

En España, en marzo de 2013 se presentó el Plan Estratégico de la Infancia y Adolescencia 2013 – 2016 que incluye medidas específicas para promover una buena salud en la infancia y adolescencia, dando prioridad a las poblaciones más vulnerables.

48 The State of Mental Health in the European Union. Health&Consumer Protection. Directorate-General. European Commission. 2004.
49 Jané-Llopis, E., van Alst, S., Anderson, P. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales: una visión general de Europa. 2006.

En el caso de niños con enfermedad mental, se considera importante para el éxito del tratamiento la planificación y preparación de jóvenes para la transición. El inicio del proceso de transición se realiza a los 11-12 años, aunque se haga efectivo a los 18-19. La transición se divide en una fase de planificación, una de preparación, la fase de transición propiamente dicha y una última fase de evaluación.

“Se considera importante la transición de los servicios pediátricos a los de adultos”

Los puntos clave para el éxito de esta transición serían la comunicación entre el médico del niño y el del adulto, el apoyo de un equipo multidisciplinar para ayudar en todo el proceso de transición y el uso de diferentes herramientas y recursos educativos tanto para padres como para jóvenes y personal sanitario.

En algunos países existen centros de salud mental dedicados exclusivamente a niños y adolescentes: el *Orygen Youth Health* de Australia es un centro de Salud mental centrado en jóvenes en el que disponen de servicios clínicos, donde cuentan con unidad de agudos, atención continuada y recuperación psico-social, investigación - con el objetivo de entender los factores que influyen en el comienzo o recaídas de la enfermedad mental y la reducción del impacto de los trastornos mentales en jóvenes - , programas de formación a la comunidad y al personal médico y realizan programas de apoyo para los jóvenes y las familias.

“En algunos países hay centros de salud mental exclusivos para niños y adolescentes”

Un modelo similar es el que se da en el Reino Unido con los llamados “Child and Adolescent Mental Health Services” (CAMHS), en los que cuentan con equipos multidisciplinarios especializados en niños y adolescentes para ofrecer valoración y tratamiento a niños y adolescentes con problemas mentales.

En los países nórdicos se están realizando acciones destinadas a aumentar el conocimiento sobre los problemas de salud mental del niño y el adolescente, así como la implantación de medidas para la prevención, atención temprana, reducción de la incidencia y gravedad de los trastornos mentales. Se está planteando la idea de la creación de un centro cuyas tareas principales sean la coordinación, colección, desarrollo y difusión de conocimiento, métodos y medidas de promoción y prevención de problemas de salud mental y desarrollar intervenciones tempranas para niños y adolescentes⁵⁰.

4. Importancia de los cuidadores

Otra de las tendencias que se están viendo en Europa es la de incluir al cuidador en el proceso de cuidado y tratamiento de los pacientes.

“En muchos países destaca la importancia del cuidador en el proceso de recuperación de los pacientes”

En Reino Unido, por ejemplo, se han conseguido grandes mejoras en el reconocimiento de las necesidades de los cuidadores. Se pretende que el cuidador se convierta en parte activa del equipo de atención al paciente, realizando un papel fundamental junto con el paciente y los profesionales sanitarios. De esta forma los cuidadores obtienen más confianza, se involucran más y resultan más efectivos.

⁵⁰ Duer, H., Ritnagel, P. O., Rosenhagen, C. Strengthening mental health in the Nordic countries - suggestions for initiatives for promotion of the exchange of knowledge and experience. Nordic Expert Group on Mental Health, 2011.

Es el llamado "Triangle of Care" en el NHS:



“En Reino Unido se habla del “Triangle of Care”, que otorga la misma importancia al cuidador, al paciente y al profesional”

Para conseguir esta integración, se proponen una serie de actuaciones.

Tabla 32. Actuaciones en relación a la integración del cuidador dentro del equipo de atención al paciente.

Actuaciones	Ejemplos
Identificación de los cuidadores y el papel esencial que desempeñan tan pronto como sea posible.	• Implantación de un sistema de acreditación de tratamiento y cuidados en el hogar.
Concienciación al personal de la importancia de los cuidadores y formación en estrategias para mantener el compromiso de éstos	• Recoger las expectativas de los cuidadores sobre el personal. • Estrategias para fomentar la colaboración con familias y cuidadores.
Implantación de protocolos de confidencialidad e intercambio de información	• Edición de leaflets y guías para personal que trabaja con cuidadores sobre confidencialidad y salud mental. • Formulario para ser relleno por el paciente y cuidadores en el que se informa de la información que puede ser compartida
Definición de las responsabilidades de los cuidadores	• Identificación del papel de los cuidadores en todos los puntos de la atención. • Creación de la figura del guía/líder de cuidadores
Presentación del cuidador al personal del servicio y aportación de información sobre el proceso de cuidados	• Organización de un equipo de voluntarios para dar la bienvenida y ayudar a los cuidadores en su primera visita a una consulta. • Reunión inicial con el equipo • Leaflet con información para familia y amigos sobre servicios, detallando qué se espera de la estancia en el centro.
Servicios de apoyo al cuidador	• Grupos de participación de cuidadores. • Comisiones para asegurar que los cuidadores reciben el apoyo y reconocimiento que merecen. • Tarjeta que se da al paciente o cuidador al alta con acceso rápido a ayuda en caso de que se necesite.

Fuente: Worthington, A., Rooney, P., Hannan, R. The Triangle of Care. Carers Included: A Guide to best Practice in Mental Health Care in England. 2013.

En España también se están llevando a cabo este tipo de iniciativas. A modo de ejemplo:

- **Programa PROENFA** (Fundación AstraZeneca y Fundación Panacea): Entrenamiento y capacitación para familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales graves. Se realizó un cuestionario a familiares y cuidadores. Se iden-

“En España también se están llevando a cabo iniciativas para promover la figura del cuidador”

tificaron 32 problemas principales. En 12 de ellos hubo unanimidad. El programa se centra en el entrenamiento de 7 de estos problemas.

El programa consta de 7 sesiones informativas y 10 talleres de entrenamiento sobre los siguientes temas:

- **Sesiones:** Servicios sociales, psicofármacos intervención psicológica, enfermedades mentales, cerebro y aspectos legales.
- **Talleres:** Exigencias, inactividad, suicidio, síntomas, tóxicos, cumplimiento de tratamiento y agitación⁵¹.
- **Psicoeducación** y apoyo emocional a familiares de pacientes con esquizofrenia. Llevado a cabo en Andalucía.

El programa se desarrolla en ocho sesiones psicoeducativas grupales en las que se abordarán temas como los tipos de esquizofrenia, la sintomatología, fases, curso y pronóstico de la enfermedad, recaídas, tratamiento farmacológico...

- **Taller cuidadores de autistas.** Desarrollado en Andalucía.

Se han realizado cinco sesiones dirigidas a cuidadores de niños autistas impartidas por trabajadores sociales, enfermeros y fisioterapeutas.

Se abordan temas como los recursos sociales, repercusiones físicas y emocionales del cuidador, ergonomía infantil, higiene postural y hábitos de vida saludable.

5. Mejora en la experiencia del paciente/humanización

En los últimos años se han planteado varias iniciativas que destacan la importancia de la experiencia de los usuarios y la necesidad de mejorar esta experiencia en la medida de lo posible.

“Es importante mejorar la experiencia y humanización del paciente especialmente en el ámbito de la salud mental”

Mejora de la experiencia del paciente/humanización

En relación a estas tendencias, el NICE propone una serie de estándares de calidad para salud mental que deben ser alcanzados para mejorar la experiencia del paciente. Sugieren llevar a cabo una serie de medidas necesarias para asegurar que se alcanzan estos estándares.

Tabla 33. Estándares para mejorar la experiencia del paciente.

Estándares para mejorar la experiencia del paciente (NICE)

1. Los pacientes y familias que usen servicios de salud mental deben confiar en que el tratamiento será efectivo.
2. Los pacientes, familias y cuidadores deben sentir que reciben un trato digno, con empatía y respeto.
3. Los usuarios de salud mental deben estar involucrados en la toma de decisiones y apoyados en las decisiones sobre su propio cuidado.
4. Los usuarios de servicios ambulatorios de salud mental deben ser tratados por el mismo equipo, familiar para ellos y con el que tengan una relación continua.
5. Los usuarios sienten que su punto de vista sobre los servicios se utiliza para seguimiento y mejora del desarrollo de los mismos.

51 PROENFA: Programa de entrenamiento y capacitación para familiares y cuidadores de personas con trastorno mental grave

6. La población debe poder acceder a servicios de salud mental cuando los necesiten.
7. Los usuarios de servicios de salud mental entienden su proceso de evaluación, diagnóstico, opciones terapéuticas y reciben apoyo emocional para temas delicados.
8. Los usuarios de servicios de salud mental desarrollan un plan de cuidados* con los profesionales sanitarios y del sector sociosanitario y se les proporciona una copia con una fecha consensuada para su revisión.
9. A los usuarios de servicios de salud mental con riesgo de crisis se les ofrece un plan de crisis**.
10. Los pacientes que accedan al apoyo de crisis deben obtener una valoración exhaustiva llevada a cabo por un profesional competente y formado en crisis.
11. Los pacientes hospitalizados por problemas de salud mental, participan normalmente en la toma de decisiones compartidas.
12. Los pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental tienen contacto diario y en persona con profesionales de la salud mental y regularmente con otros miembros del equipo multidisciplinar.
13. Los pacientes hospitalizados en la unidad de salud mental pueden acceder a actividades culturales apropiadas los 7 días de la semana.
14. Los pacientes hospitalizados por problemas de salud mental confían en que los tratamientos de control, se usarán de forma segura, sólo como último recurso y aplicando la mínima fuerza.
15. Los pacientes que usan servicios de salud mental se deben sentir menos estigmatizados en su comunidad y en los servicios sanitarios.

Fuente: Quality standard for service user experience in adult mental health. National Institute for Health and Care Excellence (NICE).2011.

*Plan de cuidados: debe incluir las necesidades del usuario, actividades de promoción de inclusión social – educación, empleo, voluntariado, ocio.

** Plan de crisis: debe contener posibles señales de alerta de una crisis y estrategias para afrontarlo, apoyo para ayudar a prevenir la hospitalización, lugar donde la persona querría ser ingresada en caso de hospitalización, necesidades que deben cubrirse si se ingresa (cuidado de hijos u otros dependientes), detalles de voluntades anticipadas, si los familiares están involucrados y en qué grado, información sobre acceso a servicios las 24 horas y nombre de sus contactos.

En España podemos ver algunos ejemplos de cuidados centrados en el paciente y en su bienestar:

Creación del grupo “Buenas noches”: puesta en marcha por parte de enfermería de un grupo terapéutico por las noches, en la que se reúnen en la sala común para comentar uno a uno cómo ha sido el día, qué esperaba y qué consideran que ha sido positivo. Esta actividad crea un buen clima entre personal y pacientes, se mejora la autoestima y van aprendiendo a valorar las pequeñas cosas y las relaciones interpersonales. Además, se consigue mantener despiertos a los pacientes desde la hora de la cena hasta la de la toma de medicación (23 h).

6. Empoderamiento de los pacientes

“El empoderamiento del paciente consiste en involucrar al paciente y a la familia en decisiones relacionadas con su tratamiento y cuidados”

Una de las principales medidas para mejorar la experiencia del paciente en salud mental es su empoderamiento. Este empoderamiento consiste en involucrar al paciente y a la familia tanto como sea posible en decisiones relacionadas con su tratamiento y cuidados⁵².

En los países bajos, la incorporación de la visión del paciente y sus preferencias es una prioridad y en Finlandia es obligatorio. En

⁵² The State of Mental Health in the European Union. Health&Consumer Protection. Directorate-General. European Commission. 2004.

Portugal, los pacientes y familiares se han involucrado cada vez más en el propio tratamiento²⁶.

En sentido opuesto al del empoderamiento, todos los países de la Unión Europea mantienen poder para realizar ingresos obligatorios para personas consideradas peligrosas tanto para ellos como para su entorno, aunque este poder no se utiliza de forma habitual. Noruega es el país que hace un uso más frecuente de este poder y junto con Dinamarca están buscando formas de reducirlo²⁶.

7. Aplicación de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs)

Se ha comprobado que incluso en los países desarrollados, el número de personal dedicado a salud mental suele ser inadecuado. Esto puede dar lugar a que parte de los enfermos que necesiten tratamiento no lo reciban correctamente⁵³.

“El uso de TICs se está implantando para mejorar el tratamiento de los enfermos de salud mental y fomentar su autonomía”

Además, al haberse identificado poca equidad en el acceso al tratamiento en zonas rurales y lejanas a núcleos principales de población en cuanto al limitado acceso a especialistas, se están empezando a utilizar las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) para salvar este problema.

Adicionalmente, el uso de TICs se está extendiendo cada vez más para la difusión, comunicación e información a pacientes o el desarrollo de nuevas fórmulas de asistencia y seguimiento de los mismos.

