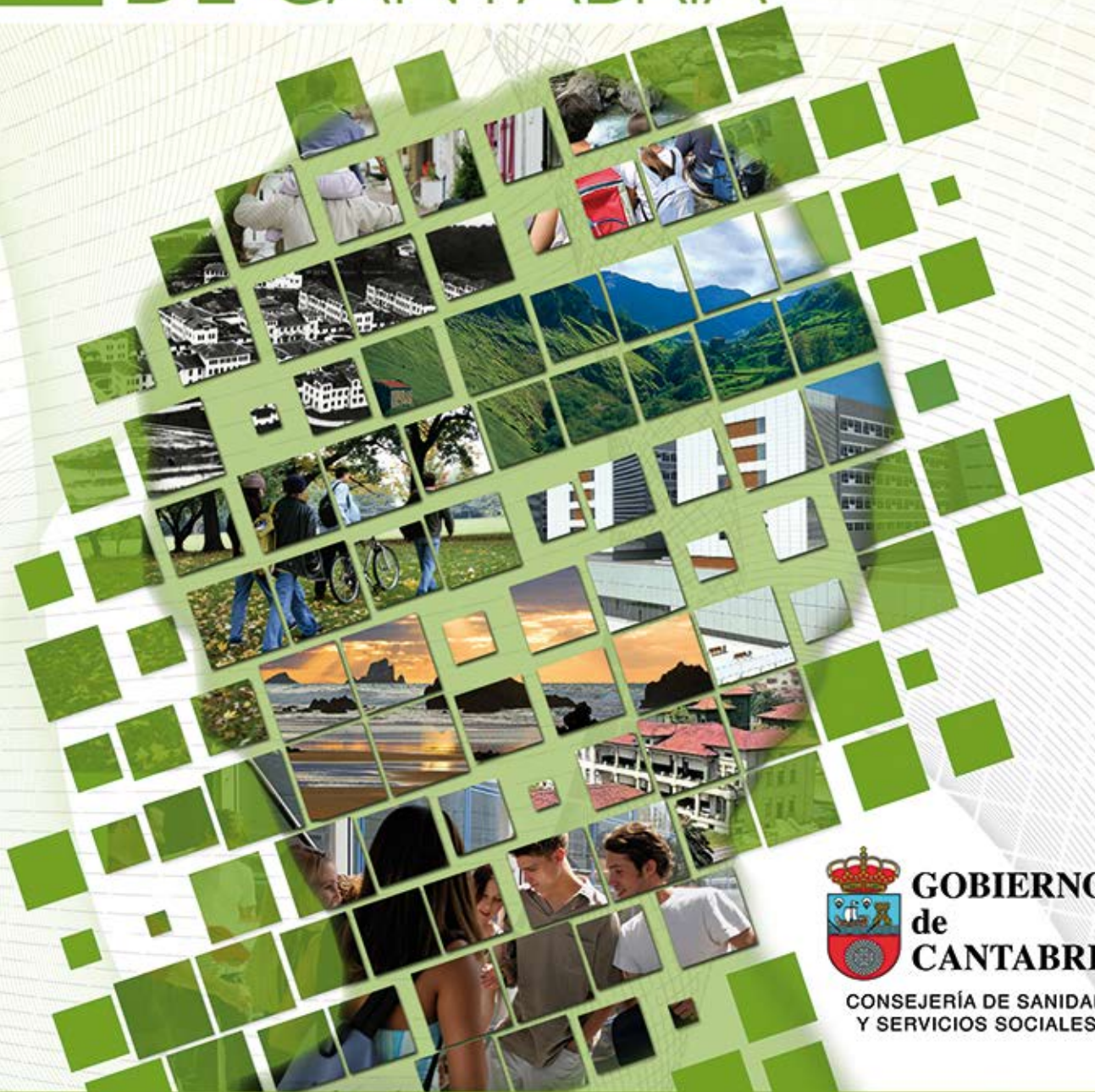


2015
2019

PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA



**GOBIERNO
de
CANTABRIA**

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES

2015 PLAN DE SALUD MENTAL
2019 DE CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

Edita: CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES

Diseño y maquetación: Edigráfica Arte & Diseño

Imprime: Artes Gráficas Quinzaños

Depósito legal: SA - 771 - 2014



**CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES**

**Dirección General de Ordenación
y Atención Sanitaria**

La Organización Mundial de la Salud afirma que la salud mental es un derecho fundamental de todas las personas y que es imposible estar sano sin un adecuado nivel de salud mental.

Sin embargo, es un hecho que en toda Europa, tam bién en Cantabria, una de cada diez personas presenta algún tipo de trastorno mental. Afortunadamente, para muchas de estas enfermedades disponemos de tratamientos eficaces y medidas preventivas.

Nuestra comunidad autónoma tiene una larga tradición en el cuidado de las personas con problemas de salud mental y cuenta con grandes profesionales implicados en su atención, pero, al mismo tiempo, mantiene un vacío en materia de planificación que nos impide cumplir nuestro principal objetivo: la atención integral e integrada de la persona con enfermedad mental.

Con la entrada en vigor del actual Plan de Salud de Cantabria, nos propusimos como meta a corto plazo la elaboración de un plan específico de salud mental con la participación de los profesionales de nuestra comunidad y de los representantes de las personas con trastornos mentales y de sus familias.

El Plan de Salud Mental 2015-2019 que ahora les presentamos constituye una herramienta decisiva para procurar un abordaje sociosanitario eficaz y garantizar una atención integral a las personas afectadas por una enfermedad mental, que nos orienta con claridad y establece las prioridades para completar una red de dispositivos, programas y servicios adecuados a las necesidades de los ciudadanos de Cantabria. Algunas de las prioridades que refleja este documento se dirigen a grupos especialmente vulnerables de la población, como los niños y adolescentes, las personas mayores, las personas con trastorno mental grave y sus familias. Estas líneas de actuación no son fruto del azar, sino de la sensibilidad y del firme compromiso del Gobierno de Cantabria con quienes debemos volcar los esfuerzos y recursos de manera más intensa, convencidos como lo estamos de que la fuerza de nuestro sistema sanitario está en ser capaces de reforzar todos los eslabones de la cadena asistencial, sin olvidar que será tanto más débil como el más débil de sus eslabones.

Quiero manifestar mi satisfacción y mi reconocimiento por el esfuerzo realizado por un gran número de profesionales de nuestro sistema sanitario, sin duda conocedores de la realidad de Cantabria, de las estrategias nacionales del Sistema Nacional de Salud, y de las directrices establecidas por los organismos internacionales en el ámbito de la salud mental para que el Plan de Salud Mental 2015-2019 sea una realidad.

Sabemos que tenemos por delante un reto ilusionante y que nos espera un gran esfuerzo; sabemos cómo queremos que sea la nueva forma de atención a la salud mental en Cantabria y vamos a poner los medios para conseguirlo. Tenemos un compromiso con todas las personas de Cantabria que de una u otra manera se ven afectadas en su día a día por alteraciones en materia de Salud Mental y estoy segura de que con herramientas como este Plan vamos a cumplirlo y a lograr la mejora de la salud y calidad de vida de nuestros ciudadanos.

M^a. José Sáenz de Buruaga

Vicepresidenta y Consejera de Sanidad y Servicios Sociales.



El Plan de Salud Mental de Cantabria para el periodo 2015-2019, es fruto del cumplimiento de uno de los objetivos incluidos en nuestro vigente Plan de Salud.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales ha querido con este plan definir y establecer las actuaciones más efectivas para ofrecer la mejor atención posible a las necesidades, en materia de salud mental, de los ciudadanos de Cantabria.

El Plan que tengo el honor de presentar en estas líneas se basa en un modelo comunitario con la meta de proporcionar atención integral de forma multidisciplinar, eficiente, segura, oportuna y satisfactoria para el paciente. Soy un convencido de que de este modo se consigue su mejor recuperación, su máxima autonomía, su reintegración social y la continuidad de sus cuidados.



Mediante el desarrollo de más de 200 actuaciones, pretendemos dar un salto cualitativo y cuantitativo en la atención a la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma.

Son muchas las líneas de trabajo plasmadas en este documento y que se implantarán en los próximos años. Así, se amplía la red de recursos y se crean nuevas formas de relación con los pacientes y entre los profesionales, sumando a los ciudadanos en el cuidado de su propia salud mental, contando adicionalmente con el apoyo de las nuevas tecnologías de la información para lograr el objetivo de un nuevo modelo de atención para los trastornos mentales.

Ésta reorganización del sistema nos permitirá alcanzar niveles óptimos de calidad, para así ofrecer a la población servicios de referencia en salud mental dentro del sistema sanitario autonómico de salud.

En este punto quiero incidir que todas las líneas de actuación diseñadas y que podremos en marcha están basadas en el respeto a la autonomía, la dignidad de las personas y en la responsabilidad frente a los pacientes, sus familias y la sociedad en general.

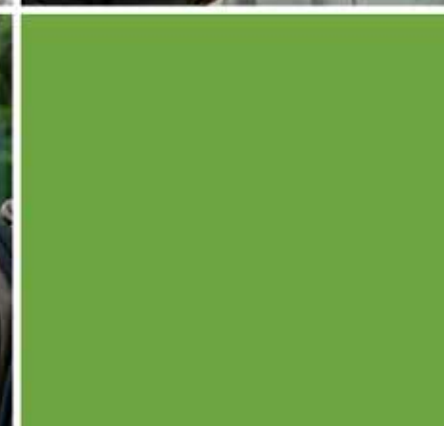
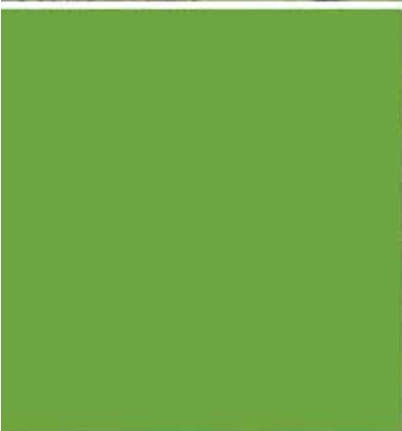
No puedo dejar de destacar que una de las fortalezas de este Plan ha sido su metodología de elaboración. Un centenar de profesionales han trabajado de forma coordinada, estableciéndose sinergias entre los distintos entornos, entidades e instituciones relacionados con la salud mental.

Por todo ello, vaya por delante mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que con su compromiso, implicación y capacidad de síntesis han hecho posible que vea la luz este Plan de Salud Mental que espero y deseo sirva como mecanismo para la mejora de la atención y asistencia integral de los pacientes y familiares afectados por trastornos mentales en nuestra región.

Carlos León Rodríguez

Director General de Ordenación y Atención Sanitaria

■ Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019: introducción y metodología. _____	13 ■
■ Los problemas de salud mental como línea estratégica del Plan de Salud de Cantabria 2014-2019. _____	17 ■
■ Misión, visión y valores del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. _____	29 ■
■ Líneas de desarrollo del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. _____	33 ■
1. Psicosis afectivas y no afectivas. _____	35
2. Trastornos depresivos. _____	43
3. Suicidio. _____	49
4. Trastornos de la personalidad. _____	57
5. Trastornos de la conducta alimentaria. _____	65
6. Salud mental en atención primaria. _____	73
7. Problemas de salud mental en la edad geriátrica. _____	79
8. Problemas de salud mental en la edad infantojuvenil. _____	87
9. Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica. _____	99
10. Trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias. _____	107
11. Organización de los dispositivos de atención a la salud mental. _____	117
12. eSalud Mental: sistemas de información y nuevas tecnologías aplicadas a la salud mental. _____	133
13. Psicoterapia. _____	139
14. Formación en salud mental. _____	143
15. Investigación en salud mental. _____	147
16. Evaluación del Plan de Salud Mental. _____	151
■ El compromiso del Plan de Salud Mental de Cantabria con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. _____	155 ■
■ Indicadores de ejecución del Plan de Salud Mental de Cantabria. _____	171 ■
■ Referencias bibliográficas. _____	189 ■
■ Expertos que han participado en los grupos de trabajo del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019. _____	195 ■
■ Anexos. _____	199 ■



Plan de Salud Mental de Cantabria: introducción y metodología.

■ Plan de Salud Mental de Cantabria: introducción y metodología.

La Estrategia en Salud Mental (EESSMM) fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en diciembre del año 2006 (1). La evaluación de dicha estrategia se publicó en el año 2011 (2), así como la nueva estrategia para el periodo 2011-2013 (3). Las propuestas contenidas en el presente Plan de Salud Mental de Cantabria (PSMC) surgen del compromiso con dicha estrategia nacional y su adaptación a la realidad sociodemográfica y asistencial de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

El Plan de Salud Mental representa el desarrollo de una de las 8 líneas estratégicas, la denominada “Trastornos mentales”, señaladas en el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019 (4) por un panel de expertos y un grupo asesor, y utiliza la misma metodología.