Entre otras funciones, las TICs pueden ayudar a los profesionales de la salud mental a supervisar a profesionales no especialistas en salud mental a realizar consultas con pacientes²⁷.

En esta dirección, ya hay varios ejemplos de la implantación del uso de TICs en algunos países, incluido España:

Tabla 34. Uso de las TICs en Salud Mental

Ejemplos del uso de TICs para mejorar el tratamiento de los pacientes

Thiswayup Australia, Nueva Zelanda, EEUU, Canadá y algunas zonas de Asia	- Se pretende incrementar el acceso a terapias psicológicas para pacientes con problemas mentales leves o moderados. - Consta de seis sesiones online. Debe ser prescrito por un médico. El sistema envía al prescriptor una alerta en caso de personas en especial riesgo o con necesidades de terapia personal.
MoodGYM	Web gratuita que proporciona terapia psicológica con efectividad demostrada en el tratamiento de depresión y ansiedad leve y moderada.
Psicoterapia online para problemas de ansiedad Andalucía	El programa se desarrollará en cinco sesiones de psicoterapia con una duración de 30 minutos por sesión. Cada una consta de material de contenido teórico y ejercicios prácticos. Además, cada paciente puede contactar con su terapeuta para cualquier duda o cuestión relacionada con el módulo.

53 Patel, V., Saxena, S., De Silva, M., Samele, C. Transforming lives, enhancing communities: innovations in Mental Health. Report of the Mental Health Working group. 2013.

54 <http://www.saludinnova.com/practices/view/1243/>. [En línea] 4 de diciembre de 2012. [Citado el: 11 de 05 de 2015.].

55 NHS. <http://www.nhs.uk/Conditions/online-mental-health-services/Pages/introduction.aspx>. [En línea] [Citado el: 11 de 05 de 2015.].

PsicoED: acompañamiento ciber-terapéutico Castilla y León	Página web con acceso controlado, donde pacientes y familiares reciben terapia y consejos en temas de salud mental. Además, permite contactar al profesional de la salud mental con sus pacientes sin que éstos tengan necesidad de acudir al centro de salud⁵⁴.
FearFighter Reino Unido	Curso para tratar pánico y fobia. Son nueve sesiones de una hora cada una en la que se explican cómo la ansiedad afecta a cuerpo y mente y ayuda a afrontar los miedos⁵⁵.
Ieso digital Health Reino Unido	Ofrece Terapia Cognitivo Conductual de forma confidencial, personal y en directo con un terapeuta mediante un servicio de mensajería instantánea. Disponible para problemas comunes de salud mental.

8. Lucha contra el estigma

“Un objetivo de las políticas tanto a nivel nacional como europeo es conseguir reducir estigmatización de las enfermedades mentales”

Uno de los objetivos centrales del “*European Mental Health Action Plan*” publicado por la OMS en septiembre de 2013, es la protección, promoción y valoración de los derechos humanos de los enfermos mentales mediante, entre otras acciones, la realización de actividades orientadas a la desestigmatización de las enfermedades mentales⁵⁶. A su vez, la estrategia en salud mental del SNS (2011-2014) promovía una serie de objetivos en relación a la mejora de la salud mental de la población española, entre ellos, la erradicación del estigma y la discriminación asociados a personas con trastornos mentales⁵⁷.

Para conseguir estos objetivos, se están realizando diferentes acciones:

Tabla 35. Iniciativas de lucha contra el estigma.

Iniciativas contra el estigma de la enfermedad mental	
Programa ¿Lo hablamos? Andalucía	Su principal objetivo es la sensibilización de la población adolescente sobre salud mental, mediante la realización de una sesión educativa con la que se pretende lograr una mayor sensibilización sobre la importancia de la salud mental y un trato menos discriminatorio y más igualitario hacia las personas que padecen una enfermedad mental.
Acaba con tus prejuicios sobre la enfermedad mental	Campaña realizada con la colaboración de CIBERSAM. Su objetivo era la concienciación ante las enfermedades de salud mental entre la población. Se publicaron carteles con el mensaje de la campaña en prensa, marquesinas de autobuses y vallas publicitarias junto con una campaña online.
Di_Capacitados	El objetivo principal de la campaña era la transmisión de un mensaje de normalidad y de integración completa en la sociedad de enfermos de esquizofrenia. Se ha creado una página web en la que se recoge el testimonio de personas con esquizofrenia que conviven con la patología como cualquier otro enfermo crónico.

56 Plan de Acción Europeo. The European Mental Health Action Plan. Sixty-third session of the WHO Regional Committee for Europe. Turkey, 16-19.09.2013.

57 Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

9. Prevención del suicidio

La esperanza de vida de los pacientes con enfermedad mental es menor que la del resto de población, esto se debe por un lado al suicidio y por otro a la menor calidad de vida de estos pacientes^{58,59}.

Reducir el número de casos de suicidio es una de las tendencias en las que se está trabajando en los diferentes países de Europa actualmente³². alguna de las iniciativas puestas en marcha para conseguirlo son las siguientes:

“La reducción del número de suicidios es una de las tendencias en las que se está trabajando en la mayor parte de los países europeos”

Tabla 36. Iniciativas de prevención del suicidio.

Ejemplos de iniciativas puestas en marcha para reducir la incidencia del suicidio	
Suecia	• Servicio telefónico de apoyo a personas en situación de riesgo suicida⁵⁹.
Bélgica	• Línea permanente de ayuda electrónica para que médicos de atención primaria mejoren su formación en prevención de suicidio y depresión³³.
Países Nórdicos	• Políticas y programas destinados a la reducción de la accesibilidad a los medios para cometer suicidio, mejora del tratamiento psiquiátrico y físico después del intento de suicidio, mayor estabilidad social y cultural, mayor esfuerzo en prevención y mejor acceso a servicios de asesoramiento telefónico y urgencias psiquiátricas³³.
Varios países europeos y Chile	<i>European Alliance Against Depression</i>, red que pretende mejorar el acceso al tratamiento y prevención del suicidio. Cuenta con cuatro niveles de intervención: • Formación a médicos de atención primaria por parte de especialistas en salud mental. • Campañas de sensibilización de la sociedad. • Cooperación con todas las partes interesadas: financiadores, políticos... • Apoyo a pacientes con elevado riesgo de suicidio y sus familiares³².

58 Patel, V., Saxena, S., De Silva, M., Samele, C. Transforming lives, enhancing communities: innovations in Mental Health. Report of the Mental Health Working group. 2013.

59 Jané-Llopis, E., van Alst, S., Anderson, P. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales: una visión general de Europa. 2006..

Anexo 3.

Buenas prácticas en Salud Mental

Mejores prácticas a nivel internacional

La **Asociación internacional de Psiquiatría** (*World Psychiatric Association, WPA*) publicó en el año 2011 una serie de recomendaciones para la comunidad internacional de la Salud Mental en relación a las mejores prácticas en el trabajo con los usuarios y cuidadores⁶⁰.

Estas recomendaciones se basan en el entendimiento de que la recuperación de la enfermedad mental incluye la atención a la inclusión social y económica, así como un acceso adecuado a un sistema equilibrado de hospitales y atención primaria de la salud mental. Por ello la WPA propone las siguientes recomendaciones a la comunidad internacional desde un enfoque de trabajo de colaboración entre los profesionales de salud mental, los usuarios y la familia /cuidadores:

1. El respeto de los derechos humanos es la base del éxito en salud mental.
2. La legislación, política y práctica clínica relevante para la vida y el cuidado de las personas con problemas mentales es necesario desarrollarlo en colaboración con los especialistas en salud mental, usuarios y cuidadores.
3. La comunidad internacional de salud mental debería promover y apoyar el desarrollo de las organizaciones de usuarios y cuidadores.
4. La mejora de la salud mental es esencial para el desarrollo económico y social y requiere la participación de todos los sectores de la sociedad.
5. Las organizaciones de profesionales internacionales y locales, a través de sus programas y miembros han de buscar la participación significativa de los usuarios en sus propias actividades que se consideren adecuadas.
6. El mejor cuidado en salud mental de una persona en situación aguda o de rehabilitación se lleva a cabo en colaboración entre los médicos especialistas en salud mental, los usuarios y sus cuidadores. Trabajando de esta manera, por lo general se beneficia de habilidades y capacitaciones especiales.
7. La educación, investigación y la mejorad en la calidad en los cuidados de salud mental requiere la colaboración entre los médicos especialistas en salud mental, los usuarios y los cuidadores.
8. El proceso de recuperación en salud mental incluye la inclusión económica y social, así como el cuidado médico. Ejemplos de inclusión económica y social son: la educación, la vivienda, el empleo, las actividades de promoción y apoyo a la familia.
9. Las sociedades miembro de la WPA y otros grupos profesionales, deben colaborar con las organizaciones de usuarios y cuidadores y otras organizaciones para presionar a los gobiernos para que lleven a cabo políticas que mejoren los servicios de salud mental.

⁶⁰ Wallcraft, J., Amering, M., Freidin, J., Davar, B., Froggatt, D., Jafri, H., Javed, A., Katontoka, S., Raja, S., Rataemane, S., Steffen, S., Tyano, S., Underhill, C., Wahlberg, H., Warner, R., Herman, H. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. WPA recommendations. World Psychiatry 2011; 10:229-236.

10. La mejora del usuario y el empoderamiento del cuidador debe buscarse a través de una gama de diferentes enfoques e ideas, por ejemplo: el desarrollo de grupos de autoayuda, la participación en las juntas de planificación y gestión de servicios, el empleo de las personas con discapacidades de salud mental e incluir programas locales anti-estigma y programas anti-discriminación.

En este apartado se describen las principales iniciativas o mejores prácticas promovidas por diferentes países para impulsar diferentes aspectos en relación al campo de la Salud Mental.

1. Buenas prácticas en organización y procesos asistenciales

Servicios de intervención precoz de psicosis del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (*Early Intervention in Psychosis Services, EPI*)⁶¹

Se trata de un modelo especializado que proporciona intervenciones basadas en la evidencia en el tratamiento de la psicosis en fase temprana y en personas jóvenes (14-35 años). Aumenta la evidencia en cuanto a que este enfoque es más eficaz que el modelo del equipo comunitario de salud mental tradicional⁶². Esto incluye pruebas de que la intervención precoz en cuanto a la psicosis conlleva a un mejor curso de la enfermedad, menos síntomas a los 8 años y reducción a la mitad de la tasa de suicidio⁶³.

Los equipos de EIP promueven la detección temprana y tienen el compromiso de reducir el tiempo de una psicosis sin tratar a menos de tres meses. El equipo especialista ofrece un amplio rango de intervenciones, incluyendo intervenciones psicosociales y medicación antipsicótica, adaptada a las necesidades de los jóvenes con el fin de facilitar su recuperación. Además, tratan de normalizar las experiencias en una etapa crucial del desarrollo y ofrecen optimismo terapéutico, experiencia y confianza en un enfoque basado en la recuperación.

Además, estos equipos ofrecen:

- Servicio inicial optimizado, incluyendo tanto el tratamiento en casa como la atención hospitalaria.
- Gestión positiva del riesgo y gestión experta del riesgo de suicidio.
- Tolerancia a la incertidumbre diagnóstica mientras se abordan los problemas psicosociales.
- Gestión del abuso de sustancias (como comorbilidad).
- Enfoque de la recuperación, con énfasis en el empoderamiento personal, social y resultados ocupacionales.
- Introducción temprana de principios de autogestión y prevención de recaídas.
- Detección y modificación de riesgos para la salud física y promoción del bienestar físico.
- Colaboración intersectorial entre trabajadores del ámbito de la salud, educación, ocupacional y del tercer sector (asociaciones, organizaciones...)
- Compromiso sostenido, mantenido y continuo.

61 Early intervention in psychosis services. Briefing May 2011 Issue 219. Mental Health Network. NHS CONFEDERATION 2011

62 Bird V, Premkumar P, Kendall T et al. 2011: 'Early intervention services, cognitive behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review', *British Journal of Psychiatry*, 197: 350-356

63 Mihalopoulos C, Harris M, Henry M et al. 2009: 'Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term?', *Schizophrenia Bulletin* 35(5): 909-918

Los Servicios de Intervención Precoz de Psicosis han demostrado rápidamente una mejora clínica de los resultados junto con un ahorro de costes considerable a través de la reducción del uso de camas de hospitales. A largo plazo, la reducción del número de jóvenes que quedarán en los servicios de salud mental con una discapacidad de por vida tiene el potencial de ahorrar incluso más.

El enfoque de la intervención temprana en la psicosis ha demostrado reducir la gravedad de los síntomas, mejorar las tasas de recaída y disminuir significativamente el uso de la atención hospitalaria en comparación con la atención comunitaria tradicional en salud mental, a los 18 meses de seguimiento.

En un estudio reciente, se compra la atención de los servicios de intervención precoz frente a los tradicionales en relación al impacto sobre los resultados ocupacionales, los costes de los homicidios, los costes de los suicidios y el impacto económico a largo plazo de la intervención precoz⁶⁴, dando lugar, a grandes rasgos a los siguientes resultados:

- El 36% de personas que reciben intervención precoz tienen empleo frente al 27% que recibe atención tradicional.
- El suicidio ocurre en un 1,3% entre los pacientes que reciben intervención precoz mientras que asciende a un 4% en los pacientes con atención estándar.

El estudio concluyó que la implementación de los servicios de intervención precoz en Inglaterra puede suponer un ahorro de 40 millones de libras, aun así, se necesitan más estudios para establecer el impacto real a largo plazo.

Programa de intervención precoz de psicosis en jóvenes, Headspace, Australia (Youth Early Psychosis Program, hyyp)

Este programa ofrece apoyo a jóvenes que experimenten, o estén en riesgo, su primer episodio de psicosis, y a sus familiares.

Como con cualquier enfermedad, si el apoyo del especialista se retrasa puede suponer que aumente la complejidad de la situación. Utilizando el modelo de intervención temprana de *headspace*, este programa holístico e integrado llega a los jóvenes temprano y tiene como objetivo reducir el impacto en la vida de los jóvenes y sus familias.

Mejores prácticas emergentes en la recuperación en salud mental (Emerging Best Practices in Mental Health Recovery)⁶⁵

El Instituto Nacional de Salud Mental de Inglaterra (NIMHE), estableció los siguientes principios como base para el desarrollo de un modelo del proceso de recuperación, así como mejores prácticas emergentes:

- El usuario decide si comienza y cuando el proceso de recuperación y lo dirige; por lo tanto, la dirección del usuario es esencial a lo largo de todo el proceso.
- El Sistema de Salud Mental debe ser consciente de su tendencia de promover la dependencia del usuario.
- Los usuarios serán capaces de recuperarse más rápidamente cuando: se fomenta y mantiene la esperanza, se definen roles respecto al trabajo y las actividades significativas de la vida, se considera su espiritualidad, se entiende su cultura, se

64 McCrone P, Park A and Knapp M, 2010: Economic evaluation of early intervention (EI) services, phase IV report. PSSRU discussion paper 2745

65 Emerging Best Practices in Mental Health Recovery. National Institute for Mental Health in England. NHS. 2004.

identifican las necesidades educativas de los familiares, se identifican las necesidades de sociabilización y se da apoyo a la hora de conseguir sus metas.

- Las diferencias individuales son consideradas y valoradas a lo largo de los períodos de la vida.
- La recuperación de una enfermedad mental es más efectiva cuando se realiza un abordaje holístico, lo que incluye abarcar las necesidades psicológicas, emocionales, espirituales, físicas y sociales.
- A la hora de reflejar las “mejores prácticas” en la actualidad es necesario un abordaje integrado del tratamiento y el cuidado que incluye el enfoque médico/biológico, psicológicos, social y de valores. El abordaje de la recuperación engloba todos estos campos.
- Los médicos y profesionales deben poner un énfasis inicial en la esperanza y la capacidad de desarrollar relaciones de confianza que influye en la recuperación de los usuarios.
- Los médicos y profesionales deben operar desde el modelo de fortalezas/recursos.
- Los usuarios del servicio con el apoyo de los médicos y otros profesionales deben desarrollar el plan de acción para el manejo de la recuperación. Este plan debe estar centrado en el bienestar, los tratamientos y los recursos que apoyarán el proceso de recuperación.
- La implicación de la familia, pareja y amigos puede mejorar el proceso de recuperación. El usuario debe definir a quienes quiere involucrar.
- Los Servicios de Salud Mental son más efectivos cuando están dentro de la localidad y del contexto cultural del usuario.
- La participación de la comunidad según lo definido por los usuarios es fundamental para el proceso de recuperación.

Basándose en estos principios el documento recoge buenas prácticas realizadas en el área de la recuperación de la Salud Mental divididas en diferentes ítems: cuidados clínicos, apoyo de amigos y relaciones, apoyo familiar, trabajo/actividades significativas, poder y control, estigma, participación de la comunidad, acceso a los recursos y educación.

Orygen Youth Health⁶⁶

Centro de salud mental centrado en los jóvenes que comenzó su actividad de 1988 y que ofrece diversos programas y servicios en relación a esta área. En este sentido se pueden destacar los siguientes programas:

YAT (Youth Access Team)

Consta de dos servicios diferenciados uno denominado Servicio de Triage como un primer contacto y un Servicio de Agudos para aquellas situaciones que requieren de una respuesta inmediata.

Servicio de Triage:

Es el primer punto de contacto para las personas que deseen referirse a una persona joven para el programa clínico o el propio joven. El personal del equipo discutirá las dificultades con el joven si es posible y otras personas relevantes o profesionales. El

⁶⁶ Orygen, the National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Australia. (www.orygen.org.au)

objetivo de la conversación es obtener una visión global del estado y del riesgo mental de la persona joven. Una vez determinado se coordinará una respuesta que puede implicar:

- Apoyo de crisis urgentes por teléfono o en el lugar que prefiera la persona.
- Disponer de lo necesario para una evaluación no urgente del estado de salud mental con el Servicio de Atención Continuada.
- Derivar a un servicio más adecuado.
- Servicio de Agudos
- Si se requiere de una respuesta para una crisis inmediata, el joven será gestionado por este equipo, formado por médicos especialistas en salud mental y psiquiatras que son expertos en el manejo de las crisis mentales. Ofrecen:
- Apoyo telefónico y cara a cara.
- Ingreso en la unidad de hospitalización si es necesario.
- Evaluación del estado de salud mental para determinar si el joven debe ser tratado dentro del Programa Clínico de *Orygen Youth Health* o en otro lugar.

PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation)

El programa de Evaluación Personal y Evaluación de Crisis trabaja con jóvenes que podrían estar en riesgo de desarrollar psicosis. Mediante la identificación de personas en riesgo de psicosis y la proporción del tratamiento adecuado, se espera que los primeros síntomas se reduzcan, a la vez que se retrasa o incluso se previene el desarrollo de problemas de salud mental.

HYPE (Helping Young People Early)

Programa de prevención e intervención temprana para los jóvenes que han experimentado inestabilidad en sus emociones, en las relaciones interpersonales, en el sentido de sí mismo, y en el comportamiento. Estos problemas son a veces denominados trastornos de la personalidad o trastorno límite de la personalidad. Estos problemas causan una tensión significativa y la interrupción de la vida de los jóvenes, sus familias y otras relaciones, y por lo general se acompañan de otros problemas de salud mental. Si no se tratan, estos problemas de personalidad pueden causar dificultades persistentes en la edad adulta.

HYPE ofrece un programa especializado, limitado en el tiempo de tratamiento que incluye la psicoterapia, manejo de casos y el cuidado general de la salud mental.

Group Program

El Programa Grupo tiene como objetivo capacitar, informar y ayudar a los jóvenes para que se sientan bien consigo mismos y se recuperen de sus problemas de salud mental, ayudándoles a trabajar en sus metas personales y mejorar sus puntos fuertes. El Programa de grupo proporciona apoyo, discusiones pertinentes y una amplia gama de actividades significativas, desafiantes y divertidas en un ambiente de grupo de compañeros de apoyo.

Participar en el Programa de Grupo ofrece a los jóvenes la oportunidad de empezar a hacer las cosas, para aprender cómo lidiar con los problemas, para divertirse y que permita a las personas con problemas de salud mental conocer a otros jóvenes con problemas similares para saber que no están solos. Estos grupos están dirigidos a los jóvenes que están listos para ello, y que pueden beneficiarse de estar en un ambiente así.

Los grupos darán la oportunidad de trabajar en temas personales, tales como la falta de confianza, baja autoestima, estar enojado, o estar ansioso alrededor de otras personas. Los grupos son dirigidos por personas que tienen mucha experiencia en ayudar a los jóvenes a ayudarse unos a otros. Los grupos son de tamaño pequeño (por lo general de cuatro a ocho personas) y se reúnen una vez a la semana durante una o dos horas. Hay muchos tipos de grupos para elegir y que incluyen que se centran en:

- Escuela, estudio y trabajo.
- Mejora de la salud tales como la condición física, la reducción del consumo de drogas y el manejo del estrés.
- Socializar para ayudar a conectar y se siente a gusto con otras personas.
- Recreo y saneamiento como un deporte de equipo o grupos de aventura al aire libre.
- Aprender a manejar problemas como la ansiedad y la enfermedad.
- Ser creativo: grupos, por ejemplo, el arte, la música o del coro.

CASUS TEAM (Cambridgeshire Child and Adolescent Substance Use Service)⁶⁷

El equipo CASUS es un grupo de ayuda a niños y adolescentes coordinado por Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust (CPFT) que proporciona información, apoyo y tratamiento especializado en torno a drogas y alcohol a los jóvenes menores de 18 años y sus familias.

El modelo de tratamiento utilizado por CASUS es el Tratamiento Integral del adolescente basado en la mentalización (AMBIT) es una estructura para intervenciones agudas, intensivas, en el hogar o basadas en la comunidad, diseñadas, y localmente personalizadas, para su utilización en jóvenes altamente problemáticos y socialmente excluidos. Se han extraído diferentes intervenciones con la mejor evidencia científica en cuanto a eficacia y se han integrado dentro de un marco flexible basado en la mentalización y el modelo de cambio.

El equipo está formado por enfermeros, trabajadores sociales, profesionales especializados en el uso de drogas, así como psiquiatras especializados en niños y adolescentes. Este equipo atiende tanto a los padres y los cuidadores que tienen preocupaciones o preguntas acerca de los jóvenes y el consumo de alcohol y drogas, como a los niños o jóvenes afectados por el mal uso de drogas o alcohol.

El equipo CASUS ofrece intervenciones que incluyen:

- Información, asesoramiento y apoyo a los jóvenes, los padres o cuidadores o a cualquier persona afectada por el consumo de drogas o alcohol de otra persona.
- Entrenamiento, apoyo y asesoramiento a los profesionales que trabajan con jóvenes.
- Soporte para la educación para la salud social y personal en escuelas y entornos educativos.
- Trabajar con grupos de jóvenes en riesgo y situaciones de vulnerabilidad.
- Tratamiento especializado en drogas y alcohol para los jóvenes que incluye intervenciones psicosociales, trabajo familiar, la reducción de daños y la prescripción de medicación por parte del especialista.

⁶⁷ Cambridgeshire Child and Adolescent Substance Use Service. Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. (<http://www.casus.cpft.nhs.uk>)

Modelo del diálogo abierto, Finlandia⁶⁸

El nombre de “diálogo abierto” fue usado por primera vez en 1996 para describir el proceso de tratamiento centrado en la familia y en las redes sociales. Este modelo incluye dos aspectos, por un lado, las reuniones en las que miembros relevantes participan desde el inicio en generar una nueva comprensión desde el diálogo y, por otro lado, los principios rectores del sistema psiquiátrico en la práctica.

Los principios básicos del modelo de diálogo abierto son:

- Ayuda inmediata.
- Perspectiva de la red social.
- Flexibilidad y movilidad.
- Responsabilidad.
- Continuidad psicológica. Tolerancia a la incertidumbre.
- Diálogo. El principal foro de diálogo es la reunión de tratamiento en la que los participantes involucrados en la situación problemática se unen con el paciente para discutir todas las cuestiones que se consideren pertinentes. Esta reunión de tratamiento tiene tres funciones:
 - Recopilar información sobre el problema.
 - Crear un plan de tratamiento y tomar las decisiones necesarias basadas en los problemas tratados durante la conversación.
 - Generar un diálogo psicoterapéutico.

En general, el foco está en fortalecer el lado adulto del paciente y en la normalización de la situación, en vez de centrarse en el comportamiento regresivo.

En Laponia los resultados de la eficacia del modelo de diálogo abierto han sido evaluados en estudios para primeros brotes psicóticos. Los resultados en comparación con el tratamiento usual son prometedores.

Los resultados obtenidos a través del método de diálogo abierto muestran un cambio notable en el pronóstico de la enfermedad mental grave.

2. Buenas prácticas en utilización de las tecnologías de la información y de la comunicación (TICs)

eHEADSPACE⁶⁹

La Fundación Nacional de Salud Mental de la Juventud de Australia, proporciona apoyo a jóvenes que no pueden acudir a los centros o que prefieren recibir ayuda vía chat online, email o teléfono, incluyendo también a familiares y amigos preocupados por jóvenes de su entorno, a través de un equipo de apoyo online y telefónico a nivel nacional llevado a cabo por profesionales en salud mental de jóvenes.

⁶⁸ Seikkula, J. Open dialogues with clients with mental health problems and their families. Context. 2015.

⁶⁹ Changing the lives of Young Australians. Headspace. National Youth Mental Health Foundation. The Australian Government Department of Health and Ageing under the Youth Mental Health Initiative Program.