El propio panel de expertos y el grupo asesor establecieron, dentro de la línea estratégica “Trastornos mentales”, las siguientes categorías diagnósticas o agrupaciones de trastornos: fobias, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos depresivos, trastorno bipolar, anorexia nerviosa y bulimia, trastornos de la personalidad y psicosis. También se incluyó como programa a desarrollar el modelo asistencial de salud mental de Cantabria. Las adicciones (consumo de tabaco, alcohol y drogas) se incluyeron dentro de una estrategia transversal denominada “Determinantes de salud”. Las demencias se incluyeron en la línea estratégica “Enfermedades neurodegenerativas”.

■ Líneas estratégicas de salud mental incluidas en el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019.

Un grupo de trabajo inicial de 19 profesionales designados por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales determinó, en la primera reunión, reagrupar los trastornos propuestos por el panel de expertos y el grupo asesor. Se añadieron dos programas relacionados con dos grupos de edad prioritarios: “Salud mental infantojuvenil” y “Psicogeriatría”. La línea “Fobias, trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo” se incluyó en la propuesta “Trastornos de ansiedad, por estrés y adaptativos”. Las propuestas “Psicosis” y “Trastornos bipolares” se agruparon en “Psicosis afectivas y no afectivas”, creando además una nueva propuesta denominada “Cronicidad y apoyo a la persona con discapacidad por enfermedad mental”. El modelo asistencial pasó a denominarse “Organización de los dispositivos de atención a la salud mental”.

Estas 10 líneas consideradas prioritarias constituyeron, junto con un primer apartado denominado “Impacto de salud de los problemas de salud mental”, la línea estratégica “Salud Mental” del Plan de Salud de Cantabria 2014-2019, con 57 recomendaciones (objetivos generales) de mejora, pendientes de desarrollar en un plan específico de salud mental.

■ Los programas del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019.

Una vez finalizado el documento que desarrolla la línea estratégica “Salud Mental” para el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019, se procedió a constituir diferentes grupos de trabajo para elaborar el programa operativo que representa el documento central del Plan de Salud Mental de Cantabria. Un total de 98 expertos, de los cuáles 6 han actuado como editores del texto, han formado parte de los 14 grupos de trabajo, pertenecientes a las siguientes instituciones:

- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales: Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria, Dirección General de Salud Pública.
- Servicio Cántabro de Salud (SCS): Profesionales de las especialidades de Psiquiatría, Psicología Clínica, Drogodependencias, Geriátrica, Neurología, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Calidad y Evaluación de Servicios, Enfermería y Trabajo Social, pertenecientes a las tres áreas sanitarias. Algunos profesionales están integrados en redes de excelencia en investigación, como la Fundación Instituto de Investigación Marqués de Valdecilla (IDIVAL) y el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).
- Profesionales de centros concertados: Centro Hospitalario Padre Menni, Fundación para la Investigación en Psicoterapia y Personalidad, ASCASAM.
Instituto de Medicina Legal de Cantabria.
Instituto Cántabro de Servicios Sociales: Subdirección de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia, Subdirección de Dependencia y Subdirección de Protección Social.
- Consejería de Educación, Cultura y Deporte.
- Observatorio de Salud de Pública de Cantabria.
- Fundación Cántabra para la Salud y Bienestar Social.
- Fundación Pública Marqués de Valdecilla.
- Asociaciones de pacientes y profesionales relacionados con la salud mental: ASCASAM, AMICA, ADANER, CERMI.

Entre octubre de 2013 y abril de 2014 los grupos trabajaron intensamente, mediante reuniones presenciales de cada grupo y de los subgrupos que se constituyeron para desarrollar objetivos concretos dentro de los programas, y envió mediante correo electrónico de documentos y propuestas, hasta disponer de un texto final con alto grado de consenso.

Dado que al desarrollar cada uno de los programas en todos los casos aparecían objetivos relacionados con la utilización de nuevas tecnologías de la información, la psicoterapia, la formación y la investigación, se acordó incorporar al documento 4 programas de “tipo transversal”: “eSalud Mental”, “Psicoterapia”, “Formación en salud mental” e “Investigación en salud mental”. El programa “Trastornos de ansiedad, por estrés y adaptativos” pasó a denominarse “Salud mental en atención primaria”. Finalmente, se añadió un programa denominado “Evaluación del Plan de Salud Mental”.

Como se ha mencionado, la metodología utilizada en Cantabria para el diseño del Plan Estratégico de Salud y para el Plan de Salud Mental focaliza las actuaciones en grupos más o menos específicos de trastornos. Esto ha ocasionado que algunas de las propuestas de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud no aparezcan recogidas en los distintos programas de actuaciones. Por ello, el grupo de expertos propuso comparar ambas estrategias (EESSMM y PSMC) para delimitar como nuevos objetivos actuaciones complementarias a las incluidas en los programas prioritarios.

Así, los programas que finalmente se han elaborado por los grupos de trabajo como desarrollo de la línea estratégica “Salud Mental” del Plan de Salud de Cantabria son los siguientes:

1. Psicosis afectivas y no afectivas.
2. Trastornos depresivos.
3. Suicidio.
4. Trastornos de la personalidad.
5. Trastornos de la conducta alimentaria.
6. Salud mental en atención primaria.
7. Problemas de salud mental en la edad geriátrica.
8. Problemas de salud mental en la edad infantojuvenil.
9. Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica.
10. Trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias.
11. Organización de los dispositivos de atención a la salud mental.
12. eSalud Mental: sistemas de información y nuevas tecnologías aplicadas a la salud mental.
13. Psicoterapia.
14. Formación en salud mental.
15. Investigación en salud mental.
16. Evaluación del Plan de Salud Mental.

En el desarrollo de las líneas de estos programas se han establecido 166 objetivos específicos, con un total de 216 actuaciones, con sus correspondientes indicadores. Estas actuaciones incluyen la elaboración de documentos, creación de registros, coordinación entre dispositivos e instituciones, dotación de nuevos recursos y, sobre todo, actuaciones directas sobre los pacientes, sus familias y los profesionales de la Red de Salud Mental de Cantabria.

Uno de los aspectos más relevantes, sin duda, de la elaboración del documento que contiene el Plan de Salud Mental, ha sido la motivación de los profesionales y la creación de sinergias entre los distintos entornos relacionados con la salud mental. La propia confección del Plan constituye un elemento dinamizador que será fundamental para transformar la realidad existente en el ámbito de la salud mental en Cantabria.

Los problemas de salud mental como línea estratégica del Plan de Salud de Cantabria 2014-2019.

■ Impacto de salud de los problemas de salud mental.

■ Incidencia y prevalencia de la enfermedad mental en la población adulta.

Los estudios llevados a cabo en la población general confirman que los trastornos mentales son muy frecuentes y causan un alto grado de discapacidad, si bien ciertas cuestiones metodológicas, como la dificultad para la definición de “caso” y los diferentes criterios diagnósticos empleados, se reflejan en la variabilidad de las cifras de prevalencia e incidencia encontradas. En los países de la Unión Europea (UE), las estimaciones más conservadoras señalan que cada año un 27% de la población adulta (18-65 años) padece un trastorno mental, siendo los más frecuentes la ansiedad, la depresión, los trastornos somatomorfos y los relacionados con consumo de sustancias (5).

La Estrategia en Salud Mental del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España (2006) (1) señalaba que en nuestro país los datos epidemiológicos son incompletos y de muy limitada utilidad para valorar la prevalencia y el impacto de los trastornos mentales en la población general. Los escasos estudios llevados a cabo se han centrado en áreas geográficas reducidas, con muestras relativamente pequeñas y poco representativas de la población española.

En el estudio epidemiológico dirigido en Cantabria por Vázquez-Barquero en 1986 (6) se halló una prevalencia de trastornos mentales de 9,3% en hombres y 19,6% en mujeres. También en Cantabria se han realizado estudios epidemiológicos sobre determinadas enfermedades mentales, con una prevalencia puntual de depresión de 4,3% en varones y 7,8% en mujeres, y para los trastornos de ansiedad de 8,1% en varones y 20,6% en mujeres (7). En un estudio posterior (8) se detectó un 2,6% de personas con depresión en una muestra de población urbana adulta.

Según el ESEMeD-España (9), el 19,5% de la población adulta española presentó alguna vez en la vida un trastorno mental (prevalencia-vida), siendo esta cifra más alta en mujeres (22,9%) que en hombres (15,7%). En relación con la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio (prevalencia-año), el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental (5,2% en hombres y 11,4% en mujeres). La relación entre prevalencia-año y prevalencia-vida puede considerarse un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno.

■ Incidencia y prevalencia de la enfermedad mental en la infancia y adolescencia.

La elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes es un hallazgo constante en los estudios epidemiológicos realizados en varios países (10-12). Entre el 7 y el 25% de los menores reúnen criterios para un diagnóstico psiquiátrico y aproximadamente la mitad presenta

un significativo desajuste como consecuencia de ello. Por tramos de edad, se han descrito tasas del 10% para los chicos y del 6% para las chicas entre 5 y 10 años de edad, y del 13% y del 10%, respectivamente, entre los 11 y los 15 años. En España no se han llevado a cabo estudios de epidemiología descriptiva de los trastornos mentales de la infancia y adolescencia en población general y de ámbito nacional.

■ Mortalidad.

En el año 2012 se produjeron en España 402.950 defunciones, de las cuales 17.145 (4,3%) estuvieron relacionadas con trastornos mentales, experimentando un aumento (12,2%) respecto a años previos y representando la séptima causa de muerte. En Cantabria se produjeron 5.812 fallecimientos, 348 debidos a trastornos mentales y del comportamiento, con 47 muertes registradas como suicidios (13).

■ Morbilidad percibida.

Las encuestas de salud son fundamentales para obtener información del estado de salud y morbilidad percibida de la población, completando los datos obtenidos de los registros de información sanitaria, y permiten estudiar las relaciones entre las distintas dimensiones del estado de salud y variables tales como los hábitos de vida, las características sociodemográficas o la utilización de servicios sanitarios. En el contexto del sistema de información sanitario español la Encuesta Nacional de Salud (ENS) se realiza desde 1987 con una periodicidad regular. A partir de la encuesta se puede conocer el porcentaje de personas en riesgo de padecer patología psiquiátrica y la prevalencia de problemas mentales autodeclarados. También se utilizan cuestionarios que permiten hacer un cribado, detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de malestar psicológico, tales como el Cuestionario de Salud General de 12 ítems (GHQ-12), en mayores de 16 años, y el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ), que detecta casos probables de trastorno mental y del comportamiento en menores de 16 años.

Según los datos de la ENS de España 2011/2012, el 77,4% de la población de Cantabria percibe su estado de salud como bueno o muy bueno, una cifra algo superior a la media nacional (75,3%). Los hombres declaran un mejor estado de salud que las mujeres (78,8% frente a 76,0%). Entre los adultos, el 4,9% (2,9% en varones y 6,7% en mujeres) declaran tener depresión crónica, el 4,5% (4,5% en varones y 4,6% en mujeres), ansiedad crónica, y un 1,3% (1,6% en varones y 1,0% en mujeres) manifiestan padecer otros trastornos mentales. Estas cifras están por debajo de la media nacional.

En cuanto a la población infantil de Cantabria, el 2,5% (2,2% en varones y 2,8% en mujeres) declaran presentar trastornos de conducta (incluyendo hiperactividad) y 0,7% (1,4% en varones y 0,9% en mujeres), otros trastornos mentales (depresión, ansiedad, etc.). Estas cifras también están por debajo de la media nacional.

■ Morbilidad tratada.

La siguiente tabla refleja los datos de la ENS 2011/2012 en Cantabria para algunos trastornos mentales diagnosticados por un médico en los últimos 12 meses.

Trastornos mentales diagnosticados por un médico en los últimos 12 meses

	HOMBRES (238.635)		MUJERES (255.120)		TOTAL (493.755)	
	Casos (%)		Casos (%)		Casos (%)	
Depresión crónica	6.238	2,6	16.327	6,4	22.565	4,6
Ansiedad crónica	10.020	4,2	11.194	4,4	21.214	4,3
Otros diagnósticos	3.900	1,6	2.658	1,0	6.557	1,3

La prevalencia del diagnóstico de depresión crónica en Cantabria (4,6%) es más alta en mujeres que en hombres (6,4% vs. 2,6%) y ligeramente inferior a la media nacional (5,9%). La frecuencia de los trastornos de ansiedad y de otros problemas mentales es también más baja en Cantabria (4,3% y 1,3%, respectivamente) que la media nacional (6,7% y 1,6%, respectivamente).

■ Impacto social y sanitario.

Tanto la morbilidad como la afectación de la calidad de vida derivada de la enfermedad mental son muy relevantes, ya que los trastornos mentales globalmente constituyen la causa más frecuente de carga de la enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Por otro lado, la pérdida de calidad de vida es superior a la que producen enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Sólo la depresión unipolar explica el 6% de la carga causada por todas las enfermedades, únicamente por detrás de la isquemia coronaria y los accidentes cardiovasculares (14, 15).

Una forma de cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que originan es la Carga Mundial de Morbilidad (Global Burden of Disease, GBD), utilizando como medida “los años de vida ajustados en función de la discapacidad” (AVAD). En su informe sobre la salud en el mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16) atribuía un tercio de los AVAD a los trastornos neuropsiquiátricos, siendo las principales causas de discapacidad la depresión, las demencias, los trastornos por uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. En las mujeres la depresión ocupa el primer lugar como causa de AVAD y el tercer lugar en hombres, tras la enfermedad isquémica cardíaca y el abuso de alcohol. Del mismo modo, se estima que los trastornos mentales

y neurológicos serán responsables en el año 2020 del 15% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones. Estas cifras son superiores a las que se producirán en el resto de enfermedades, incluyendo las enfermedades cardiovasculares.

El impacto en la utilización de servicios y en el sistema familiar de apoyo es muy elevado en el ámbito de la salud mental, generando una enorme carga económica y emocional. Aproximadamente una de cada cinco personas atendidas en los equipos de atención primaria padece algún tipo de trastorno mental. Cuatro de cada diez familias dedican a su atención más de 8 horas al día. El 67% lo lleva haciendo, además, desde hace más de 8 años, con abandono de actividades laborales y de ocio.

En las últimas décadas se ha producido un incremento significativo en la atención prestada a la salud mental por parte de organismos internacionales, como la OMS, la Comisión Europea o el Consejo de Europa, con el compromiso de los gobiernos europeos de asignar un nivel «justo y suficiente» de recursos a la salud mental. Existe la evidencia de que una mayor inversión en recursos en salud mental está plenamente justificada para disminuir las desigualdades, la exclusión social y la discapacidad provocada por los trastornos mentales.

Los determinantes de la salud y la enfermedad mental son múltiples e interdependientes. Se trata de factores biológicos, psicológicos y sociales, que están estrechamente relacionados e interactúan entre sí para originar la mayoría de los trastornos mentales. Por ello, el abordaje de estos trastornos en los dispositivos de salud mental debe ser multidisciplinar e implicar a sectores sanitarios y sociales diversos, así como a las personas con enfermedad mental, sus propias familias, las administraciones públicas y la sociedad en general. Este es el espíritu de la declaración de Helsinki (Declaración Europea, 2006), que insta a impulsar un giro desde la atención en los servicios de salud mental a una concepción de salud pública que implique a toda la sociedad.

Así, como consecuencia de lo anteriormente expuesto, existe una conciencia creciente, por parte de gobiernos y sociedad en general, de que la salud mental es esencial para el desarrollo humano, social y económico de los países, siendo una condición generadora de bienestar y productividad. De acuerdo con esta nueva concepción, la mayoría de los países europeos consideran la salud mental como un objetivo estratégico de gobierno mediante el desarrollo e implementación progresiva de políticas específicas de salud mental.

■ Discapacidad derivada.

Cuatro enfermedades neuropsiquiátricas (trastorno depresivo unipolar, trastornos por consumo de alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar) figuran entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo. Sin embargo, la discapacidad debida a patología psiquiátrica ha recibido menos

atención en el ámbito social y comunitario que la derivada de la enfermedad física, y es raro encontrar evaluaciones sistemáticas y detalladas del estado funcional de los pacientes. En relación al impacto en la calidad de vida y discapacidad de la patología mental, se pueden realizar las siguientes aseveraciones:

- El impacto de la patología mental sobre la discapacidad y la calidad de vida es similar o superior al causado por otras patologías físicas crónicas (enfermedades neurológicas, artritis, patología cardíaca). Sin embargo, la patología física más incapacitante, la patología neurológica, tiene una prevalencia del 0,9%, mucho menor que cualquier trastorno mental.
- Algunos trastornos mentales generan mayor impacto que otros. Ajustando las cifras por género, edad y comorbilidad, los cinco trastornos mentales con mayor impacto son: distimia, episodio depresivo mayor, trastorno por estrés post-traumático, pánico y fobia social.
- Las condiciones generales de vida del enfermo mental son significativamente peores que en la población general, con menor calidad de vida y más dificultades a la hora de realizar las actividades de la vida diaria.
- La enfermedad mental crónica es la principal causa de que personas jóvenes pasen a ser consideradas población dependiente o económicamente inactiva.
- La discapacidad y la afectación funcional son más significativas en los trastornos psiquiátricos crónicos y recurrentes que en los cuadros agudos o no recurrentes, y disminuyen al mejorar los trastornos.
- La familia es la principal fuente de ayuda para las personas con enfermedad mental crónica. Esto supone una elevada carga familiar, que alcanza hasta 60 horas semanales de dedicación por parte del cuidador principal, con grave repercusión en su vida sociolaboral, en las actividades diarias e incluso en su salud física y mental. En España, el 88% del total de cuidados que reciben las personas con patología mental procede de sus familias.
- Una de cada cuatro familias tiene, al menos, un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento. Esta situación conlleva repercusiones económicas y emocionales, generando estrés en la convivencia familiar, restricción de actividades sociales y modificaciones en la rutina doméstica. Junto con estas cargas directas habría que contabilizar las oportunidades perdidas para los familiares en el ámbito laboral y social.

Con respecto a las cifras relativas a discapacidad y dependencia en Cantabria, los datos son los siguientes (año 2013):

- Tasa de discapacidad relacionada con enfermedad mental: 7.380 personas, de las cuales 2.138 se atribuye a discapacidad intelectual.
- 9.607 personas han sido reconocidas en situación de dependencia a través del baremo de

valoración específico para enfermedad mental y discapacidad intelectual. Entre ellas, el 4,3% son menores de 18 años (discapacidad intelectual en su mayoría), el 24,1% tienen entre 18 y 64 años (enfermedad mental en su mayoría) y el 71,6% son mayores de 64 años (deterioro cognitivo o demencia en su mayoría).

- Entre las personas adultas con enfermedad mental y dependencia reconocida (2.326 personas), el 70% tienen una dependencia grave y el 30% tienen reconocida una dependencia moderada.

Con respecto a estas cifras hay que añadir que aproximadamente el 50% de las personas con enfermedad mental no solicitan reconocimiento de su situación de dependencia por diversos motivos, fundamentalmente por temor a la estigmatización social que produce este tipo de patología.

■ Impacto económico.

Los trastornos mentales son el grupo de enfermedades con mayor coste directo y total para el sistema sanitario en los países occidentales. Aunque no se dispone de suficientes datos para valorar el impacto económico exacto que esta carga de enfermedad supone en Europa, se considera que el coste se sitúa entre el 3 y el 4% del Producto Nacional Bruto del conjunto de la UE, superando los 182.000 millones de euros anuales. El 46% de dicho gasto corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral. Los trastornos mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal, y en torno al 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente.

En España no hay información oficial sobre el impacto económico de las enfermedades mentales. Salvador-Carulla (2007) ha afirmado que España no pudo aportar datos a la OMS sobre el gasto y la financiación en salud mental para elaborar el Atlas de la Salud Mental en el Mundo (17). Tampoco en Cantabria disponemos de información oficial sobre el impacto económico de las enfermedades mentales, aunque se puede hacer una estimación a partir de la actividad asistencial que generan, el gasto farmacéutico y las bajas laborales atribuibles a la enfermedad mental.

a) **Actividad asistencial en salud mental en Cantabria.** En Cantabria carecemos de un sistema de información de salud mental que permita conocer exactamente las características y diagnósticos de la población atendida en los dispositivos de salud mental. Las cifras que se presentan a continuación son las relacionadas con la actividad asistencial global en el año 2013.

Hospitalización Psiquiátrica a Tiempo Completo (HUMV)	
Nº de ingresos	860
Estancia media (días)	11,3

Hospitalización Psiquiátrica a Tiempo Parcial	Ingresos (días de estancia)
Hospital de Día de Psiquiatría (HPP) Santander	2.362
Hospital de Día de Psiquiatría (HPP) Torrelavega	2.730
Hospital de Día de TCA	2.131

Consultas ambulatorias en las USM	Nuevas	Sucesivas
USM Puerto Chico	1.983	9.743
USM López Albo I	2.214	8.177
USM López Albo II	891	2.591
USM López Albo III	1.851	8.308
USM Torrelavega	3.106	12.289
USM Laredo	1.847	7.400
USM Infantojuvenil Santander	1.344	8.729
USM Infantojuvenil Torrelavega	688	2.658

Consultas ambulatorias en las UAD (drogodependencias)	Pacientes nuevos	Pacientes totales
UAD Santander	405	920
UAD Torrelavega	139	208
UAD Laredo	137	543

Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas	
Nº de ingresos	117
Estancia media (días)	129,3
Consultas externas	1.716

Centro de Media Estancia Psiquiátrica C. H.P. Menni (concertado)	
Nº de ingresos	76
Estancia media (días)	91

Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes (Fundación SBS)	
Nº de ingresos	84
Casos totales atendidos	178
Estancia media (días)	67

b) Gasto farmacéutico en Cantabria relacionado con la salud mental: El gasto farmacéutico en el grupo de psicofármacos alcanza un porcentaje muy relevante en Cantabria.

AÑO	Gasto grupo N05A, N05B, N05C y N06A	Nº ENVASES	% GASTO DE PSICOFARMACOS
2011	16.811.993	1.523.098	9,89%
2012	14.214.477	1.537.466	9,02%
2013	14.693.501	1.559.115	9,59%

c) Bajas laborales atribuibles a la enfermedad mental: En Cantabria se pierden en torno a 2 millones de días de trabajo por problemas relacionados con la salud mental. Estas cifras constituyen el 11% del total de días perdidos por incapacidad laboral en nuestra comunidad.

■ Análisis de los grupos diagnósticos relacionados (GRD).

A continuación se presentan los 10 GRD (grupos diagnósticos relacionados) con mayor impacto en la actividad asistencial del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en 2013.

GRD Cod.	GRD Descripción	Nº	Estancia Media	GRD Peso
430	Psicosis	374	16,2	1,39
428	Trastorno de personalidad y control de impulsos	58	11,3	0,92
427	Neurosis, excepto depresiva	42	10,0	0,74
751	Abuso o dependencia de alcohol sin complicaciones	37	4,9	0,58
427	Neurosis depresiva	35	10,7	0,61
748	Abuso o dependencia de cocaína u otras drogas sin complicaciones	19	11,4	0,76
429	Alteraciones orgánicas y retraso mental	17	16,1	1,40
750	Abuso o dependencia de alcohol con complicaciones	15	8,6	0,88
425	Reacción de adaptación aguda y disfunción psicosocial	13	8,3	0,65
450	Envenenamiento y efecto tóxico drogas (>17 años) con complicaciones	13	9,0	0,60

■ Factores de riesgo implicados.

Son varios los factores relacionados con la aparición de trastornos mentales.

- **Sexo:** La prevalencia de trastornos mentales en las mujeres es casi el doble de la detectada en varones en casi todos los estudios. La mayor vulnerabilidad de las mujeres no aparece en todas las categorías diagnósticas, sino que se circunscribe a los trastornos depresivos y ansiosos, sin observarse diferencias significativas en los trastornos esquizofrénicos y bipolares. También se observa mayor vulnerabilidad de los hombres para sufrir trastornos de personalidad, demencias y consumo patológico de alcohol u otras sustancias.
- **Presencia de patología somática:** Existe una gran comorbilidad entre los problemas de salud física y los trastornos mentales (18, 19). También se observa una elevada prevalencia de problemas de salud mental en personas que están limitadas en la realización de sus actividades cotidianas (20).
- **Situación económica:** En situaciones de crisis económica prolongada existen tasas más altas de alcoholismo y drogadicción, depresión, suicidio y otros problemas de salud mental (21).

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

1) El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar constituye una declaración intersectorial sobre las acciones en salud mental en Europa (22). El Pacto aborda cinco áreas prioritarias, apoyadas en cinco documentos de consenso, que son:

- La salud mental entre los jóvenes y en la educación.
- Prevención del suicidio y de la depresión.
- La salud mental en el entorno laboral.
- La salud mental de las personas mayores.
- Luchar contra el estigma y la exclusión social.

Los objetivos del Pacto son apoyar e informar a los estados miembros y a otros actores interesados, promover las mejores prácticas, alentar el desarrollo de acciones para afrontar los principales desafíos que atañen a la salud mental y reducir las desigualdades sociales. El 18 de enero de 2009 el Parlamento Europeo adoptó la resolución 2008/22009 (Informe A6-0034/2009) en la que se asumen los postulados y propuestas del Pacto, así como un conjunto de llamadas a desarrollar acciones relativas a la salud mental, tanto a nivel nacional como a nivel europeo.