Headspace Youth National Reference (hY NRG)

Se trata de un grupo formado por 24 jóvenes (entre 16 y 25 años), con representación de todos los territorios, edades, géneros y orígenes culturales, que trabaja con *headspace* para asegurar que las opiniones de la gente joven lleguen al centro. El *hY NRG* está compuesto por miembros de los centros *headspace* de referencia lo que permite a los representantes aportar información de los diferentes centros y viceversa, es decir, permite al *hY NRG* escuchar y representar los puntos de vista de un gran número de jóvenes de toda Australia.

Headspace proporciona la oportunidad de que los jóvenes participen directamente y colaboren en su estructura y servicios. Esto incluye la participación en la planificación y prestación de retroalimentación sobre los servicios, sí como el desarrollo de actividades de sensibilización dirigidas a la comunidad de jóvenes.

Un ejemplo de esto es la campaña “*Yarn Safe*” desarrollada por *headspace* y 12 jóvenes aborígenes de toda Australia. El grupo viajó a Melbourne donde se conceptualizó la campaña según las directrices en cuanto a varios elementos creativos como son el lenguaje, los colores, el mensaje y el diseño. Trabajando de esta manera *headspace* creó una campaña dirigida y culturalmente apropiada a los aborígenes.

MindEd⁷⁰

Esta herramienta puesta en marcha por la organización benéfica *Youngminds* en el Reino Unido ofrece gratuitamente, con acceso totalmente abierto y disponible para tabletas, teléfonos y ordenadores ayuda a los adultos para aportar bienestar e identificar, comprender y apoyar a los niños y jóvenes con problemas de salud mental. Está dirigida a cualquier persona y a todos los que trabajan regularmente con niños o jóvenes (0-18 años).

La gama de materiales es muy amplia y se extiende desde el nivel general a niveles más especializados

Además, en *MindEd* proporciona una visión del estado de la evidencia basado en la revisión de las e-terapias. Este amplio informe y sus recomendaciones, se basan en una revisión internacional usando la metodología aprobada por NICE (*The National Institute for Health and Care Excellence*).

Esta misma herramienta ofrece aplicaciones para profesionales:

Counselling MindEd: programa de e-learning basado en la evidencia que apoya la capacitación BCAP para los consejeros que trabajan con niños y jóvenes hasta los 25 años de edad. Está disponible gratuitamente para todos los usuarios.

Health Child Programme Mental Health Framework: programa dirigido principalmente a personal clínico como médicos. Sin embargo, el contenido relacionado con la salud mental es de acceso libre en *MindEd*.

Headmeds⁷¹

Web del Reino Unido sobre medicación relacionada con la salud mental para gente joven puesta en marcha en 2014 y creada por *YoungMinds*, organización benéfica fun-

70 MindEd e-learning to support young healthy minds. MindE Programme. The National Collaborating Centre for Mental Health. 2015. (<https://www.minded.org.uk>)

71 Head Meds powered by Young Minds. (<http://www.headmeds.org.uk/>)

dada en 1993 dedicada a mejorar el bienestar emocional y la salud mental de los niños y jóvenes.

Proporciona acceso a información útil sobre los posibles efectos secundarios, cuando se debe ir a buscar ayuda, y proporciona respuestas a algunas de las complejas preguntas que se puedan tener en torno a la medicación pero que pueden resultar incómodas a la hora de consultarlas con su médico.

3. Buenas prácticas en campañas de lucha con contra el estigma

Iniciativa anti-estigma - Hjärnkoll⁷²

El Gobierno sueco puso en marcha en el año 2009 la iniciativa anti-estigma *Hjäenkoll*, a cargo de la Agencia Sueca para la Coordinación de Políticas de Discapacidad y la Colaboración Nacional para la Mejora de la Salud Mental, con el objetivo de sensibilizar a la población en general de la naturaleza de la enfermedad mental y para reducir la discriminación a la que a menudo se enfrentan las personas con enfermedad mental.

La misión de la iniciativa es crear conciencia, el cambio de las actitudes del público sobre las enfermedades mentales y la discriminación final.

En la práctica, el enfoque del programa hace hincapié en la experiencia personal y la importancia del papel de las empresas contratantes. Por ejemplo, utiliza embajadores de salud mental para hablar con los medios de comunicación y otras audiencias (incluyendo conferencias de trabajo, seminarios o reuniones) sobre sus experiencias en su vida productiva como trabajador a pesar de sus condiciones de salud mental.

Además, para hacer frente a la falta de entendimiento que existe entre las empresas en relación con la contratación de las personas con problemas de salud mental, la iniciativa da consejos prácticos sobre el apoyo y la gestión de las personas con problemas de salud mental en el lugar de trabajo.

Like Minds, Like Mine, Nueva Zelanda^{73,74}

Programa de educación pública destinado a reducir el estigma y la discriminación que sufren las personas con enfermedad mental. El programa está financiado por el Ministerio de Salud y la Agencia de Promoción de la Salud.

Fue una de las primeras campañas nacionales integrales en el mundo para contrarrestar el estigma y la discriminación asociados con la enfermedad mental. El programa ha combinado la televisión nacional y otros medios, así como actividades de comunicación para lograr el cambio social.

Stigma Shout⁷⁵

Time to Change es el programa más grande de Inglaterra para hacer frente al Estigma y la discriminación en la salud mental.

72 Patana, P. Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Sweden. OECD Health Working Papers, No.82, OECD Publishing, Paris 2015.

73 Like Minds, Like Mind. Mental Health Foundation of New Zealand. (<http://www.likeminds.org.nz>)

74 Martin, N. International Anti-Stigma Initiatives. Mental Health Commission of Canada. 2013. (<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/node/629>)

75 Stigma Shout. Service user and carer experiences of stigma and discrimination.

Este proyecto surge como parte de la planificación para el marketing social ya que se quería comprender la experiencia de la gente para comprender a quien deben dirigirse las campañas.

El proyecto se basaba en una encuesta realizada a casi 4.000 personas con experiencia directa en problemas de salud mental y talleres para profundizar realizados con más de 100 personas.

La encuesta confirmó que el estigma es omnipresente, con cerca de 9 de cada 10 usuarios (87%) que informan el impacto negativo que supone en sus vidas. Las dos terceras partes han dejado de hacer cosas por temor al estigma y la discriminación.

Los usuarios y los cuidadores han definido áreas similares en las que su vida se ve perjudicada, incluyendo: empleo, encontrar nuevas amistades y mantener las existentes, ser capaces de unirse a grupos y tomar parte en actividades con la comunidad, sentirse seguros para salir de su casa (para ir de compras o a un bar), incapacidad para divulgar abiertamente los problemas de salud mental por el miedo a ser juzgado y capacidad para desafiar profesionales, ser escuchado por los mismos o realizar solicitudes relacionadas con los cambios en tratamiento.

La encuesta *Stigma Shout* reveló que los usuarios querían que la campaña estuviese fundamentada en los hechos (98%), fuese contundente (79%) y con buen humor (69%). Se debe evitar un estilo demasiado suave o chocante. En cuanto al uso de la controversia como herramienta los usuarios se mostraron divididos (50% a favor y 50% en contra). Los puntos de vista de los cuidadores eran similares (fundamentada en los hechos un 99%, contundente un 80% y con buen humor y evitando un enfoque demasiado académico un 63%). En cuanto a la controversia había menos cuidadores a favor del uso de la misma que en el grupo de los usuarios (42% a favor).

La salud mental es un tema que se aborda utilizando diversa terminología: “enfermedad mental”, “problema mental”, “angustia”, etc., por lo que la elección del término puede ser compleja.

En la encuesta, el mayor acuerdo entre cuidadores y usuarios se encontró a la hora de utilizar el término “problema de salud mental” como descripción genérica.

4. Buenas prácticas en prevención del suicidio

Apoyo a las Escuelas (Headspace School Support)⁷⁶

Se trata de una iniciativa financiada por el Gobierno Federal Australiano que trabaja con las comunidades escolares para prepararse, responder y recuperarse del suicidio de un estudiante.

Con equipos trabajando por todo el Australia el programa puede responder a necesidades individuales de cada escuela coordinando el apoyo y trabajando en conjunto con órganos educativos, centros *headspace* locales y otros servicios de apoyo.

Las escuelas pueden acceder a una gran variedad de servicios que incluyen:

- Teléfono y correo electrónico de apoyo a todas las escuelas secundarias afectadas por el suicidio.

⁷⁶ Changing the lives of Young australians. Headspace. National Youth Mental Health Foundation. The Australian Government Department of Health and Ageing under the Youth Mental Health Initiative Program.

- Ayuda a la escuela a la hora de afrontar un suicidio.
- Fomento de la capacidad del personal en torno a los temas relacionados con el suicidio.
- Coordinación de la respuesta después de un intento de suicidio o suicidio.
- Sesiones informativas tanto al personal del centro como a los padres.
- Recursos basados en la evidencia que incluyen hojas informativas.
- Kit de herramientas integral: guía práctica para ayudar a las escuelas en su respuesta después de un suicidio⁷⁷.
- Consultas secundarias y terciarias.
- Asistencia en la revisión de accidentes críticos.
- Educación y relación relacionada con el suicidio.
- Enlace con los medios y asesoramiento.

Participación de los pacientes en el desarrollo de servicios más seguros (Norfolk and Waveney Mental Health NHS Foundation Trust)⁷⁸

Un estudio demostró que, tras el suicidio de un paciente, la familia y cuidadores del fallecido no siempre recibieron suficiente información sobre posibles factores desencadenantes y signos de alerta en relación con la ideación y el comportamiento suicida.

Se desarrolló e incorporó a la hora de trabajar en la prevención del suicidio, un folleto "Información y orientación para aquellos que está involucrados con personas suicidas". En el desarrollo de este folleto fue vital incluir a aquellos que habían sido afectados de alguna manera por el suicidio. También participaron los familiares de los pacientes fallecidos que estaban dispuestos a participar para la prevención de futuras tragedias. Se acordó realizar una consulta más amplia de puntos de vista y opiniones en cuanto a que información puede ser útil en circunstancias similares. Se llevaron a cabo una serie de reuniones entre usuarios del servicio, familiares de víctimas, profesionales relacionados y voluntarios.

Esta consulta permitió recoger una amplia variedad de puntos de vista y a su vez brindó la oportunidad de que estas personas contasen sus historias y compartiesen sus experiencias, facilitando una parte importante del proceso de duelo.

Después de reunir toda la información, se comenzó a desarrollar el folleto que pretendía ser fácil de usar y accesible. Contiene una lista de servicios para personas con ideas suicidas, incluyendo alternativas a los servicios de salud mental, así como información para los cuidadores.

Prevención del suicidio de la Asociación Finlandesa de Salud Mental (FAMH)⁷⁹

El centro SOS de la FAMH ha trabajado en la prevención del suicidio desde hace 40 años. Basándose en experiencias anteriores el suicidio puede prevenirse.

La asociación ofrece la denominada "*The National Crisis Hotline*" que permite discutir sobre los pensamientos, sentimientos y situaciones de la vida de la persona con pensamientos suicidas con un trabajador experto en crisis o un voluntario entrenado. La con-

⁷⁷ Suicide Postvention Toolkit: a guide for secondary schools. Headspace. 2012.

⁷⁸ Seven steps to patient safety in mental Health. Good Practice Examples. National Reporting and Learning Service. National Patient Safety Agency. NHS.

⁷⁹ Suicide. The Finnish Association for Mental Health. (<http://www.mielenterveysseura.fi/en/home/mental-health/suicide>)

versación telefónica puede ayudar a mirar hacia el futuro y ver más allá de la situación actual. Además, en esta línea también se proporcionan instrucciones y consejos para la búsqueda de más ayuda.

Los “SOS Crisis Centres”, ofrecen apoyo a los ciudadanos en situaciones difíciles de sus vidas en centros operativos a lo largo de todo el territorio. En estos centros, se puede discutir confidencialmente sobre alguna situación problemática con un trabajador experto en crisis o con un voluntario entrenado.

Además, El **Programa de Intervención Breve en el intento de suicidio 2013-2017**⁸⁰, cuyo objetivo es desarrollar la prevención del suicidio centrándose en los intentos de suicidio y sus cuidados posteriores. La actuación se basa en una relación de colaboración en el que el objetivo es fortalecer las estrategias de seguridad de las personas, los mecanismos de afrontamiento y el apoyo para el procesamiento de la situación vital. Esta intervención se ofrece a los intentos de suicidio, además del tratamiento, no para reemplazar el tratamiento.

La colaboración con los hospitales y otras unidades y organizaciones que trabajan con intentos de suicidio, es crucial.

Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Suecia.⁸¹

El Programa Nacional de Prevención del Suicidio se puso en marcha en 2008 con el objetivo de reducir en número de suicidios en Suecia. Este programa surgió gracias a la colaboración del Instituto de Salud Pública de Suecia y la Junta Nacional Sueca de Salud y Bienestar con el apoyo del Centro Nacional para la Investigación y Prevención del Suicidio (NASP).