2) La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 consta de 5 líneas estratégicas principales:

- Línea Estratégica 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.
- Línea Estratégica 2: Atención a los trastornos mentales.
- Línea Estratégica 3: Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
- Línea estratégica 4: Formación del personal sanitario.
- Línea Estratégica 5: Investigación en salud mental.



Misión, visión y valores del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019.

■ Misión.

La misión del Plan de Salud Mental de Cantabria es definir y establecer las actuaciones más efectivas para mejorar el conocimiento de los niveles de salud mental y ofrecer la mejor atención posible a las necesidades en materia de salud mental de los ciudadanos de Cantabria, en el marco del modelo comunitario e intersectorial, proporcionando atención integral en salud mental de forma multidisciplinar, eficiente, segura, oportuna, satisfactoria y respetuosa con la dignidad del paciente para lograr su mejor recuperación, su máxima autonomía, su reintegración social y la continuidad de cuidados.

■ Visión.

Se pretende dar un salto cualitativo y cuantitativo en la atención a la salud mental en Cantabria, estableciendo nuevas formas de relación con los pacientes y entre los profesionales, y compartiendo con los ciudadanos el conocimiento sobre la salud mental con apoyo en las nuevas tecnologías de la información. Se introducirán cambios en el sistema que le permitirán alcanzar óptimos niveles de calidad y ofrecer a la población servicios de referencia en salud mental en el sector sanitario público, teniendo como principios básicos de nuestra actividad respetar y promover la independencia, la autonomía y la dignidad de las personas, así como la responsabilidad frente a los pacientes, sus familias y la sociedad en general.

■ Valores.

- El compromiso con extender al ámbito de la salud mental, de manera inequívoca, los principios de universalidad, accesibilidad y equidad consagrados en nuestro modelo sanitario para la atención a la salud.
- La concepción integral de la salud mental y del abordaje de los trastornos mentales, ofreciendo un modelo de atención multidisciplinar y coordinado, basado en los avances científicos, fomentando el trabajo en equipo, la continuidad asistencial y la gestión clínica.
- El respeto a la dignidad de los pacientes, la honradez, la profesionalidad y la dedicación, mediante el trabajo multidisciplinar basado en la cooperación y el compromiso en la consecución de objetivos comunes.
- El fomento de una cultura organizativa centrada en la mejora continua desde la gestión del conocimiento, la transparencia, la investigación, la formación continuada y la implicación en los procesos de cambio.

- El valor de las actuaciones de promoción de la salud mental y de prevención de los trastornos mentales, actuando lo más cerca posible de su origen y en colaboración con todas las instituciones implicadas.
- La participación como un modo habitual de planificar, evaluar y replantear las actuaciones en el ámbito de la salud mental, sobre la base de una información permanente que haga de la Red de Salud Mental de Cantabria un servicio transparente a los ciudadanos.



Los programas del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019.



1.

PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS.

Entre siete y ocho personas de cada mil padecerán esquizofrenia a lo largo de su vida, y hasta quince pueden llegar a padecer un trastorno bipolar. Cuando utilizamos una definición amplia de psicosis (incluyendo psicosis afectivas y no afectivas) la prevalencia a lo largo de la vida se estima en un 3%.

Las psicosis aparecen entre las grandes causas de discapacidad en el mundo. En el grupo de edad comprendido entre los 15 y 44 años, el trastorno bipolar ocupa la sexta posición, con la octava posición para la esquizofrenia. El impacto económico para la sociedad es especialmente alto, siendo los costes indirectos los principales responsables de este elevado gasto. Además, se sabe que también las familias de las personas afectadas por trastornos psicóticos sufren una considerable sobrecarga. Por todo ello, la atención a esta patología se considera de máxima relevancia, debiéndose implicar en dicha actividad también a los servicios de atención primaria de salud.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

■ Impacto sanitario y social.

■ Epidemiología.

La prevalencia puntual de la esquizofrenia a lo largo de la vida se sitúa en el 4,6 ‰. En España se estima que la padecen unas 400.000 personas y se cree que muchas otras están sin diagnosticar. Al mismo tiempo la incidencia de la enfermedad se sitúa en torno al 1 por diez mil al año. La tasa de incidencia de esquizofrenia es ligeramente mayor en hombres que en mujeres. La edad de presentación se sitúa entre los 15 y los 35 años (50% por debajo de los 25 años), siendo infrecuente después de los 40 años. Se presenta más frecuentemente en individuos solteros, en grupos de bajo nivel socioeconómico y en emigrantes.

La prevalencia del trastorno bipolar tipo I se sitúa entre el 0,4 y el 1,6 ‰ de la población general, siendo igual para ambos sexos, mientras que en el trastorno bipolar tipo II está en torno al 0,5%, siendo más prevalente en mujeres. Esta prevalencia puede ser más alta si consideramos en su conjunto las enfermedades del llamado “espectro bipolar”. La incidencia anual se sitúa entre 0,9 y 1,5 nuevos casos por 100.000 habitantes y año en los hombres, y entre 0,7 y 3 nuevos casos por 100.000 habitantes y año en las mujeres.

En estudios epidemiológicos realizados en los servicios de atención primaria de salud destacan unas cifras relativamente altas de prevalencia para las psicosis en conjunto (3,1% en población atendida en este nivel asistencial), siendo también dignos de tenerse en cuenta la elevada frecuentación y el alto consumo de recursos que estos pacientes generan en los dispositivos sanitarios. Asimismo, el GRD 430 (Psicosis) es el que tiene mayor impacto en la hospitalización psiquiátrica en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

■ Morbilidad y mortalidad.

Los pacientes con psicosis sufren una reducción en su esperanza de vida de unos 20-25 años en el caso de la esquizofrenia, y entre 10 y 15 años en los pacientes con trastorno bipolar. Se ha estimado que la SMR (standardized mortality ratio) por cualquier causa de muerte es de 1,57-2,58 en esquizofrenia, con el suicidio con el mayor SMR (12,86), muertes por causas cardiovasculares (1,79) y muertes por cáncer (1,37). El suicidio consumado se produce hasta en el 15% de los casos en las formas más graves de trastorno bipolar.

La elevada mortalidad entre los pacientes con trastornos psicóticos se ha relacionado con la alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (sedentarismo, obesidad, tabaquismo, hiperlipidemia e hipertensión) y la ausencia de hábitos saludables. La prevalencia del riesgo metabólico y cardiovascular en la esquizofrenia asciende al 37% frente al 24% de la población

general. Potenciar los factores generales que reducen la mortalidad en la población general (ejercicio físico, tensión arterial controlada, no fumar, control del peso y tasa de colesterol en sangre) debe ser un objetivo prioritario en esta población (23, 24).

Es importante destacar que el coste sanitario asociado al tratamiento de estas enfermedades psiquiátricas graves se eleva de manera considerable (aproximadamente un 45%) cuando existe comorbilidad con patología física (hipertensión, obesidad, diabetes, etc.).

La presencia simultánea de un trastorno adictivo y un trastorno mental en un individuo se define como patología dual. Esta comorbilidad es frecuente en la población que acude a los servicios de salud mental y se asocia con mayor utilización de los servicios sanitarios, mayor gravedad, mayor discapacidad funcional y peor curso evolutivo. En el estudio piloto sobre la patología dual realizado por la Sociedad Española de Patología Dual se detectó una prevalencia del 34%, siendo mayor en la red de atención al drogodependiente que en la de salud mental. Se han detectado cifras de prevalencia de trastorno mental entre el 65 y el 85% entre adictos en tratamiento y un 45% de trastornos por uso de sustancias entre pacientes psiquiátricos. El curso y tratamiento de enfermedades mentales graves se suelen complicar por la coexistencia de un trastorno por uso de sustancias (25, 26).

El conocimiento de la distribución y prevalencia de la patología dual y de las características de estos pacientes puede ayudar a optimizar los recursos sanitarios. Un porcentaje importante de pacientes con patología dual no son detectados ni diagnosticados correctamente, lo que implica que no tienen la oportunidad de ser tratados adecuadamente.

Este diagnóstico dual se acompaña en muchos casos de complicaciones, que incluyen comorbilidad con enfermedades físicas (infección por VIH, VHC y otras), salud general y autocuidados más pobres, conductas sexuales de riesgo, pobre adherencia a los tratamientos y mayor riesgo de suicidio, violencia y conductas criminales. Todos estos factores contribuyen a aumentar la carga asistencial y reducen la capacidad del sistema para tratar adecuadamente a pacientes con patología dual complicada.

Es importante destacar que el coste sanitario asociado al tratamiento de estas enfermedades psiquiátricas graves se eleva de manera considerable (aproximadamente un 45%) cuando existe comorbilidad con patología física (hipertensión, obesidad, diabetes, etc.).

■ Situación de partida en Cantabria.

La asistencia a las personas con trastornos psicóticos y la investigación de estas patologías constituye una de las áreas de excelencia de la salud mental en nuestra comunidad, existiendo programas consolidados de asistencia a primeros episodios (PAFIP: Programa de Atención a Fases Iniciales de Psicosis) y programas de detección precoz (P3: Programa de Prevención de Psicosis), así como también programas específicos de rehabilitación y de formación e inserción laboral (INICIA) para personas con trastorno mental grave. En Cantabria existen dispositivos hospitalarios y ambulatorios que permiten el tratamiento de los pacientes y sus familias en las distintas etapas de la enfermedad. Estos programas y dispositivos se pueden beneficiar de la implementación de estrategias de acción que permitan afrontar nuevos retos asistenciales en el cuidado de las personas con enfermedades psicóticas.

El abordaje de la comorbilidad entre conductas adictivas y otros trastornos mentales graves es, sin embargo, muy mejorable en Cantabria, existiendo descoordinación e incluso confusión derivada de la existencia de dos redes asistenciales (salud mental y drogodependencias). Esto repercute negativamente en muchos pacientes, que padecen el llamado «síndrome de la puerta equivocada». Los pacientes con patología dual no aciertan con la entrada correcta para su trastorno y frecuentemente deambulan entre ambas redes, la mayor parte de las veces sin hallar una respuesta adecuada.

Estos pacientes presentan, además, una serie de dificultades para el tratamiento, como escasa conciencia de enfermedad, dificultad para lograr la abstinencia, peor tolerancia y mayor sensibilidad a ciertos efectos secundarios -como los síntomas extrapiramidales-, frecuente incumplimiento de los tratamientos o escasa adherencia al centro asistencial. Así, esta población de pacientes presenta necesidades clínicas específicas, como mejorar el enfoque diagnóstico de su problema, una mayor accesibilidad a los dispositivos y la permanencia en un tratamiento que debe ser integrado.

Se acepta hoy en día que el abordaje terapéutico de esta población requiere el establecimiento de un modelo asistencial integrado, actuando simultáneamente sobre ambos tipos de patologías por parte de un mismo equipo terapéutico. Este modelo debe contemplar la asistencia hospitalaria completa y parcial, tratamiento ambulatorio y atención en dispositivos intermedios comunitarios, todo ello adecuado a los diferentes niveles de gravedad.

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

Se han puesto en marcha diversas estrategias orientadas al manejo global de los trastornos psicóticos, tanto en España como en los países de nuestro entorno, promovidas por organizaciones supranacionales, con la elaboración de documentos y guías que abordan las cuestiones comentadas y establecen prioridades en las actuaciones:

- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005).
- Libro Verde sobre Salud Mental (Unión Europea, 2005).
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Gobierno de España, 2007).
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (Unión Europea, 2008).
- Informe sobre la Salud Mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2009, INI).

De acuerdo con las estrategias propuestas, el pronóstico de estas enfermedades va a estar muy relacionado, en la mayoría de los casos, con la detección y tratamiento temprano de la enfermedad y un adecuado cumplimiento terapéutico. Los esfuerzos asistenciales dedicados a conseguir mejorar el pronóstico y reducir el grado de discapacidad asociado a la enfermedad se han centrado en el diseño e implementación de programas asistenciales específicos para el tratamiento de los síntomas y la atención a las necesidades de los pacientes que debutan con una enfermedad psicótica, y de sus familiares. De esta manera se pretende hacer una prevención secundaria y terciaria de la enfermedad (27-29).

Mientras en las décadas pasadas ha existido un desarrollo de programas y unidades asistenciales centradas en el tratamiento de las secuelas o déficits ya establecidos en las personas con estas enfermedades, en la actualidad los esfuerzos asistenciales se deben centrar principalmente en evitar la aparición de dichos déficits, disminuir el riesgo de muerte temprana y desarrollar programas específicos que se adecuen a la realidad de la existencia simultánea de trastornos adictivos y psicóticos, que empeoran claramente el pronóstico de estas patologías.

Otro aspecto clave será el diseño de programas de atención a la salud física de estos pacientes, que debido a efectos del tratamiento o al cambio en sus hábitos de vida se hallan en riesgo de ver reducida su expectativa de vida y de padecer otras enfermedades. Los pacientes psicóticos presentan muy frecuentemente factores de riesgo cardiovascular, como tabaquismo, sedentarismo y dieta rica en grasas; y padecen con mayor asiduidad trastornos metabólicos como la obesidad (dos y tres veces superior a la población general), diabetes mellitus tipo 2, dislipemias, hipertensión arterial y síndrome metabólico. Los estudios han demostrado que estos pacientes son tan sensibles como la población general a las medidas orientadas a mejorar la salud física.