El Programa se orienta en torno a nueve estrategias diseñadas específicamente en relación a los suicidios e intentos de suicidio en Suecia centrándose en los grupos desfavorecidos, la reducción del consumo de alcohol, la reducción de la disponibilidad de los medios de suicidio, la educación de los cuidadores en cuanto al manejo efectivo de personas con riesgo de suicidio, el apoyo a los servicios médicos, psicológicos y psicosociales de prevención del suicidio, la difusión del conocimiento acerca de los métodos basados en la evidencia para reducir el suicidio, la mejora de la competencia entre las organizaciones y el personal con respecto a las personas suicidas, el análisis de los casos de suicidio que ocurren dentro del sistema de salud y dentro de los siguientes 28 días del alta (Lex Maria) y el apoyo a las ONGs.

El NASP reportó una disminución de 13% en los niveles de suicidio entre la población general de personas 15 años de edad o más desde 2005 (caída de 20,1 suicidios por cada 100 000 personas en 2005 a 17,5 en 2011).

Destacar el análisis de los casos de suicidio, mediante el componente “Lex Maria”. Este análisis global permite la formulación de propuestas específicas de mejora, tales como el desarrollo de la mejor evaluación de riesgo de suicidio, la mejora de la comunicación entre las unidades, y la inversión en formación psiquiátrica del personal de atención médica dirigida específicamente a la atención de los pacientes con riesgo de suicidio.

80 Attempted Suicide Short Intervention Program- LINITY Project in Finland 2013-2017. The Finnish Association for Mental Health. (<http://www.mielenterveysseura.fi/en/attempted-suicide-short-intervention-program-linity-project-finland-2013-2017>)

81 Patana, P. Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Sweden. OECD Health Working Papers, No.82, OECD Publishing, Paris 2015.

Family Care Foundation, Suecia⁸²

Fundación localizada en Gotemburgo dedicada al trabajo en el hogar y la vida familiar abordando la psicoterapia y la terapia familiar ausente en los diagnósticos psiquiátricos y en los manuales.

Han desarrollado una forma de trabajar en estrecha colaboración con las personas que acuden en busca de ayuda, así como sus redes personales, familia y el personal de la fundación. La participación, la cooperación y la responsabilidad personal son elementos básicos de su trabajo y resumen los puntos en común sobre los que se ha construido la organización.

Muchas de las "Casas de familia" han formado parte de la organización durante años y su experiencia y sabiduría en combinación con la terapia han atraído gran atención tanto en Suecia como en el extranjero. Actualmente forman parte de una gran red internacional que incluye una amplia variedad de experiencias prácticas y teorías.

La fundación trabaja conjuntamente con profesionales de los servicios sociales, psiquiatría y escuelas.

5. Otras buenas prácticas en Salud Mental

Mirakle Project. Programa para el bienestar mental de las personas mayores⁸³

Programa diseñado por la Asociación Finlandesa de Salud Mental cuyo objetivo es promover el bienestar mental en la edad adulta y desarrollar actividades y materiales que apoyen la salud mental contando con la colaboración de las personas mayores. La salud mental es una parte integral de la salud de las personas mayores, es decir, el bienestar mental, físico, espiritual y social de un individuo. Mirakle se centra en las habilidades existentes de salud mental de las personas mayores, así como en la promoción y el apoyo temprano, en particular durante las fases de transición en la edad adulta.

Mirakle está interesado en cómo las propias personas mayores ven y conceptualizar su situación y circunstancias. En lugar de concentrarse en los problemas o las pérdidas, la atención se centra en las fortalezas y competencias que las personas poseen: las personas mayores son ciudadanos independientes y capaces.

OPUS Project: Clinical treatment and research in Copenhagen, Denmark⁸⁴

El OPUS Project es un proyecto de tratamiento, pero también de investigación clínica. El ensayo OPUS consistió en un estudio en el que se incluyeron 600 pacientes con un primer episodio de psicosis. Los pacientes fueron asignados al azar a un tratamiento asertivo especializado involucrando a las familias o al tratamiento standard. El ensayo mostró efectos clínicos positivos significativos del tratamiento asertivo en los síntomas psicóticos y negativos, abuso de sustancias, la satisfacción del usuario, la adherencia al tratamiento y la reducción del uso de la vivienda con el apoyo y la estancia hospitalaria. Los pacientes fueron seguidos después de uno, dos, cinco y diez años, y la cohorte ahora forma la cohorte más grande y mejor investigada en el mundo. En un segundo ensayo OPUS, los investigadores quieren examinar el efecto de dos años en comparación con cinco años de tratamiento temprano asertivo especializado.

⁸² Family Care Foundation (<http://www.familjevardsstiftelsen.se>)

⁸³ Building Blocks for Mental Well-Being of the older People Project. The Finnish Association for Mental Health. (<http://www.mielenterveysseura.fi/en/home/development-programs/building-blocks-mental-well-being-older-people-project>)

⁸⁴ Region Hovedstadens psykiatriske hospital, Denmark (<https://www.psykiatri-regionh.dk>)

European Social Cooperative, ESCOOP⁸⁵

La Cooperativa Social Europea ESCOOP, se fundamenta en el principio nacional e internacionalidad de mutualidad y excluye cualquier ánimo de lucro. ESCOOP tiene el propósito de perseguir el interés general de la comunidad, hacia el avance humano y la integración de los ciudadanos mediante la gestión de:

- Ámbito socio-sanitario, servicios de educación, formación y capacitación para el beneficio de las personas desfavorecidas.
- Actividades productivas en las que pueda llevarse a cabo la integración laboral y/o inserción laboral y social de las personas desfavorecidas.

La cooperativa tiene también el propósito de obtener a través de la oportuna gestión de forma asociada o colectiva de la empresa, en la que los trabajadores ya sean socios o no, prestan sus servicios, la continuidad en las oportunidades de empleo en las mejores condiciones, tanto económicas, como sociales y profesionales.

6. Mejores prácticas a nivel nacional

Programa Interxarxes, Barcelona^{86, 87}

En los últimos años, en Cataluña se han ido desarrollando varias experiencias de redes comunitarias de infancia desde los sectores social, educativo y sanitario. Una de las primeras fue Interxarxes, que nació en 2000 de la iniciativa de un grupo de profesionales del distrito de Horta-Guinardó en la ciudad de Barcelona. A partir de este modelo se han originado otras experiencias, como la Red de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la ciudad de Cornellà (XIAC) o la que realiza el equipo de atención multidisciplinario de Sant Celoni (este equipo articula básicamente el trabajo de salud mental infantil y juvenil con el trabajo educativo y social).

En la misma línea, la Regiduría de Asuntos Sociales del Ayuntamiento del Prat de Llobregat ha impulsado un plan de constitución de la Xarxa Local de Salut

Mental, que integra todos los servicios, dispositivos y agentes sociales implicados en la atención a la salud mental de la población.

La experiencia acumulada a lo largo de los doce años de implementación del Programa Interxarxes en el distrito de Horta-Guinardó ha mostrado de manera clara la necesidad de superar la clásica atención multilateral, con intervenciones desde salud mental, servicios sociales, EAIAs, EAPs, etc. El efecto sumatorio de las actuaciones profesionales, permite lograr un modelo de actuación con la elaboración de un proyecto global y territorializado, que sea el resultado de una verdadera interacción entre los profesionales que intervienen con las familias e individuos y que contemple todas las herramientas necesarias para garantizar un nivel máximo de calidad y la innovación crítica del programa.

Los objetivos del Programa Interxarxes son:

- La mejora de la calidad asistencial.
- El incremento de los conocimientos y competencias de los profesionales.

⁸⁵ ESCOOP, European Social Cooperative (<http://www.escoop.eu/es>)

⁸⁶ Programa Interxarxes, Ayuntamiento de Barcelona. (<http://www.interxarxes.net>)

⁸⁷ Informe de evaluación de los costes y beneficios del modelo Interxarxes. Estudio valorativo del Programa Interxarxes (2000-2010). Dte. de Horta-Guinardó. Ayuntamiento de Barcelona. Generalitat de Catalunya. Diputación de Barcelona

- El aumento del conocimiento de la realidad del entorno del menor y su familia.
- La mejora de la cooperación entre las diversas instituciones.
- La motivación de los profesionales, así como la disminución de la angustia que comporta su tarea

Para conseguirlos, el método de trabajo, efecto de la experiencia de más de una década del programa Interxarxes, se caracteriza por un rigor en la construcción del caso basado en tres elementos:

- Abordar cada caso por parte de todos los servicios que ya han estado implicados: escuela, centro de salud mental infantil y juvenil, y servicios sociales.
- Redefinición del problema a partir de todos los elementos que están en juego y no solamente los sintomáticos.
- Establecimiento del diseño de una estrategia conjunta que permita abordar y distribuir las tareas según los objetivos propuestos.

Tratamiento Asertivo Comunitario, Modelo Avilés^{88, 89}

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC), desarrollado por Leonard Stein y Mary Ann Test en Wisconsin (USA) es una forma de estructurar la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves que focaliza su campo de actuación en el entorno social más próximo al paciente. Las intervenciones domiciliarias constituyen la piedra angular del TAC, tratando de integrar actuaciones diversas (farmacológicas, psicoterapéuticas, sociales, familiares, laborales).

El TAC es la modalidad de intervención comunitaria que ha sido más evaluada y que mejores resultados ha logrado. La Psiquiatría Basada en Pruebas avala su incorporación a las carteras de servicios de la sanidad; pensamos que ello redundará en un notable beneficio para los pacientes y sus familiares.

En Avilés, en junio de 1999, inició su andadura un equipo autónomo y específico de TAC. Fue el primero como tal a escala nacional y en la Estrategia para salud mental del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2007 fue puesto como "ejemplo de buenas prácticas" para la atención a las personas con trastornos mentales graves.

El «modelo Avilés», como viene siendo conocido, es una forma de funcionamiento de servicios de salud mental para personas con Trastorno Mental Grave y Persistente viable en lugares con un desarrollo extenso de dispositivos de salud mental (y esto, en nuestro país, es la norma en la sanidad pública). Con una orientación marcadamente comunitaria, posibilita la integralidad de las intervenciones como programa asistencial que se ajusta a las necesidades de esas personas atravesando transversalmente todos los dispositivos del área sanitaria de forma coordinada y garantizando una continuidad de cuidados real mediante el trabajo interdisciplinario. Los resultados logrados por los ETACs (Equipos de Tratamiento Asertivo comunitario) ratifican las expectativas originales. Tanto las asociaciones de familiares como las de usuarios han hablado y escrito muy rotundamente acerca de la benignidad de esta modalidad de tratamiento. Con estos apoyos, cerca de 30 equipos de tratamiento asertivo comunitario se desenvuelven ya en España.

⁸⁸ <http://www.modeloaviles.com/>

⁸⁹ Martínez Jambrina, J.M. La hora del tratamiento Asertivo Comunitario. Rehabilitación Psicosocial, 2013.

Programa de Atención Médica Integral de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista, AMI-TEA

El Programa para la Atención Médica Integral de los pacientes con Trastorno del Espectro Autista, AMI-TEA, ubicado en el Servicio de Psiquiatría del Niño y el Adolescente del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, está constituido por un equipo multidisciplinar y coordinado de profesionales sanitarios, que pretenden dar una respuesta eficaz a las necesidades de atención médica que caracterizan a esta población.

Todos ellos cuentan con una amplia especialización y experiencia clínica en la identificación y tratamiento de los TEA.

La inclusión de un paciente en el Programa AMI-TEA se realiza a través de derivación del médico de atención primaria o de cualquier otro médico de los servicios públicos de salud.

Los objetivos del Programa AMI-TEA son facilitar el acceso a las personas con un diagnóstico de Trastorno Generalizado del Desarrollo a los servicios sanitarios y a los procesos dependientes derivados de ellos, así como la coordinación con los recursos no sanitarios. Para ello, el Programa prevé las siguientes funciones y servicios:

- Diagnóstico diferencial orgánico.
- Evaluación/ descarte orgánico de descompensaciones conductuales.
- Realización de pruebas complementarias.
- Atención a problemas relacionados con el funcionamiento de la vida diaria: alimentación, sueño, control de salud dental.
- Derivación, coordinación y seguimiento de patologías que precisen la intervención de otras especialidades médicas (neurología, odontología, ginecología, otorrinolaringología, oftalmología, nutrición y dietética, gastroenterología, etc.)
- Facilitar la gestión de las citas, reducir los tiempos de espera y, si fuese necesario, realizar el correspondiente acompañamiento.
- Control y seguimiento farmacológico de los síntomas que lo precisen.
- Revisiones periódicas y seguimiento a demanda.
- Coordinación con las Asociaciones y Centros Específicos en temas relacionados con la salud física de los individuos TEA.