Los pacientes que sufren una psicosis tienen mayor probabilidad de permanecer inactivos (riesgo relativo = 3,3) comparados con aquellos que no sufren psicosis. La mayoría de las guías para el manejo del riesgo de salud física en pacientes con esquizofrenia señalan la relevancia de aumentar los niveles de actividad física y ejercicio. La actividad física produce disminución de peso y de los niveles plasmáticos de glucosa e insulina, así como un mejor control de la presión sistólica y diastólica.

El aumento del número de pacientes con patología dual y la necesidad de optimizar la atención a este colectivo está generando en los últimos años un creciente interés, no solo técnico sino también político, dentro y fuera de nuestras fronteras. Dicha circunstancia se va concretando en el aumento de iniciativas de todo tipo para mejorar la atención a estos pacientes (30, 31).

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

Con el fin de mejorar la atención a las personas que sufren una psicosis y reducir el tiempo de psicosis sin tratar en Cantabria se plantean los siguientes objetivos:

■ **Objetivo general 1:** Consolidar y potenciar los programas de intervención temprana en psicosis afectivas y no afectivas.

Objetivos específicos:

- 1.1. Desarrollar en todas las áreas sanitarias de Cantabria un programa integral de detección y atención temprana a la psicosis orientado a la recuperación, basado en la evidencia disponible y con continuidad de una atención intensiva durante los 5 primeros años tanto de psicosis afectivas como no afectivas.
- 1.2. Desarrollar planes de formación para el personal relacionado con la implementación y participación en un programa de intervención temprana.
- 1.3. Promover y facilitar la formación continuada y la investigación clínica en todas las áreas implicadas en la atención a la psicosis como elementos de mejora continua.
- 1.4. Adoptar medidas en la organización de los actuales servicios de salud mental que prioricen el acceso rápido a la atención que se presta a aquellas personas que presentan estados mentales de alto riesgo de un primer episodio de psicosis y a sus familias.
- 1.5. Incrementar los recursos humanos y materiales de los dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental de Cantabria para la creación de equipos transversales específicos de atención temprana a la psicosis, de modo que se garantice su continuidad y la extensión a todos los usuarios del Servicio Cántabro de Salud.

Objetivo general 2: Aumentar la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas con psicosis mediante el fomento de programas que mejoren la actividad física y la salud física.

Las líneas de actuación para alcanzar este objetivo se orientarán a la detección y manejo protocolizado de la comorbilidad física en pacientes con psicosis, la detección y el tratamiento de problemas metabólicos.

El programa de detección de problemas de salud física incluirá medidas de prevención e indicadores de su aplicación y de sus resultados. Será esencial la colaboración entre la atención primaria y las unidades de salud mental, y la implicación de los familiares de los pacientes.

Objetivos específicos:

- 2.1. Realizar una revisión de los distintos problemas de salud física más prevalentes en esta población según niveles de evidencia científica y elaborar recomendaciones preventivas, terapéuticas y de seguimiento de los mismos.
- 2.2. Dedicar, de acuerdo con los resultados de la revisión, una atención especializada y progresiva a determinadas problemáticas en función de la edad, riesgo y tipos de comorbilidad.
- 2.3. Instaurar protocolos de coordinación entre los distintos niveles de asistencia para detectar y manejar adecuadamente la comorbilidad física y el riesgo cardiovascular en pacientes con psicosis.
- 2.4. Incluir, en los planes de formación para atención primaria y salud mental, temas relacionados con la mejora de la calidad de vida, la comorbilidad somática y el riesgo cardiovascular en las personas con psicosis.
- 2.5. Incluir, en los protocolos de actuación para la mejora de la calidad de vida, la comorbilidad somática y el riesgo cardiovascular en las personas con psicosis, intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares.

Objetivo general 3: Desarrollar una red asistencial específica para mejorar la calidad de la atención a las personas con patología dual en Cantabria, potenciando la integración funcional de los dispositivos de salud mental y los centros de atención a drogodependencias.

Con un modelo de integración funcional se hace necesario diseñar procedimientos de coordinación entre los distintos dispositivos asistenciales ya existentes a través de protocolos integrados que incluyan la gestión compartida e interconsulta de casos. Se debe establecer cuál es el grado de responsabilidad de cada uno de los profesionales que pueden intervenir sobre un mismo caso.

Objetivos específicos:

- 3.1. Desarrollar programas específicos para abordar la existencia simultánea de trastornos adictivos y psicóticos.

Estos programas deben garantizar una adecuada valoración y tratamiento simultáneos de ambos trastornos, definiendo perfiles y niveles de complejidad y gravedad, y asignando el dispositivo asistencial adecuado según el momento evolutivo de la patología.

- 3.2. Elaborar un protocolo de tratamiento integral individualizado para cada paciente, con intervenciones coordinadas de los servicios que atienden el mismo caso y con objetivos revisables periódicamente, con el fin de evitar duplicidades y asegurar la continuidad asistencial.
- 3.3. Establecer procedimientos de apoyo desde la Red de Salud Mental de Cantabria a los dispositivos asistenciales para pacientes con trastornos por consumo de sustancias, para la detección y tratamiento precoz de la patología dual.
- 3.4. Potenciar la formación y sensibilización de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con patología dual, estableciendo programas específicos de formación continuada.
- 3.5. Fomentar la coordinación entre la Red de Salud Mental y los servicios sociales para complementar las aportaciones desde ambos entornos para personas con patología dual, y de éstos con el sistema judicial, para favorecer que los aspectos legales no contaminen o limiten la intervención terapéutica.
- 3.6. Fomentar la investigación relacionada con la patología dual para evaluar resultados y generar nuevas evidencias para el desarrollo de un modelo más eficaz de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- 3.7. Desarrollar estrategias de información dirigidas a los pacientes con patología dual y familiares sobre recursos y servicios que pueden utilizar.
- 3.8. Establecer mecanismos de apoyo y asesoramiento a las asociaciones de familiares y pacientes con patología dual para que puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo, lucha contra el estigma y defensa de sus derechos.

1.

2.

TRASTORNOS DEPRESIVOS.

La depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo y es actualmente la causa más importante de años perdidos de vida debido a discapacidad. Se espera que llegue a ser, en el año 2030, la enfermedad que más contribuya a la carga total por enfermedad en todo el mundo. España se sitúa a la cabeza de Europa en cuanto a prevalencia de este trastorno, con un 3,9% de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida para el episodio depresivo mayor.

Ante esta realidad, también presente en Cantabria, resulta prioritario poner en marcha estrategias específicas de tipo preventivo y asistencial, así como reducir en lo posible la carga social y sanitaria producida por la depresión.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

■ Impacto sanitario y social.

■ Epidemiología.

El World Mental Health Survey, realizado en 17 países, señala que una de cada 20 personas había sufrido un episodio depresivo el año previo. España, según las estadísticas de morbilidad percibida y diagnóstico de depresión, se sitúa a la cabeza de Europa en cuanto a prevalencia de este trastorno (32). Sin embargo, sólo el 57% de las personas que padecen depresión, el 30% de las que padecen ansiedad y el 71% de los que padecen ambos trastornos consultaron con los servicios de salud, y el 31% de ellos no recibieron tratamiento.

■ Morbilidad y mortalidad.

El riesgo relativo de muerte en personas deprimidas frente a no deprimidas se ha estimado entre el 1,39 y el 2,49 (33-35). El estudio de Lawrence señala que entre las personas con depresión todas las causas de muerte se incrementaban hasta dos veces (36).

Las tasas de mortalidad por depresión evaluadas a partir de los informes de defunción son muy bajas, estimándose un riesgo medio anual de 3‰ (37), si bien un 15% de las personas con depresión puede llegar a fallecer por suicidio. Sin embargo, teniendo en cuenta que en un 30-45% de los suicidios consumados (en algunos estudios el 85%) la depresión es el antecedente principal, deberían contabilizarse como atribuibles a la depresión una gran parte de las muertes por suicidio.

■ Discapacidad derivada.

El grado de deterioro funcional debido a la depresión es similar al producido por otras enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, infarto, ictus...) y equivalente a una edad doce años mayor que la real.

El estudio de la OMS sobre carga global de la enfermedad en el año 2000 (38) señala que los trastornos depresivos continúan siendo una de las principales causas de “años de vida ajustados por discapacidad” (DALYs) en el mundo. Globalmente suponen el 4,46% de los DALYs totales y el 12,1% de los “años de vida vividos con discapacidad”. Las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias bajas, el SIDA y la depresión unipolar constituyen las cuatro principales causas de DALYs para ambos sexos de forma combinada.

La depresión se convertirá, en el año 2020, en la segunda causa mundial de discapacidad y, en el año 2030, en la enfermedad que más contribuya a la carga total por enfermedad. Además, las cargas producidas por la depresión son un 50% más altas para la mujer que para el hombre.

Detrás de estas cifras, que señalan la importancia de la depresión para la salud pública, existen seres humanos que sufren. El grado de sufrimiento psíquico de una persona con depresión sólo puede ser adecuadamente valorado si consideramos que muchos pacientes prefieren la muerte a seguir sufriendo de ese modo. Además, las personas cercanas a pacientes depresivos que se han suicidado pueden sufrir también trastornos mentales que precisan tratamiento específico y suponen muchas veces una espiral de enfermedad y discapacidad en el entorno del paciente deprimido.

■ Factores de riesgo implicados.

Se han descrito algunas variables que incrementan el riesgo de depresión:

- Circunstancias socio-demográficas y laborales: Sexo (mayor prevalencia en mujeres), estado civil (mayor prevalencia en separados, viudos y divorciados), edad (mayor prevalencia en el grupo de 50-64 años), pobreza, desempleo o realización de actividades distintas a estar trabajando (amas de casa, estudiantes o jubilados), discapacidad, baja laboral por enfermedad o por maternidad, estrés crónico y exposición a adversidades a lo largo de la vida.
- Factores genéticos: Los familiares cercanos de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de probabilidades de presentar depresión que la población general.
- Enfermedades crónicas: Se incluyen enfermedades físicas (cardíacas, endocrinas -como la diabetes, hipo o hipertiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Addison y amenorrea hiperprolactinéica-) y mentales (comorbilidad con alcoholismo, tabaquismo, personalidad neurótica, ansiedad, distimia, ataques de pánico).

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

En Europa, el Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar establece como una de sus cinco prioridades la prevención del suicidio y de la depresión. En España, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (3), dentro de su objetivo general 2 (Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general), establece como objetivo 2.3 realizar y evaluar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo; y como objetivo 2.7 incluir en los planes de prevención de la depresión y consumo de sustancias acciones encaminadas a mejorar las condiciones sociales determinantes de vulnerabilidad diferencial de mujeres y hombres. Como recomendaciones para este objetivo se propone desarrollar intervenciones preventivas, preferentemente talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio, en cada uno de los siguientes entornos: 1) centros docentes; 2) instituciones penitenciarias; y 3) residencias geriátricas.

La Federación Mundial para la Salud Mental y la OMS señalan tres prioridades fundamentales de actuación: prevención de la depresión, manejo de la depresión y reducción de la carga producida por la depresión.

1. **Prevención:** Respecto a la prevención primaria, los acercamientos preventivos comunitarios incluyen programas en la escuela para prevenir el abuso escolar, y para mejorar las habilidades sociales y la resolución de problemas en niños y adolescentes. También han resultado eficaces las intervenciones para padres de niños con alteraciones de conducta. Igualmente, los programas de ejercicio físico en ancianos también parecen prevenir la depresión.

En prevención secundaria, se han realizado programas de sensibilización entre la población para el reconocimiento de los síntomas de la depresión, y son igualmente prioritarios los programas entre médicos de atención primaria para conseguir un adecuado diagnóstico y tratamiento de este trastorno en sus fases más tempranas.

En prevención terciaria, la cartera de servicios debe incluir programas de rehabilitación psicosocial para minimizar las secuelas causadas por los cuadros depresivos más graves.

2. **Manejo de la depresión:** Se deben seguir las guías de buena práctica clínica establecidas al respecto. En nuestro medio, entre las guías de práctica clínica (GPC) del Sistema Nacional de Salud, se encuentra la GPC sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto, que establece las pautas generales para el tratamiento de la depresión y que debe ser ampliamente difundida, sobre todo entre los profesionales de atención primaria. El uso adecuado de fármacos y psicoterapia reduce de forma significativa la morbi-mortalidad por depresión.
3. **Reducción de la carga producida por la depresión:** Existen estrategias bien definidas y con suficiente evidencia científica, en términos clínicos, sociales y económicos, que pueden ser efectivas para reducir esta carga. Así, el abordaje inicial y general de la depresión en atención primaria, con intervenciones clave como el tratamiento con antidepresivos y la psicoterapia breve, constituyen estrategias viables, asequibles y coste-efectivas.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

En Cantabria, hasta el momento, no se ha iniciado ninguna acción específica en relación con estos objetivos, por lo que se proponen los siguientes:

■ **Objetivo general 1:** Implantar un plan de prevención integral de la depresión mediante actuaciones en diferentes niveles.

Objetivos específicos:

- 1.1.** Desarrollar a nivel comunitario proyectos para mejorar las estrategias de afrontamiento y manejo de estrés en sectores específicos de población identificados como grupos de riesgo de desarrollar depresión o cometer suicidio (prevención primaria).

Este objetivo coincide con el objetivo 2.1 del programa "Suicidio".

Los proyectos irán orientados en lo posible a actuar sobre los factores predisponentes y a reducir los factores precipitantes de depresión y conductas suicidas, potenciando los mecanismos de protección y mejorando las redes de apoyo social del individuo en situación de riesgo.

Se utilizarán intervenciones de efectividad contrastada para mejorar la "resiliencia", tales como técnicas de afrontamiento del estrés, búsqueda activa de apoyo social, técnicas de solución de problemas, potenciación de la autoestima y desarrollo de competencias en habilidades sociales.

Los proyectos incluirán líneas de coordinación con el medio educativo, servicios sociales y corporaciones locales para facilitar la detección precoz de síntomas depresivos y distinguirlos del malestar o los cambios evolutivos esperables a lo largo de la vida.

- 1.1.1.** Desarrollar un proyecto de intervención universal dirigido a la población no identificada como grupo de riesgo.
- 1.1.2.** Desarrollar un proyecto de intervención selectiva para grupos identificados de riesgo de padecer depresión.
- 1.1.3.** Desarrollar un proyecto de intervención en individuos de alto riesgo de padecer depresión.

- 1.2.** Implementar programas de sensibilización en atención primaria para el diagnóstico precoz de la depresión (prevención secundaria), y entre la población general para el reconocimiento de síntomas depresivos.

1.2.1. Desarrollar campañas de difusión de material informativo sobre la depresión y la prevención del suicidio entre la población general y en atención primaria.

1.2.2. Colaborar con la Escuela Cántabra de Salud en proyectos de promoción, educación sanitaria e innovación social relacionados con la depresión, a través de las tecnologías de la información y la comunicación.

- 1.3.** Aplicar en los dispositivos de la Red de Salud Mental estrategias de rehabilitación psicosocial para la minimización de las secuelas tras padecer un episodio depresivo (prevención terciaria).

Estas estrategias se desarrollarán, según la gravedad y afectación funcional de los pacientes, en programas transversales vinculados a las unidades de salud mental o en los centros de rehabilitación psicosocial.

■ **Objetivo general 2:** Mejorar el manejo de la depresión estableciendo guías clínicas comunes para atención primaria y especializada, homogeneizando los criterios diagnósticos y el tratamiento de la depresión.

Objetivos específicos:

- 2.1. Elaborar e implantar una guía clínica de atención a la depresión en atención primaria.
- 2.2. Establecer un protocolo para la derivación de pacientes con depresión desde atención primaria a los servicios especializados de salud mental.
- 2.3. Elaborar e implantar una guía clínica de tratamiento de la depresión en los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental de Cantabria.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

SUICIDIO.

El suicidio es la primera causa de muerte en España por factores externos, incluso por delante de los accidentes de tráfico. A nivel mundial el suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años.

En Cantabria, en el año 2013 se registraron 42 muertes por esta causa. Los expertos estiman que los datos reales de fallecimientos por suicidio alcanzarían el doble de esta cifra al año, produciéndose entre 10 y 20 tentativas de suicidio por cada suicidio consumado. El suicidio es una causa de muerte que puede prevenirse en muchos casos, y supone un auténtico drama humano y social, tanto para el que lo lleva a cabo como para su entorno más cercano.

■ Impacto sanitario y social.

■ Epidemiología.

La OMS, en su documento “Public health action for the prevention of suicide” (2012), señala que casi un millón de personas al año mueren por suicidio. Los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres y los suicidios consumados más frecuentes en los varones. Entre el 15 y el 30% de personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año y hasta el 2% de ellos realizarán un suicidio consumado en los siguientes 5-10 años tras la tentativa. El 80% de los que realizaron un suicidio consumado lo habían avisado previamente. El 50% de los suicidas habían comunicado esta ideación a un médico en el mes anterior; y el 25% de ellos acudieron a una consulta médica en la semana previa.

■ Discapacidad derivada.

En 1998, el suicidio constituía el 1,8% del total de carga producida por enfermedades en todo el mundo, y se estima que alcance el 2,4% en el 2020 (39). Los jóvenes son un grupo de población cada vez más vulnerable a las conductas suicidas, siendo la segunda causa de muerte entre los 15 y los 19 años, y la tercera entre los 15 y los 44 años (40), afectando por tanto de manera especial a las personas en una época de la vida muy productiva. En el otro extremo del espectro de edades, los ancianos son también un grupo de alto riesgo en muchos países.

Al inicio de la década de los 90 se evidenció en diversos países un aumento en la mortalidad y morbilidad por suicidio. Esta situación se produjo, en parte, por el control efectivo de otras causas de muerte y el incremento en la esperanza de vida, lo que creó un grupo mayor de personas en riesgo de conductas suicidas. Las Naciones Unidas y la OMS comenzaron entonces a desarrollar un trabajo creciente para conseguir que se diseñen planes nacionales globales que afronten el problema de una forma coste-efectiva (41-44).

Cuando la ONU elaboró sus primeras guías en esta línea, sólo el gobierno de Finlandia asumió el compromiso de financiar un plan nacional para la prevención del suicidio. Quince años después, más de 25 países, entre los que no se encuentra España, han desarrollado estrategias nacionales para la prevención del suicidio.

En 2008, el suicidio se identificó por la OMS como una acción prioritaria en el “Mental Health Gap Action Programme” (mhGAP) (45). Esta organización señala que al tratarse de un problema de salud pública con posibilidades ciertas de prevención, resulta imperativo para los gobiernos de los distintos países dedicar recursos financieros y humanos para la prevención del suicidio.

En nuestro país, mientras que los fallecimientos en la carretera se van reduciendo gracias a políticas de prevención, la cifra de personas que se suicidan sigue su senda ascendente y aumenta cada año. Aunque la conducta suicida es pluricausal y compleja, interviniendo no sólo factores sanitarios, sino también psicológicos y sociológicos de muy diversa índole, se estima que hasta en un 95% de los suicidios existe un componente psicopatológico en su etiología. Aunque se han desarrollado algunos programas de prevención para ayudar a enfermos mentales a canalizar las conductas suicidas, no existe en nuestro país una política preventiva, con planes, programas y campañas, similar a la que se ha realizado, con gran éxito, para mejorar la seguridad vial y reducir la mortalidad en la carretera.

■ Factores de riesgo implicados.

Los siguientes factores pueden incrementar el riesgo de suicidio:

- Comorbilidad con otros trastornos mentales: Estados depresivos, psicosis, trastornos de la personalidad y trastornos por consumo de sustancias. También se han señalado como factores de riesgo la presencia de ideas de desesperanza, las ideas previas de suicidio, los parasuicidios previos, los contenidos suicidas en la psicopatología psicótica, así como la comunicación previa de la intencionalidad suicida.
- Factores socio-demográficos: Ser varón, joven, vivir solo, en desempleo, permanecer soltero, estar divorciado o viudo.
- Situaciones relacionadas con el episodio mórbido actual: Sufrir una recaída aguda, el hecho de permanecer ingresado o haber sido dado de alta hace poco tiempo, así como la existencia de cambios recientes de cuidadores o terapeutas.
- Determinadas situaciones de la atención al paciente en el servicio de urgencias o en relación con el personal sanitario que le trata: Hostilidad de los profesionales hacia el paciente, un alto recambio de pacientes o personal, la existencia de dispositivos insuficientes de vigilancia o la experiencia inadecuada del personal.

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

La OMS lanza en 1999 la iniciativa mundial para la prevención del suicidio SUPRE-WHO, con el objetivo global de reducir la mortalidad y morbilidad asociada a las conductas suicidas. Los objetivos planteados son los siguientes:

- Conseguir una reducción en el número de suicidios y tentativas de suicidio.
- Identificar, evaluar y eliminar, tanto como sea posible y en etapas precoces, aquellos factores que puedan incidir en el suicidio juvenil.

- Mejorar el conocimiento general sobre el suicidio y ofrecer apoyo psicosocial a las personas con ideas suicidas o con tentativas previas de suicidio, y a los familiares y amigos de quienes han intentado o consumado el suicidio.

Operativamente se establecen como prioridades:

1. Organización de actividades multisectoriales a nivel global, regional y nacional, a fin de incrementar los conocimientos sobre las conductas suicidas y sus modos eficaces de prevención.
2. Mejorar la capacidad de las naciones para desarrollar y evaluar planes y políticas sobre prevención del suicidio, con actuaciones adaptadas a las necesidades particulares de las naciones:
 - Apoyo y tratamiento a la población de riesgo (p. ej. personas con depresión, ancianos, jóvenes, etc.).
 - Reducción de la accesibilidad a medios de suicidio.
 - Desarrollar redes de apoyo a personas que sobreviven a un intento de suicidio.
 - Entrenamiento de profesionales de atención primaria y de otros sectores.

Con fecha 12 de marzo de 2014, la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas de la Unión Europea y organismos internacionales. Se pretende así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la “redefinición” de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013, y que incluyen:

1. Promover dentro de la Estrategia de Salud Mental una redefinición de los objetivos y acciones de prevención del suicidio, y en el mismo marco, desarrollar políticas transversales que incorporen la perspectiva de género y presten especial atención a los grupos más vulnerables (niños, adolescentes, ancianos y personas en riesgo de exclusión) en relación a la prevención del suicidio.
2. Promover campañas de visualización, sensibilización y concienciación.
3. Dar apoyo a las redes de salud mental, de acuerdo con los servicios de las comunidades autónomas, para poder mejorar las medidas preventivas de suicidio, poner en marcha protocolos de manejo de suicidio y asegurar la atención y el seguimiento inmediato de las personas que han cometido una tentativa de suicidio.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Mejorar el conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas en Cantabria, y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas.

Objetivos específicos:

- 1.1. Mejorar la información epidemiológica sobre el suicidio en Cantabria mediante la colaboración entre el Instituto de Medicina Legal de Cantabria, los servicios de información epidemiológica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, los servicios de información del Servicio Cántabro de Salud y la Red de Salud Mental de Cantabria.
- 1.2. Mejorar el registro de las tentativas suicidas en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental de Cantabria.
- 1.3. Crear una base de datos con prevalencia de suicidios y tentativas de suicidio para conocer y medir el impacto de las actuaciones desarrolladas.

■ **Objetivo general 2:** Elaborar e implantar un programa regional de prevención y abordaje del suicidio, cuyo objetivo es la disminución de la tasa de suicidios y de conductas suicidas en Cantabria.

El programa incluirá actuaciones de prevención y detección de personas en riesgo de suicidio, formación de profesionales y figuras clave, protocolos específicos para la evaluación y el manejo de conductas suicidas y tentativas de suicidio, y atención a los familiares de estos pacientes.

Los aspectos informativos, preventivos y formativos del programa, así como la investigación en este campo, se llevarán a cabo en un ámbito regional.

Las intervenciones específicas de tipo asistencial (atención en urgencia, unidades de salud mental, atención a supervivientes de intentos suicidas, atención a familiares, etc.) se desarrollarán en cada área sanitaria y con apoyo de las nuevas tecnologías.

Objetivos específicos:

- 2.1. Potenciar los factores protectores frente al riesgo de suicidio.

El programa incluirá intervenciones basadas en la potenciación de factores protectores y de la resiliencia en población considerada de riesgo y accesible a tales actuaciones.

- 2.1.1. Desarrollar programas para la formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en adolescentes y jóvenes.
- 2.1.2. Desarrollar programas de formación y sensibilización para profesores, educadores, bomberos, policías y otras figuras significativas en el entorno de personas en riesgo.

2.1.3. Mejorar los planes de tratamiento de los trastornos mentales más relacionados con la aparición de conductas suicidas: trastornos afectivos, psicosis, trastornos de la personalidad y dependencia de tóxicos.

2.1.4. Establecer medidas de restricción del acceso a medios letales en el entorno de las personas con alto riesgo de suicidio cuando sea posible.

De acuerdo con los datos epidemiológicos sobre el suicidio en Cantabria (ver objetivo 1.1) respecto a los medios letales utilizados en los suicidios consumados, se establecerán cuando sea posible medidas que dificulten el acceso a dichos medios (en especial, acceso a psicotropos, uso de medicación de menor letalidad en población de riesgo, medidas en plantas médicas de los hospitales, etc.).