Programa de Prevención e Intervención Temprana para Jóvenes con Primeros Episodios Psicóticos (UAT), Fundación Manantial⁹⁰

Servicio de referencia para la prevención y la atención temprana de jóvenes que han sufrido un primer episodio psicótico. La UAT pretende asumir el desafío de reducir al máximo el tiempo que tardan en recibir tratamiento, y ofrece a estos pacientes y a sus familias un tratamiento intensivo e integral dentro de su propia comunidad.

El proceso incluye las siguientes etapas:

- **Derivación:** a través de su psiquiatra de referencia en el Centro de Salud Mental.
- **Evaluación:** se realiza a la entrada en la Unidad, para conocer las necesidades y la capacidad potencial de cada joven y acordar con él y su familia un Plan Indivi-

⁹⁰ Programa de Prevención e Intervención Temprana para Jóvenes con Primeros Episodios Psicóticos <http://www.fundacionmanantial.org>

dual de Atención Temprana (PIAT), al mismo tiempo que se fomenta una relación de confianza que facilite la vinculación con el equipo y con el grupo de referencia.

- **Recorrido:** la estancia media será de dos años, aunque varía en función de las circunstancias personales de cada joven. El recorrido comprende una primera etapa de adaptación, una etapa de intervención y una etapa de seguimiento previa al alta en la que se reforzará el vínculo con el facultativo de referencia en el Centro de Salud Mental.

La intención del programa es redirigir el curso de la enfermedad con un tratamiento adaptado en la etapa inicial de un posible trastorno mental grave, buscando la mayor recuperación posible y un mejor pronóstico que evite el curso hacia la cronicidad.

Anexo 4.

Principales fundaciones de soporte a la formación y/o investigación en Salud Mental

Fundación Alicia Koplowitz⁹¹



Con el fin de contribuir al avance en la investigación científica en el campo de la Psiquiatría Infanto-Juvenil y Neurociencias afines en España, la Fundación promueve y apoya económicamente la realización de proyectos de investigación con un enfoque metodológico múltiple mediante las **Ayudas a la investigación**.

Además, otorga **Becas de Formación Avanzada** en el extranjero para psiquiatras y psicólogos clínicos que quieren realizar una especialización en psiquiatría del niño y del adolescente.

Por otro lado, concede hasta un máximo de 10 **Becas de Estancias Cortas** de especialización e investigación en psicología clínica o neurociencias.

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental FEPSM⁹²

La Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) constituyen en el año 2000 la **Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental**



FEPSM

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

(FEPSM), reconocida por su carácter benéfico o utilidad pública mediante Orden Ministerial de 3 de septiembre de 2001 e incluida entre las reguladas en el artículo 16 de la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de Régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo, inscrita en el Registro de Fundaciones del Ministerio de Educación con el número 566.

Se trata de una Fundación sin ánimo de lucro, cuyos fines son contribuir al conocimiento, desarrollo y perfeccionamiento de la Psiquiatría y Salud Mental, así como al de sus disciplinas afines, a través de reuniones, publicaciones, actos científicos, desarrollo de investigaciones y cualesquiera otras actividades culturales y científicas.

La FEPSM organiza anualmente:

- Jornadas de Encuentros Jurídicos Psiquiátricos
- Talleres en Salud Mental: representantes de las asociaciones de familiares y los profesionales de la psiquiatría se reúnen anualmente en Sevilla con el fin de articular una mejor comunicación entre las familias y los profesionales que atienden tanto a sus allegados, como a ellos mismos. Cabe destacar que los talleres incluyen grupos mixtos de manera que garantiza unas conclusiones finales consensuadas con el objetivo de que resulten de utilidad tanto a pacientes y familiares como a los profesionales de Salud Mental y a las instituciones correspondientes,

⁹¹ <http://www.fundacionaliciakoplowitz.org/>

⁹² <http://www.fepsm.org>

editándose una publicación que recoge tanto las presentaciones como las conclusiones de los grupos de trabajo.

- Congreso Nacional de Psiquiatría

Además, han establecido un convenio de colaboración con el departamento de Salud Mental de la OMS para fomentar la participación de los psiquiatras españoles en las actividades puestas en marcha para la revisión del capítulo dedicado a los Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Clasificación General de Enfermedades.

Por otro lado, anualmente realizan una **convocatoria de becas** para la rotación en el extranjero de residentes de Psiquiatría.

Anexo 5.

Principales asociaciones/fundaciones de pacientes en la Comunidad de Madrid

AMAFE: Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia⁹³

AMAFE, fue constituida en el año 1989 por familiares de personas con enfermedad mental crónica que sintieron la necesidad de dotarse de una entidad que pudiera dar una respuesta integral y efectiva a las cuestiones relativas a la salud mental de sus seres queridos. Desde esa fecha ha ido incrementando progresivamente su base social con la incorporación de nuevos miembros. En la actualidad, está integrada por cerca de 600 socios, que a su vez representan a miles de familias con algún miembro afectado de esquizofrenia.

De acuerdo con sus estatutos AMAFE persigue los siguientes fines:

- Promover y contribuir a la mejora de la prevención y tratamiento de personas con esquizofrenia.
- Promover la Reinserción social y laboral de las personas con esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves.
- Posibilitar contactos entre familiares y amigos de personas con esquizofrenia.
- Orientar e informar a los asociados y a personas interesadas en cuestiones relacionadas con la salud mental.
- Promover la comprensión social y sensibilizar a los Poderes Públicos hacia esta enfermedad y sus problemas.
- Procurar relaciones de colaboración y comunicaciones con entidades, instituciones y administraciones.
- Orientar y asistir a las personas diagnosticadas, sus familiares y/o allegados en lo que concierne a la recuperación de las personas diagnosticadas de esquizofrenia.
- Organizar y promover actividades y servicios de tipo informativo, social, educativo, cultural, recreativo y de previsión para las personas con esquizofrenia, y sus familiares.
- Llevar a cabo actuaciones dirigidas a favorecer la situación de las mujeres con esquizofrenia.
- Llevar a cabo actuaciones dirigidas a favorecer la situación de los hombres con esquizofrenia.
- Atención temprana a personas con trastornos de la esfera psicótica mayores de 14 años con el consentimiento expreso de sus responsables legales.

Las líneas de actuación de la asociación son:

- Información y orientación: sobre los recursos disponibles en Salud Mental, públicos y privados.

93 <http://www.amafe.org>

- Atención domiciliaria: a nivel preventivo, educativo y rehabilitador en el propio domicilio.
- Centro de día: servicios dirigidos a la rehabilitación psicosocial integral de personas con esquizofrenia.
- Inserción laboral: orienta y fomenta la integración laboral de personas que han alcanzado su techo terapéutico en los escalones anteriores.
- Actividades para Familiares/allegados: orientación y formación a familiares, conferencias, coloquios, psicoeducación y atención terapéutica.
- Línea de investigación: trabajos realizados en colaboración con universidades y centros nacionales de investigación.

Dentro de sus actuaciones cabe destacar la colaboración en el programa, implantado por la Fundación Manantial⁹⁴, SEPA (“Servicio de Primer Apoyo”), desarrollado en el H.U. Clínico San Carlos y en el H.G.U. Gregorio Marañón, cuyo objetivo es el de dar la posibilidad de dialogo y soporte emocional a personas en situación de crisis y a sus familias, en especial, en el momento del primer diagnóstico.

AMAI TLP: Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación Trastorno Límite de la Personalidad⁹⁴

La misión de la asociación es ayudar, de forma desinteresada, a personas con Trastorno Límite de la Personalidad y a sus familias.

Para AMAI la persona que padece la enfermedad es el eje vertebrador de la intervención, así como su familia. Consideramos que es en éste núcleo paciente-allegados es donde se dan las relaciones más significativas de la persona y por lo tanto, es una estructura básica de apoyo. Todas nuestras actividades y proyectos se basan en una filosofía que pretende empoderar a este núcleo afectivo, consiguiendo los apoyos y habilidades necesarios para afrontar con éxito las situaciones a las que se enfrentan.

Las áreas de actuación de la asociación y sus servicios son:

- Campañas de sensibilización y difusión: desde sus inicios, AMAI ha estado presente en diversas campañas informativas y formativas sobre el TLP siendo parte activa de las mismas y, desde el año 2011, organiza las Jornadas Técnicas de AMAI-TLP.
- Atención especializada, equipo de apoyo que asesora y orienta a familiares y afectados: la asociación cuenta con un equipo de psicólogos especialistas en TLP que asesoran y orientan a todo aquel afectado o familiar que lo solicite.
- Escuela de familias – “Cuidando al cuidador”: tiene como objetivo general el abordaje por parte de los familiares de la sintomatología presente en los pacientes con TLP, mejorando su salud mental y su capacidad de afrontamiento y manejo diario de situaciones derivadas de la problemática presente en el seno familiar.
- Terapia grupal para afectados, técnicas y estrategias de afrontamiento ante los problemas, con el fin de aceptar y mejorar su propia situación y aprender junto al resto de los asistentes.

⁹⁴ <https://www.amaitlp.org>

- Talleres de ocio y tiempo libre, salidas tuteladas y talleres creativos: se persigue dotar a los beneficiarios de las habilidades necesarias para la planificación y desarrollo de un ocio normalizado.
- Programa “Respiro familiar”: semana vacacional. El Programa Vacacional, tiene una duración de 5 días, y está dirigido exclusivamente para afectados, supervisados en todo momento por un psicólogo y varios monitores voluntarios. Los objetivos principales son: gestionar y desarrollar habilidades de la vida diaria (aseo personal, cocina, limpieza, etc.), convivir en grupo teniendo en cuenta las necesidades propias y de los demás y adquirir la capacidad de disfrutar con los recursos naturales que ofrece el entorno rural.
- Talleres de habilidades Socio-laborales: persiguen dotar a los beneficiarios de las habilidades necesarias para la planificación y el desarrollo de un trabajo normalizado mediante aprendizaje de hábitos, la adquisición de capacidades y el ajuste personal y social para iniciar un itinerario de inserción laboral.
- Charlas Psicoeducativas de Prevención: destinadas a la psicoeducación en colegios e institutos y dirigidas a Educadores y al profesorado de Educación Secundaria para la concienciación, identificación y prevención de patrones de conductas problemáticas en la adolescencia.
- Proyecto Terapia Tutorizada Asistida (TTA): servicios terapéuticos con herramientas de telemedicina y videoconferencia para atender a personas afectadas por Trastorno Límite de Personalidad a sus familiares y allegados que, por diferentes razones físicas, geográficas o de otra índole no pueden acceder de manera presencial a un profesional de la salud mental especializado en esta problemática.
- Residencia Terapéutica: en ellas convivirán personas diagnosticadas de TLP. El objetivo de este dispositivo es posibilitar la rehabilitación psicológica y la reinserción social de estas personas, a través de la puesta en marcha de distintas actuaciones y que se escapen a los tratamientos proporcionados en unidades ambulatorias, Hospitales de Día, e incluso en comunidades terapéuticas por su limitado tiempo de estancia.
- Pisos Terapéuticos: se trata de dos pisos supervisados por el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. En ellos conviven un grupo de jóvenes afectados de TLP, a fin de que aprendan a regular, de manera autónoma, los hábitos básicos e instrumentales de la vida diaria, tales como el autocuidado, mantenimiento del hábitat, autodisciplina. Junto a ello, aprenden habilidades personales de tolerancia interpersonal, precisa para la convivencia social, y desarrollan un autoconocimiento psicológico, previamente imposible a causa de las dinámicas familiares disfuncionales.
- Formación de profesionales del campo de la Salud, ya sea a través de cursos y seminarios o bien becarios de postgrado que hacen sus prácticas del Master en la entidad.

ASAM: Asociación de Salud y Ayuda Mutua⁹⁵

ASAM es una entidad privada declarada de utilidad pública cuyo objetivo es fomentar el asociacionismo para lograr una mayor sensibilización y acabar con el estigma y el rechazo social de las personas con enfermedad mental. Para estas tareas unen esfuerzos las

95 <http://asam.org.es>

familias, los trabajadores, los voluntarios y las personas con enfermedad mental. ASAM distribuye su enfermedad a través de 4 grandes líneas:

- Apoyo a las familias. En 2011 ASAM creó la Fundación ASAM FAMILIA para poder intensificar el apoyo que requieren las familias a la hora de convivir con este tipo de enfermedades.
- Información y orientación a personas con Enfermedad Mental: ASAM dispone de un servicio de Información y Orientación con el que pretende responder a cualquier duda y/o atender cualquier situación planteada respecto de la enfermedad mental y las consecuencias que ésta produce en la vida de la persona y de su entorno familiar.
- Inserción laboral: para ASAM el objetivo final de este servicio, es que la persona con enfermedad mental consiga y/o mantenga una responsabilidad laboral autónoma e independiente. ASAM trabaja la orientación e inserción laboral de manera individual y pone a disposición de los participantes en el proyecto el apoyo y seguimiento de profesionales especializados, en cada una de las áreas.