2.1.5. Promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y otras similares que favorezcan un adecuado abordaje del suicidio en los medios de comunicación.

Se incluyen medidas tales como tratar las noticias sobre suicidios de forma no sensacionalista, evitar especificar detalles sobre características y circunstancias del caso, aportar información precisa, responsable y ética, aprovechar la oportunidad para educar a la población y ofrecer información sobre los recursos de ayuda disponibles.

2.1.6. Implantar medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio.

Se incluirán en esta medida la colaboración con la Escuela de Salud de Cantabria en el desarrollo de páginas web con información útil para la prevención del suicidio o para recibir apoyo de forma rápida, regulación de los contenidos dañinos de Internet y potenciación del uso de programas de filtrado (sobre todo entre los padres) para impedir el acceso a determinados foros o blogs.

2.2. Mejorar la detección de situaciones con alto riesgo de suicidio.

2.2.1. Desarrollar programas formativos para profesionales no sanitarios dirigidos fundamentalmente al conocimiento de los factores de riesgo, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.

2.2.2. Mejorar la formación de profesionales sanitarios de atención primaria, salud mental y

2.3. Garantizar la capacidad de respuesta ante situaciones de alto riesgo de suicidio.

2.3.1.

Crear una “línea de crisis” para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio.

- 2.3.2.** Desarrollar programas formativos para profesionales sanitarios en los ámbitos de atención especializada, atención primaria y servicios de urgencia.

Estos programas incluirán información sobre factores de riesgo y protección, evaluación y estrategias de intervención en crisis. Se incluirá también el desarrollo de sesiones periódicas de refuerzo y evaluación de resultados para medir su impacto en la práctica clínica.

- 2.3.3.** Establecer sinergias entre los distintos programas relacionados con patologías en las que frecuentemente se producen conductas suicidas, fundamentalmente con el programa de detección y tratamiento de la depresión, trastornos de la personalidad, conductas adictivas y psicosis.

- 2.3.4.** Desarrollar protocolos específicos para la evaluación del riesgo suicida en pacientes identificados y para el manejo de las conductas suicidas.

- 2.3.5.** Desarrollar programas específicos para la atención a los familiares y entorno de confianza de personas que han consumado el suicidio.



3.

4.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

Los trastornos de la personalidad pueden afectar a casi una cuarta parte de la población, y se inician en la adolescencia o al principio de la edad adulta. Aunque se han descrito diez tipos de trastornos de la personalidad, el denominado trastorno límite constituye actualmente un problema con alta relevancia y necesidad de respuesta por parte de los servicios sanitarios y sociales.

La naturaleza crónica de estos trastornos justifica la puesta en marcha de intervenciones precoces en adolescentes y jóvenes, el abordaje de la sintomatología y medidas dirigidas a la prevención del deterioro que pueden experimentar estas personas.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

■ Impacto sanitario y social.

■ Epidemiología.

Al margen de cuestiones metodológicas, la prevalencia descrita de los trastornos de la personalidad en la población general avala su trascendencia, con cifras que van desde el 6,7 % hasta el 22,3%, con una prevalencia global en los estudios revisados en torno al 11,3 % (46,47). Aunque otros tipos de trastorno de la personalidad alcanzan cifras iguales o incluso más altas de prevalencia, el trastorno límite (0,7-1,4%) presenta una elevada comorbilidad con otros trastornos y genera mayor carga asistencial, con más ingresos en unidades psiquiátricas de corta y media estancia (en torno a un 20% de los pacientes ingresados), y mayor riesgo de suicidio.

Se ha descrito que la detección y diagnóstico del trastorno límite de la personalidad en atención primaria es muy inferior a su prevalencia estimada (48). Esta baja identificación tiene también su expresión en un infradiagnóstico en los niveles especializados, lo que dificulta los estudios sobre esta población específica.

Persiste aún un gran desconocimiento entre los profesionales sanitarios de los desarrollos actuales en el tratamiento especializado de los trastornos de personalidad, lo que mantiene una visión pesimista con respecto a su abordaje terapéutico. Esto tiene consecuencias realmente graves, en la medida que el pesimismo de los profesionales se suma al de los pacientes, reforzándose una idea pesimista sobre la evolución del trastorno.

La epidemiología y costes atribuidos a los trastornos de personalidad en atención primaria y centros especializados es un tema escasamente estudiado, y sin información contrastada en nuestro país.

■ Morbilidad y mortalidad.

La esperanza de vida es menor en los pacientes con trastornos de la personalidad, en relación con el suicidio y las consecuencias de las conductas desadaptadas. Un estudio llevado a cabo en Inglaterra y Gales (49) encontró una esperanza de vida entre los enfermos de 63,3 años para las mujeres y 59,1 años para los hombres; 18,7 años y 17,7 años menos, respectivamente, que las mujeres y los hombres de la población general.

■ Factores de riesgo implicados.

Aunque la investigación sobre los trastornos de personalidad está todavía poco desarrollada, se pueden señalar algunos datos en relación con factores de riesgo.

La aparición de los trastornos de personalidad, tal y como ha sido recientemente consensuado para la elaboración del DSM V, se puede establecer a partir de los 16 años, siendo frecuente la presencia de distintos tipos de trastornos de conducta en la infancia. A partir de esa edad, la evolución de los trastornos de personalidad sigue caminos diferentes para hombres y mujeres. Si bien en varones son más frecuentes los trastornos sociopáticos y narcisistas, en la mujer es mucho más frecuente el desarrollo del trastorno límite de la personalidad, con una prevalencia tres veces superior en relación al hombre.

Los antecedentes de malos tratos físicos y psíquicos, abusos sexuales, negligencia en el cuidado de los niños y ambientes familiares desestructurados son factores de riesgo que facilitan la aparición del trastorno límite de la personalidad.

■ Situación de partida en Cantabria.

Se dispone en nuestra región de escasos programas terapéuticos dirigidos específicamente a trastornos de la personalidad, siendo necesario un incremento de los mismos. Algunos intentos terapéuticos responden a iniciativas individuales de algunos profesionales en unidades de salud mental u otros dispositivos, existiendo una mala coordinación tanto intra-dispositivo como inter-dispositivo. También existe una total desconexión entre las iniciativas que se realizan en distintas agencias extrasanitarias dirigidas a la identificación y a la atención de personas con posible trastorno de la personalidad, tanto en el ámbito de los servicios sociales, como en los entornos educativo y judicial.

Al margen de la atención poco específica y no protocolizada en la Red de Salud Mental de Cantabria, el dispositivo asistencial específicamente dirigido a trastornos de la personalidad se reduce al Centro de Rehabilitación y Psicoterapia “Universidad”, en Santander, concertado con el Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS), y el Programa de Intervención Precoz en Adolescentes y Jóvenes con Trastorno Límite de la Personalidad, que durante el año 2012 fue financiado por la Fundación La Caixa.

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

El enfoque actual de los trastornos de la personalidad en el contexto nacional e internacional se refleja en documentos como los siguientes:

- Las recomendaciones del estudio comisionado del Gobierno Vasco.
- Las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para el Trastorno Límite de Personalidad del Gobierno de Cataluña.
- La Guía Breve de Práctica Clínica del Instituto de Excelencia Clínica del Gobierno Británico, (NICE, 2009).

En dichas recomendaciones se recoge la necesidad de implementar protocolos de abordaje que incorporen los desarrollos teóricos y técnicos actuales en el ámbito de los trastornos de la personalidad, y que permitan poner en funcionamiento un sistema de atención clínica con altos niveles de calidad y de eficiencia, en los diferentes momentos evolutivos, en las diferentes edades y en los diferentes dispositivos asistenciales.

Los desarrollos teóricos actuales se basan en una visión integradora (50), que postula la integración de los programas terapéuticos a nivel intra-dispositivo, la integración de la continuidad de cuidados inter-dispositivo y la coordinación con otros programas en los que haya una implicación de agencias extrasanitarias.

Un programa especializado en el tratamiento de trastornos de personalidad tiene por su propia naturaleza dos ejes fundamentales:

- Una visión holística e integral de la personalidad del individuo, constructo que influye en la génesis y expresión de cualquier trastorno mental e incluso de cualquier enfermedad somática.
- La psicoterapia como tratamiento de primera elección.

Los programas deben incorporar estrategias de investigación sobre los resultados terapéuticos obtenidos, así como análisis de costes desde el inicio, de tal forma que sea posible evaluar los resultados terapéuticos no sólo en términos de mejora de la calidad de vida del sujeto y su entorno, sino también en el ahorro de costes, tal y como viene siendo defendido en varias publicaciones científicas.

La evolución crónica de los trastornos límite de personalidad, demostrada en varios estudios (51, 52) hace necesario que los programas de atención a trastornos de personalidad incluyan intervenciones precoces en adolescentes y jóvenes, tratamiento de síntomas agudos, tratamiento de la sintomatología de desadaptación interpersonal, medidas dirigidas a la prevención del deterioro, así como tratamiento rehabilitador y reinserción sociolaboral para aquellos pacientes que hayan evolucionado de forma crónica, persistiendo su deterioro y desadaptación tras largos años de enfermedad.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

En el grupo de edad de adultos, el trastorno límite de la personalidad, tal y como viene definido en el DSM-V, constituye el núcleo del programa, especialmente cuando conlleva altos niveles de gravedad con arreglo a los criterios clínicos más avanzados en ese campo. Aunque el trastorno disocial de la personalidad no se abordará desde este programa, sí se incluirán en estas actuaciones personas que padezcan otros trastornos del “cluster B” y en general, aquello que podemos definir como trastorno grave de la personalidad.

En el grupo de edad de niños y adolescentes, y especialmente en lo relativo a la detección precoz y a la definición de “caso posible”, el programa se orienta a intervenir ante la presencia, aún sin diagnóstico clínico, de rasgos definidos y disfuncionales de conducta que permitan valorar el posterior desarrollo de un trastorno de la personalidad que cumpla los criterios diagnósticos.

El ámbito del niño y adolescente debe ser uno de los focos fundamentales de actuación en los trastornos de la personalidad, poniendo en marcha programas de detección e intervención precoz, siendo condición indispensable la coordinación con el entorno educativo y social. Entre los dispositivos asistenciales necesarios hay que contar con centros y/o programas fruto de la coordinación sanitaria, educativa y social, evitando las duplicidades y las áreas en “tierra de nadie”. Así, se pondrán en común los proyectos ya en marcha o que se pretendan implementar desde los tres ámbitos (educativo, sanitario y social).

■ **Objetivo general 1:** Disponer de un programa regional para la prevención y tratamiento de personas con trastorno grave de la personalidad.

Este programa será elaborado por un grupo multidisciplinar de expertos en salud mental en colaboración con profesionales de los servicios sociales y del ámbito educativo. Se describirá una vía asistencial integrada que cuente con una unidad altamente especializada coordinada con los protocolos terapéuticos desarrollados en los dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental de Cantabria.

Objetivos específicos:

- 1.1. Crear una unidad piloto asistencial, docente e investigadora, eje de la vía asistencial regional, con un programa altamente especializado en el tratamiento de los trastornos de personalidad más graves.

Esta unidad se constituye como el núcleo de una vía clínica con estaciones en todos los niveles de atención: atención primaria, unidades de salud mental y unidades de hospitalización, y conectada –para ciertos casos- con el programa de atención a personas con trastorno mental grave y crónico. En cada estación habrá diferentes niveles de intervención y especialización. La unidad piloto será altamente especializada y diferenciada, en un dispositivo específico ambulatorio de tratamiento intensivo, de intensidad moderada, con una determinada dosis terapéutica semanal.

En la unidad piloto asistencial se considera necesario el trabajo de un equipo multidisciplinar, que incluya educadores, trabajador social, enfermería, psicólogo clínico y psiquiatra. En el caso del dispositivo para adolescentes se considera también importante el papel del mediador familiar.

- 1.2. Desarrollar programas básicos de tratamiento de los trastornos de personalidad en los diferentes dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental, cuyos componentes, intervenciones y criterios de derivación estén claramente especificados.

Se propone un enfoque diferenciado para este tipo de pacientes con trastorno grave de la personalidad ya desde la hospitalización en la unidad de agudos, y especialmente en la hospitalización de media estancia, que tendrá un funcionamiento orientado al modelo de “comunidad terapéutica”.

Este mismo grado de diferenciación se debe establecer con adolescentes en cuanto a unidades específicas de internamiento en colaboración con los servicios sociales.

Además de establecer conexiones entre el programa para personas con trastorno grave de la personalidad y el programa para personas con trastorno mental grave y crónico, se incluirán también actuaciones específicas conectadas con el programa de prevención y manejo de conductas suicidas.

Se organizará la asistencia en los diferentes dispositivos donde se lleve a cabo el programa favoreciendo que el trabajo se desarrolle a tiempo parcial y con profesionales motivados para abordar este tipo de pacientes.