FEACAB: Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosas⁹⁶

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosas está formada por las Asociaciones de diferentes provincias o Comunidades Autónomas de España y agrupa a más de 20.000 personas afectadas por la anorexia y la bulimia nerviosa, así como a sus familias.

Los principales objetivos de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia son:

- Promover la existencia de soluciones socio-sanitarias y educativas adecuadas y suficientes para la prevención y tratamiento de estas enfermedades.
- Promover códigos de buenas prácticas, tanto para las asociaciones como para otros colectivos: medios de comunicación, comercio, etc.
- Sumar los esfuerzos de prevención que ya están realizando cada una de las asociaciones.

ADANER: Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia

La Asociación tiene entre sus objetivos acordar Convenios de Colaboración y de Cooperación educativa con aquellas entidades tanto públicas como privadas que tengan como finalidad:

La contribución a la mejora de la calidad de vida de los enfermos con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) y la de sus familias.

Procurar la mejora de la atención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en nuestro País, tanto en los aspectos médicos como psicológicos y sociales, tratando de motivar a sectores públicos y privados capaces de adoptar personal, material, y medios organizativos para ello.

⁹⁶ <http://www.feacab.org>

Contribuir al estudio y a la difusión de todos los aspectos relacionados con la enfermedad, al objeto de sensibilizar a los profesionales de la salud, educación y servicios sociales en relación con el primero de los fines de las asociaciones.

Fomentar la investigación y el estudio sobre los trastornos de la alimentación, tanto en los aspectos médicos como en todos aquellos que rodean la vida del/la enfermo/a y sus familias.

En la Comunidad de Madrid cuenta con dos convenios en el ámbito de la formación:

- **CONVENIO DE COOPERACIÓN EDUCATIVA CON LA UNIVERSIDAD PON-
TIFICIA DE COMILLAS DE MADRID:** Se acuerda un establecer un marco de colaboración en el que se aprovechan y potencian sus recursos docentes, metodológicos y de ejercicio para colaborar en los procesos de formación de estudiantes de la UPCO, a través de programas de prácticas de estudiantes, que se estimen adecuadas y faciliten la más adecuada formación de los futuros profesionales.
- **CONVENIO DE FORMACIÓN PRÁCTICA ENTRE ADANER Y EL MASTER DE
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID**

Principales actividades desarrolladas:

Talleres de prevención: talleres elaborados en conjunto con la Mesa de Prevención del Hospital Niño Jesús dirigidos a alumnos, profesores y padres.

Charlas informativas: sesiones quincenales informativas que tienen lugar en una sala cedida por el Hospital Niño Jesús en las que una psicóloga de la asociación y varios/as voluntarios/as formados/as por la asociación como monitores de grupo (en su mayoría madres de enfermos/as), explican en qué consisten los diversos Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) con la finalidad de aportar información acerca de estas enfermedades tanto a afectados/as como a familiares y allegados de los afectados.

Grupos de autoayuda: formados por personas que comparten circunstancias o problemas comunes, se dan apoyo y se aportan experiencias. El grupo proporciona el saber aceptar y comprender de cierta manera la enfermedad. En ellos se obtiene información, comprensión y mejora de la autoestima. Los grupos están coordinados por dos psicólogos.

Talleres: se realizan talleres de 7 sesiones en relación a diferentes temas relacionados con los TCA como son autoestima, educación nutricional, manejo emocional, imagen corporal, relajación, psicodrama, arteterapia y risoterapia.

Campamentos terapéuticos con atención especializada y actividades de ocio para jóvenes entre 14 y 17 años.

Asociación FEAFES Integración Laboral – FEAFES empleo⁹⁷

El objetivo de lograr la normalización del empleo en el colectivo de personas con trastorno mental grave llevó a la Confederación FEAFES a liderar y apoyar la creación de una asociación de Centros Especiales de Empleo españoles, específicos del colectivo y sin ánimo de lucro, que trabajaran a favor de los derechos laborales de las personas

97 <http://www.feafesempleo.org>

con enfermedad mental, junto a las federativas ya establecidas y reconocidas de otros colectivos de personas con discapacidad.

Con este propósito el 16 de septiembre de 2004 se constituyó La “Asociación FEAFES Integración Laboral – FEAFES Empleo” definiéndose estatutariamente como una organización de ámbito estatal, dotada de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines y constituida para la coordinación, representación, gestión y defensa de los intereses empresariales de los Centros Especiales de Empleo que tengan como objetivos el fomento, desarrollo y promoción de empleo de personas con enfermedad mental.

Actualmente, FEAFES EMPLEO cuenta con 27 Entidades asociadas, con 44 Centros Especiales de Empleo, en 13 Comunidades Autónomas, y representa a casi 1900 personas con trastorno mental grave contratados en los mencionados Centros Especiales de Empleo en todo el territorio nacional. En relación a la gestión y mantenimiento de empleo ordinario se contabilizan actualmente 740 puestos de trabajo gestionados por entidades socias de FEAFES empleo.

Se vienen desarrollando jornadas y sesiones para transmitir a los profesionales de la salud la importancia de tener en cuenta el proyecto de vida de los pacientes, incluyendo la formación y el empleo, de manera integrada en la terapia.

Se está trabajando en la puesta en marcha de una plataforma de ayuda a los profesionales sobre información para fomentar el empleo. Se está configurando un comité de expertos que permitirá responder preguntas por parte de profesionales, pacientes, empresarios, etc.

Federación Autismo Madrid⁹⁸

La Federación Autismo Madrid es una entidad sin ánimo de lucro cuya finalidad es mejorar la calidad de vida de las personas con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) de la Comunidad de Madrid y la de sus familias.

Sus objetivos vienen marcados por las necesidades y exigencias que se van generando en la actualidad entorno a las personas con TEA y de sus familias. Estos objetivos se concretan en:

- Ser plataforma de referencia para las personas con TEA de la Comunidad de Madrid y para sus familias.
- Coordinar las iniciativas y ser portavoz de las asociaciones pro personas con autismo en la Comunidad de Madrid.
- Cooperar con otras Federaciones autonómicas, nacionales e internacionales de naturaleza semejante.
- Optimizar los recursos sociales existentes y recabar de las administraciones los fondos necesarios para mejorar y ampliar los servicios que se prestan a las personas con autismo.
- Fomentar cursos de formación, seminarios, jornadas e intercambio de experiencias que contribuyan a perfeccionar la labor de los profesionales que trabajan con las personas con autismo, así como promover la formación de voluntarios y participar en proyectos de investigación centrados en el campo del autismo.

⁹⁸ <http://www.autismomadrid.es>

- Elaborar y realizar programas y guías de orientación familiar dirigidos a padres, madres y tutores de personas con autismo.
- Sensibilizar e informar sobre los TEA haciéndolos más presentes en la sociedad.

La metodología se basa en el trabajo conjunto, coordinado y de comunicación continua entre las entidades federadas, los recursos humanos que conforman la Federación y sus plataformas de representación.

Esta metodología unifica la línea de actuación, y además soporta la estructura en forma de red haciendo posible la sinergia y coordinación de planes de acción, para la consecución de su finalidad.

Fundación Manantial⁹⁹

Es una entidad sin ánimo de lucro que tiene por misión la atención integral de las personas con trastorno mental grave. La esquizofrenia y otras psicosis, son los trastornos que más dificultades generan en el funcionamiento psicológico y social de las personas. Creada en 1995 por iniciativa de las asociaciones de familiares para dar una respuesta efectiva a las cuestiones relativas a la salud mental, específicamente a las relacionadas con su situación social, laboral y jurídica.

Las áreas de actuación de la Fundación son:

- Atención social: promoción y gestión de centros residenciales, de rehabilitación psicosocial, de rehabilitación laboral y de cualquier otra índole para la recuperación de las personas con trastorno mental.
- Tutela: tutela y protección legal de personas incapacitadas judicialmente ante la inexistencia de familiares que puedan ejercerla.
- Ámbito penitenciario: promoción de programas y actuaciones de ámbito penal y penitenciario, colaborando en procesos de reincorporación social y atención personalizada al cumplimiento de medidas alternativas.
- Manantial integra: generación de empleo para las personas con trastorno mental con dificultades de acceso al mercado laboral ordinario, promoviendo la creación de empresas de economía social (centros especiales de empleo) que constituyan una alternativa real a la integración socio-laboral.
- Casa Verde: programa de apoyo, prevención y seguimiento para hijos de personas con trastorno mental cuyo objetivo es compensar los posibles déficits durante la crianza de los hijos de las personas con trastorno mental. Procurarles una mejor calidad de vida al prevenir las situaciones de riesgo de algún trastorno mental y/o de conducta a lo largo de su desarrollo.

Asociación de Trastorno Bipolar de Madrid¹⁰⁰

La Asociación Bipolar de Madrid, nació en noviembre del año 1995, con el objetivo de facilitar información y apoyo a todas las personas relacionadas con el trastorno bipolar y reivindicar sus derechos que deben ser los mismos que los del resto de la población.

⁹⁹ <http://www.fundacionmanantial.org>

¹⁰⁰ <http://asocbipolar.com>

Entre sus actividades se encuentra la puesta en marcha de un grupo de adicciones y TICs, servicios de apoyo social y familiar, gimnasia mental, mindfulnes, psicoeducación, terapias de apoyo social, terapias individuales y yoga. A través de su página web es posible acceder a publicaciones y noticias de interés.

Fundación Mundo Bipolar¹⁰¹

Está dirigida a ayudar a personas afectadas con el Trastorno bipolar y Depresión Unipolar, así como a sus familiares y amigos. El Patronato creado a este respecto está compuesto por representantes de estos colectivos y por profesionales de la salud.

Su enfoque se basa en el paciente como centro. Uno de sus puntos clave es la lucha por los derechos de los pacientes, concretamente en la lucha contra el estigma se centra en la discriminación y el acceso al empleo.

A nivel mundial participan en juntas y proyectos de la Comisión y el Parlamento Europeo siendo miembros del grupo de expertos de la Comisión Europea. Además, han participado en la Convención por los derechos de las personas con discapacidad y están conectados con la ONU.

Organizan mesas redondas para fomentar el debate teniendo en el centro del mismo al paciente y las familias y las corrientes tanto biomédica como social.

Trabajan con universidades en la formación de residentes de medicina, trabajo social y enfermería en concreto con la UAM en Madrid, además de colaborar en el Master de "Rehabilitación psicosocial" de la Universidad Jaume I de Castellón.

UMASAM: Unión Madrileña de Asociaciones de Salud Mental¹⁰²

La Unión Madrileña de Asociaciones de personas pro Salud Mental está formada actualmente por 17 asociaciones que actúan en la Comunidad de Madrid:

- | | | |
|----------------------|------------|-------------|
| • AMAI-TLP | • ASME | • ASAV |
| • PSIQUIATRIA Y VIDA | • AFAEM-5 | • MENS SANA |
| • AFAEMO | • ALUSAMEN | • AFASAME |
| • AFEM | • AFAEP | • ASAVI |
| • AMAFE | • AFEMV | • APASEV |
| • ASAM | • AUSMEM | |

Esta unión de asociaciones tiene como objetivos principales:

- La mejora en la calidad de vida de las personas con trastorno mental y sus familias.
- La consolidación y desarrollo del movimiento asociativo de familiares y personas con trastorno mental.

¹⁰¹ <http://www.mundobipolar.org>

¹⁰² <http://umasam.org>

- La contribución a la reducción del estigma que sufren las personas con trastorno mental.
- La defensa de los derechos e intereses de las personas con trastorno mental.
- El fomento de la investigación y la prevención en salud mental.

Principales actividades desarrolladas desde la UMASAM:

- Representar a sus asociadas ante cualesquiera poderes, organismos e instituciones, públicas y privadas, de ámbito nacional e internacional, en cuantas cuestiones se refieran a la salud mental de los ciudadanos.
- Organizar reuniones, congresos y actos similares para el estudio de cuantas cuestiones afecten a la salud mental de los ciudadanos.
- Realizar seguimiento puntual de la legislación que afecta a las personas con trastorno mental, liderando las actuaciones que procedan para promover cuestiones de *lege ferenda*.
- Impulsar y participar en actividades de investigación y prevención referidas a la salud mental de los ciudadanos.
- Prestar asesoramiento técnico y jurídico a sus asociadas.
- Coordinar la acción de sus asociadas.
- Obtener recursos financieros destinados a sus propias actividades y funcionamiento o a las actividades promovidas por sus asociadas.
- Elaborar programas conjuntos con sus asociadas para el cumplimiento de sus fines.
- Promover la creación de una oficina para la defensa de los derechos e intereses de las personas con trastorno mental.
- Promover y coordinar actividades de publicidad, formación y difusión en relación con la promoción de la salud mental.
- Participar y promover medidas conjuntas o “plataformas” contra el estigma, así como apoyar y coordinar las acciones a tal final impulsadas desde sus entidades asociadas.
- Liderar la investigación y promoción de medidas que promuevan la recuperación de las personas con trastorno mental.

Anexo 6.

Principales asociaciones de profesionales de la Salud Mental en la Comunidad de Madrid

Asociación Madrileña de Salud Mental¹⁰³

La Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM), es una asociación de profesionales de salud mental de la Comunidad de Madrid fundada en 1987 e integrada dentro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), cuyo objetivo principal es promover y fomentar un sistema de atención a la salud mental de calidad basado en un modelo de atención comunitario, público, multidisciplinar y participativo.

Las líneas de actuación y estrategias de la AMSM para lograr su objetivo principal de mejora de la atención a la salud mental dentro de los principios señalados son:

- Ser uno de los referentes en la Comunidad de Madrid en el debate público sobre el desarrollo de la atención pública en salud mental, generar conocimiento, proponer alternativas, difundir buenas prácticas e iniciativas.
- Estimular la coordinación inter-asociativa, manteniendo un contacto constante con las asociaciones de usuarios y familiares (que mantenga una línea de apoyo y defensa de sus derechos), así como con otras asociaciones profesionales afines y ciudadanas, potenciando la participación y actuación dirigida al desarrollo de la Salud Mental en nuestra Comunidad.
- Ser un interlocutor con la Administración en los temas relacionados con la planificación y seguimiento de la atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid, que permita desarrollar el modelo comunitario aplicado a la Salud Mental.
- Elaborar documentos técnicos con la participación de los socios y en coordinación con asociaciones y plataformas afines que se encarguen de evaluar áreas concretas de la asistencia, de la clínica y de los intereses de los profesionales y usuarios de los servicios de Salud Mental.
- Fomentar la vida asociativa estimulando la opinión y participación de los socios y de aquéllos que estén interesados a través de grupos de trabajo, debates y otras actividades, así como reforzando el Boletín y la página web de la AMSM como vehículos de transmisión de esta participación.
- Potenciar el desarrollo de las actividades formativas tanto a través de la Escuela de Salud Mental de la AEN dentro del ámbito de nuestra Comunidad, como con la organización de Jornadas, Congresos, cursos, coloquios o cualquier otra forma de participación que las desarrolle.

Sociedad de Psiquiatría de Madrid¹⁰⁴

La **Sociedad de Psiquiatría de Madrid (SPM)** fue fundada en 1977 como filial de la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). El 11 de abril de 2012 se relanzó la SPM, con carácter renovado gracias a un convenio con la SEP.

¹⁰³ <http://amsm.es>

¹⁰⁴ <http://www.psiquiatriamadrid.org>

Los objetivos de la SPM son:

- Fomentar el estudio y desarrollo de la Psiquiatría -con las áreas que le son afines-, así como su progreso científico y técnico, asistencial, docente e investigador en todos los niveles.
- Fomentar la defensa de la profesión.
- Asesoramiento y presencia en la Consejería de Sanidad.
- Establecer relaciones institucionales con las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental.
- Establecer relaciones institucionales para facilitar la incorporación de los enfermeros mentales a la vida laboral.
- Reunión anual con la industria farmacéutica.
- Representar a los psiquiatras de Madrid ante las instituciones públicas y entidades privadas.

La SPM busca ser un referente en Salud Mental en la Comunidad de Madrid en las áreas:

Asistencia: apoyo y servicio a la Consejería, planes de Salud Mental y Asociaciones de familiares y enfermos mentales.

Formación: para médicos especialistas en formación y para psiquiatras especialistas.

Investigación: redes, apoyo, líneas innovadoras.



Sociedad de **Psiquiatría de Madrid**

BIBLIOGRAFÍA

1. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. Bruselas, 14.10.2005.
2. Declaración Europea de Salud Mental (Declaración de Helsinki). Organización Mundial de la Salud Europa, 2005.
3. Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar. Conferencia de alto nivel de la UE Juntos por la Salud Mental y el Bienestar. Bruselas, 12-13.6.2008
4. Plan de Acción Europeo. The European Mental Health Action Plan. Sixty-third session of the WHO Regional Committee for Europe. Turkey, 16-19.09.2013.
5. The Madrid Declaration: why we need a coordinated Europe-wide effort in mental Health research. Ayuso-Mateos JL, Wykes T, Arango C. Br J Psychiatry. 2011.
6. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et. al. *Lancet* 2013.
7. HORIZON 2020 - Work Programme 2016 – 2017 Vs.36. Health, demographic change and well-being 11 September 2015.
8. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.
9. II Plan Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA). Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros el 5 de abril de 2013.
10. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. Cátedra de Psiquiatría Infantil. Fundación Alicia Koplowitz-UCM. 2014.
11. Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.
12. Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
13. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014.
14. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el período 2000-2013. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015.
15. Evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Servicio Madrileño de Salud.
16. Declaración de Madrid contra el Estigma y la Discriminación de las personas con enfermedad mental. Grupo de trabajo contra el estigma. Comunidad de Madrid. Madrid. 11.01.2011
17. Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2003-2007. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
18. La EM, Lich KH, Wells R, Ellis AR, Swartz MS, Zhu R, Morrissey JP. Psychiatr Serv. Increasing Access to State Psychiatric Hospital Beds: Exploring Supply-Side Solutions. 2016 May 1;67(5):523-8.
19. Psychiatric Bed Supply Need Per Capita. BACKGROUND PAPER. September 2016. Treatment Advocacy Center.
20. Häfner H. Do we still need beds for psychiatric patients? An analysis of changing patterns of mental health care. *Acta Psychiatr Scand*. 1987 Feb;75(2):113-26
21. Mental Health Atlas 2011. World Health Organization.
22. Global Health Observatory Data Repository. OMS. (<http://apps.who.int/gho/data>)

23. Sistema de Información de Atención Especializada. SIAE. Portal Estadístico del SNS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (<http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/comun/DefaultPublico.aspx>)
24. Guía de Recursos de Atención a la Salud Mental. Centros y Servicios específicos Salud Mental. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. Fecha de actualización: 2 de marzo de 2015.
25. Resumen informativo: Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y duradera. Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Octubre 2015.
26. Cuadros sintéticos de tipología de Centros. Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Julio 2015.
27. El papel del Observatorio de Salud Mental y los criterios de calidad asistencial de la AEN en la evaluación y planificación asistencial. Recursos de profesionales en CSM y de dispositivos de atención a pacientes con TMG en España. Juan Francisco Jiménez Estévez. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2011. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Comunidad de Madrid. http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1132044065940&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura
28. Kakuma et al., Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. Lancet 2011; 378: 1654–63. Lessons learned in developing community mental health care in Europe. Maya Semrau, Elizabeth A. Barley, Ann Law, Graham Thornicroft. October 2011. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00060
29. Australian Institute of Health and Welfare Mental health services in Australia. <https://mhsa.aihw.gov.au/resources/workforce/>
30. Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría e INE. Ratio 100.000 habitantes elaboración propia a partir de datos de población de INE 1 enero de 2013)
31. Orden SSI/1674/2014, de 10 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2014 para el acceso en el año 2015, a plazas de formación sanitaria especializada para Médicos, Farmacéuticos, Enfermeros y otros.
32. ROAMER. A Roadmap for Mental Health and Well-being Research in Europe. Wykes, T., Belli, S., Lewis, S., Haro, J.M., Obradors Tarragó, C. March 2015.
33. The State of Mental Health in the European Union. Health&Consumer Protection. Directorate-General. European Commission. 2004.
34. Acciones de Salud Mental en la Comunidad de Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid. 2012.
35. El modelo comunitario de atención privilegia a la persona con enfermedad mental. Roelandt, Jean-Luc. Entrevista. Punto de Encuentro.
36. Starting today: The future of mental health services. Mental Health Foundation. 2013.
37. Transforming lives, enhancing communities: innovations in Mental Health. Patel, V., Saxena, S., De Silva, M., Samele, C. Report of the Mental Health Working group. 2013.
38. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales: una visión general de Europa. Jané-Llopis, E., van Alst, S., Anderson, P. 2006.
39. Strengthening mental health in the Nordic countries - suggestions for initiatives for promotion of the exchange of knowledge and experience. Duer, H., Ritnagel, P. O., Rosenhagen, C. Nordic Expert Group on Mental Health. 2011.
40. PROENFA: Programa de entrenamiento y capacitación para familiares y cuidadores de personas con trastorno mental grave.
41. Salud Innova. <http://www.saludinnova.com/practices/view/1243/> . [En línea] 4 de diciembre de 2012. [Citado el: 11 de 05 de 2015.]
42. NHS. <http://www.nhs.uk/Conditions/online-mental-health-services/Pages/introduction.aspx>. [En línea] [Citado el: 11 de 05 de 2015.]

43. Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers. Wallcraft, J., Amering, M., Freidin, J., Davar, B., Froggatt, D., Jafri, H., Javed, A., Katontoka, S., Raja, S., Rataemane, S., Steffen, S., Tyano, S., Underhill, C., Wahlberg, H., Warner, R., Herman, H. WPA recommendations. World Psychiatry 2011.
44. Early intervention in psychosis services. Briefing May 2011 Issue 219. Mental Health Network. NHS CONFEDERATION 2011
45. Early intervention services, cognitive behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. Bird V, Premkumar P, Kendall T et al. British Journal of Psychiatry, 2011.
46. Is early intervention in psychosis cost-effective over the long term? Mihalopoulos C, Harris M, Henry M et al. Schizophrenia Bulletin. 2009.
47. Economic evaluation of early intervention (EI) services, phase IV report. McCrone P, Park A and Knapp M. PSSRU discussion paper 2745. 2010.
48. Emerging Best Practices in Mental Health Recovery. National Institute for Mental Health in England. NHS. 2004.
49. Orygen, the National Centre of Excellence in Youth Mental Health. Australia. (<http://www.orygen.org.au>)
50. Cambridgeshire Child and Adolescent Substance Use Service. Cambridgeshire and Peterborough NHS Foundation Trust. (<http://www.casus.cpft.nhs.uk>)
51. Open dialogues with clients with mental health problems and their families. Seikkula, J. Context. 2015.
52. Changing the lives of Young Australians. Headspace. National Youth Mental Health Foundation. The Australian Government Department of Health and Ageing under the Youth Mental Health Initiative Program.
53. MindEd e-learning to support young healthy minds. MindE Programme. The National Collaborating Centre for Mental Health. 2015. (<https://www.minded.org.uk>)
54. Head Meds powered by Young Minds. (<http://www.headmeds.org.uk/>)
55. Mental Health Analysis Profiles (MhAPs): Sweden. Patana, P. OECD Health Working Papers, No.82, OECD Publishing, Paris 2015.
56. Like Minds, Like Mind. Mental Health Foundation of New Zealand. (<http://www.likeminds.org.nz>)
57. International Anti-Stigma Initiatives. Martin, N. Mental Health Commission of Canada. 2013. (<http://www.mentalhealthcommission.ca/English/node/629>)
58. Stigma Shout. Service user and carer experiences of stigma and discrimination.
59. Suicide Postvention Toolkit: a guide for secondary schools. Headspace. 2012.
60. Seven steps to patient safety in mental Health. Good Practice Examples. National Reporting and Learning Service. National Patient Safety Agency. NHS.
61. Suicide. The Finnish Association for Mental Health. (<http://www.mielenterveysseura.fi/en/home/mental-health/suicide>)
62. Attempted Suicide Short Intervention Program- LINITY Project in Finland 2013-2017. The Finnish Association for Mental Health. (<http://www.mielenterveysseura.fi/en/attempted-suicide-short-intervention-program-linity-project-finland-2013-2017>)
63. Family Care Foundation (<http://www.familjevardsstiftelsen.se>)
64. Building Blocks for Mental Well-Being of the older People Project. The Finnish Association for Mental Health. (<http://www.mielenterveysseura.fi/en/home/development-programs/building-blocks-mental-well-being-older-people-project>)
65. Region Hovedstadens psykiatriske hospital, Denmark (<https://www.psykiatri-regionh.dk>)
66. ESCOOP, European Social Cooperative (<http://www.escoop.eu/es>)

67. Programa Interxarxes, Ayuntamiento de Barcelona. (<http://www.interxarxes.net>)
68. Informe de evaluación de los costes y beneficios del modelo Interxarxes. Estudio valorativo del Programa Interxarxes (2000-2010). Dte. de Horta-Guinardó. Ayuntamiento de Barcelona. Generalitat de Catalunya. Diputación de Barcelona.
69. Modelo Avilés (<http://www.modeloaviles.com>).
70. La hora del tratamiento Asertivo Comunitario. Martínez Jambrina, J.M. Rehabilitación Psicosocial, 2013.
71. Programa de Prevención e Intervención Temprana para Jóvenes con Primeros Episodios Psicóticos (<http://www.fundacionmanantial.org>).