■ **Objetivo general 2:** Desarrollar programas de detección y de intervención comunitaria para personas jóvenes con probables trastornos de la personalidad, en coordinación con agencias extrasanitarias.

Objetivos específicos:

2.1. Implementar un programa comunitario de detección e intervención dirigido a personas jóvenes con probables trastornos de la personalidad, en coordinación con agencias extrasanitarias.

Servicios Sociales, Consejería de Educación, Estrategia sobre Drogas de Cantabria, Dirección General de Justicia, etc.

2.2. Incorporar, dentro del programa de atención al niño sano, un protocolo de detección y manejo de un “caso posible” y su derivación, si procede, a la vía clínica del programa de atención a los trastornos de la personalidad

■ **Objetivo general 3:** Elaborar y poner en marcha de un plan de prevención de trastornos de la personalidad con programas educativos dirigidos a las familias.

Estos programas educativos estarán dirigidos al ejercicio de una paternidad responsable y reflexiva, para la mejora de la salud mental infantil y la prevención del desarrollo de trastornos de conducta de la infancia que pueden evolucionar a trastornos de personalidad.

■ **Objetivo general 4:** Confeccionar y desarrollar un programa de formación de los profesionales de la Red de Salud Mental en la identificación y alternativas terapéuticas en los trastornos de personalidad, que incluya la supervisión de casos clínicos.



4.

5.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de etiología multifactorial donde intervienen factores genéticos, biológicos, de personalidad, familiares y socioculturales. La complejidad de estos trastornos requiere una formación específica y multidisciplinar que marca la necesidad de recursos también específicos para su tratamiento.

El impacto sociosanitario de los TCA se deriva de su alta prevalencia en mujeres jóvenes, su elevada comorbilidad y tasa de mortalidad, así como su tendencia a la cronicidad y la discapacidad que genera.

Todas estas circunstancias tienen como consecuencia una alta frecuentación de consultas especializadas, hospitalizaciones prolongadas y uso de medicamentos, lo que conlleva un importante gasto sanitario y social. Los TCA son, por tanto, un foco importante de estudio para la gestión sanitaria, siendo la detección y la intervención precoz pilares fundamentales para la eficiencia.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

■ Impacto sanitario y social.

■ Epidemiología.

Los TCA afectan mayoritariamente a mujeres, debutando fundamentalmente entre la adolescencia y la edad adulta joven, y situándose en uno de los primeros lugares entre las causas de carga de enfermedad en términos de pérdida de años de vida, muerte o discapacidad para mujeres entre 15 y 24 años (53).

La proporción a favor de las mujeres es 9:1, con cifras reportadas a nivel mundial de prevalencia en mujeres de 1-3,3% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, 0,5-1,0% para la bulimia nerviosa, y 0,7% para la anorexia. Se ha constatado un aumento de la prevalencia en países desarrollados o en vías de desarrollo. Este aumento es atribuible al incremento de la incidencia y la cronicidad.

En España, en la franja de 12 a 21 años la prevalencia en mujeres para anorexia (AN) se sitúa entre 0,14% y 0,9%, y entre 0,41% y 2,9% para la bulimia (BN). La prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE) oscila entre 2,76% y 5,3% (54-56).

Se ha constatado un aumento en la incidencia de 5 a 6 veces en la década 1960-1970 tanto en USA como en Europa, con un pico de incidencia mayor en mujeres entre 15 y 19 años de edad (40% de los casos identificados) (57). En USA la tasa de incidencia es de 74 por 100.000 personas/año en la población femenina de 15 a 19 años. En Europa, la incidencia de pacientes ingresados por AN es de 20 por 100.000 personas/año para mujeres entre 12 y 25 años de edad. La incidencia de los TCA en varones sería menor a 1 por 100.000 habitantes/año. En España, las cifras de incidencia descritas en niñas de 13 años son de 4,8% (0,3% AN; 0,3% BN 0,3% y 4,2% TCANE).

■ Morbilidad y mortalidad.

La anorexia nerviosa presenta la mayor tasa de mortalidad de todos los trastornos mentales, tres veces más que la depresión, esquizofrenia o alcoholismo y doce veces superior a la población general (58). La muerte resulta de complicaciones infecciosas, arritmias cardíacas o suicidio. En los estudios de seguimiento a 6-12 años se han encontrado cifras de mortalidad estandarizada del 9% para la AN, siendo las tasas mayores para la franja de edad de 20 a 40 años.

No hay evidencia de un aumento de mortalidad en BN y se sabe poco de la mortalidad asociada a los TCANE, aunque algunos estudios evidencian mayor tasa de suicidio en estas poblaciones. Dada la asociación del trastorno por atracón con obesidad también se puede sospechar un aumento del riesgo de mortalidad en este subgrupo.

■ Discapacidad derivada.

Entre las causas de carga de enfermedad en términos de pérdida de años de vida, muerte o discapacidad, ocupa el lugar 22º para la población femenina en general, 10º lugar para niñas de 0 a 14 años y 4º lugar para mujeres entre 15 y 24 años. En un 24% de los casos persiste la AN después de 10 y hasta 15 años del debut de la enfermedad, así como también se encuentra un 20% de persistencia de BN después de 5 a 10 años.

Los elevados costes que los TCA representan para el sistema sanitario se derivan, en primer lugar (costes directos), de la alta frecuentación de los servicios de atención primaria en los 5 años previos al diagnóstico, de las elevadas estancias medias en las unidades de hospitalización (10-12 semanas) y de la necesidad de mayor intensidad (episodios ambulatorios) en los tratamientos. Pero también son elevados los costes indirectos, por el gran impacto de estos trastornos en el funcionamiento social y educacional, así como en la pérdida significativa de productividad en el paciente y su familia, al debutar en un periodo crítico del desarrollo educativo y psicosocial de la persona.

■ Factores de riesgo implicados.

Los TCA son trastornos de etiología múltiple, donde están involucrados diversos factores biológico-genéticos de vulnerabilidad, características psicológicas, aspectos socioculturales, y situaciones de estrés. El peso específico de cada uno de ellos todavía no está bien determinado.

- Factores biológicos y genéticos: Sexo femenino. Mayor frecuencia de TCA entre los familiares de personas con TCA que entre los controles.
- Factores socioculturales: Modelos familiares (sobreprotectores, rígidos, poco cohesionados, padres divorciados); antecedentes familiares (trastornos afectivos, obsesivo-compulsivos y TCA, especialmente en las madres); dieta y/o conducta alimentaria atípica en la familia; obesidad (especialmente en madres); alcoholismo (especialmente en padres); hábitos alimentarios poco regulares durante la infancia; profesiones y actividades que sobrevaloran la delgadez y el peso.
- Factores psicológicos: Comorbilidad psiquiátrica (trastornos afectivos, de la personalidad, obsesivo-compulsivos y del control de impulsos); dietas anómalas y restrictivas; preocupación por el cuerpo; historia personal de dificultades alimentarias; rasgos de excesiva rigidez y perfeccionismo; retraimiento social y baja autoestima.
- Acontecimientos vitales estresantes: Abusos sexuales y/o físicos en la infancia; críticas respecto al aspecto físico.

■ Situación de partida en Cantabria.

En Cantabria la atención a los trastornos de la conducta alimentaria esta sectorizada por áreas sanitarias:

- Para las áreas sanitarias de Santander y Laredo existe una unidad específica (UTCA) sin diferenciación por grupos de edad. La atención ambulatoria, hospitalización parcial y camas de hospitalización total son atendidas por el equipo de profesionales de la UTCA, consiguiéndose una continuidad de cuidados.
- En las áreas sanitarias de Torrelavega y Reinosa la atención ambulatoria de los TCA se realiza por un equipo específico de profesionales con formación en TCA, en este caso con diferenciación de edad, atendándose en las unidades de salud mental de adultos los pacientes mayores de 18 años, y en la unidad de salud mental infantojuvenil los menores de 18 años. La hospitalización de día se hace en el marco de un hospital de día psiquiátrico que aborda diferentes patologías sin diferenciación por edad. Los pacientes de alta complejidad o con necesidad de hospitalización total se derivan a la unidad de TCA de Santander.

En los últimos años se ha realizado un esfuerzo dirigido a la mejora en la detección, derivación e intervención precoz a través de actuaciones de prevención secundaria (Programa DETECTA), observándose un aumento en la demanda y un mayor número de derivaciones de forma directa. Los ingresos nuevos con hospitalización total se han reducido en los últimos años, observándose un porcentaje significativamente mayor de reingresos frente a ingresos nuevos. Se estima que un 10% de los pacientes atendidos que evolucionan de forma crónica, presentan un patrón de reingresos “en puerta giratoria”.

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

El Pacto Social contra la Anorexia y Bulimia Nerviosa (2006) ha servido de marco de referencia para orientar las líneas de actuación en el ámbito de la asistencia de los TCA. En España, la Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013 incluye los trastornos de conducta alimentaria como una de las áreas prioritarias de prevención. Los planes estratégicos de diferentes comunidades autónomas reflejan la necesidad de seguir mejorando la actividad asistencial para reducir la gravedad, la discapacidad y la carga familiar de la enfermedad.

En dichos planes estratégicos y consensos nacionales e internacionales la prevención es un punto prioritario, destacando la importancia de promocionar hábitos alimentarios saludables y el desarrollo de programas de prevención en el medio escolar y sanitario.

A nivel asistencial las prioridades fundamentales incluyen la coordinación entre recursos y niveles de atención para lograr la continuidad de cuidados, la especialización de los profesionales, la instauración de programas de TCA específicos para infancia y adolescencia, la necesidad de recursos asistenciales de media estancia para los TCA crónicos y actuar según las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC).

Las principales recomendaciones de las GPC nacionales e internacionales en relación a la prevención primaria, diagnóstico y tratamiento son las siguientes:

- **Prevención primaria:** Instaurar programas preventivos con eficacia demostrada centrados en familias y adolescentes, que incidan en los factores protectores. Formación adecuada en detección, derivación precoz y estrategias motivacionales de los médicos de atención primaria y otros colectivos de profesionales en contacto con la población de riesgo. Información y educación a personas afectadas y personas cuidadoras.
- **Diagnóstico:** A cargo de psiquiatras y psicólogos clínicos. Explorar indicadores de abuso (emocional, físico y sexual) para ser atendidos precozmente.
- **Tratamiento:** Atención en el nivel asistencial adecuado según criterios clínicos. Seguimiento e intervención adecuada de complicaciones orgánicas, con abordaje en atención primaria de los casos crónicos que rechacen tratamientos en dispositivos especializados. Monitorización especial de casos de alto riesgo (diabetes mellitus y embarazo). Individualización, diferenciación y aplicación escalonada de los tratamientos médicos y psicológicos en función de la edad, el tipo de trastorno alimentario (AN, BN, TCANE), el estadio clínico y la respuesta, y aplicándolos con una duración adecuada (59).

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Elaborar e implantar un programa regional de atención a los trastornos de la conducta alimentaria en Cantabria

Este programa incluirá intervenciones protocolizadas de tipo preventivo, detección e intervención precoz, manejo en atención primaria, actuaciones coordinadas con el entorno educativo y programas transversales en las unidades de salud mental del adulto e infantojuvenil, garantizando la continuidad de cuidados.

Partiendo de los recursos y dispositivos existentes, se deberán priorizar protocolos especializados para pacientes más graves, con comorbilidad psiquiátrica y orgánica, y para aquellos que llegan al estadio de enfermos mentales graves y crónicos con necesidad de rehabilitación psicosocial y recursos sociosanitarios.

También incluirá aspectos formativos, supervisión de casos e investigación.

Objetivo general 2: Reforzar y mejorar las estrategias de detección e intervención precoz en los trastornos de la conducta alimentaria.

Se fomentará la coordinación con el entorno educativo, unidades de salud mental infantojuvenil y de adultos, atención primaria y otros servicios especializados de alta frecuentación por pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos:

2.1. Implementar un protocolo de detección precoz, manejo y derivación de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria.

Resulta imprescindible la intervención de los médicos y pediatras de atención primaria para identificar, mediante la utilización de sencillas herramientas de cribado, personas con alto riesgo de desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, y para aplicar estrategias de tratamiento adecuadas en las etapas tempranas del trastorno.

2.2. Introducir estrategias de detección precoz y derivación a otros servicios especializados de alta frecuentación por pacientes con TCA.

2.3. Introducir estrategias de detección precoz de TCA en el entorno educativo junto con actuaciones de educación para la salud dirigidas a los alumnos.

Se colaborará con la Consejería de Educación, Cultura y Deporte editando guías, organizando talleres para alumnos y participando en las actividades de la Red de Centros Saludables.

Objetivo general 3: Instaurar programas y recursos de tratamiento específicos para niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria.

Estos recursos, ubicados en los dispositivos de salud mental infantojuvenil, contarán con el apoyo y la experiencia de los profesionales del programa de trastornos de la conducta alimentaria.

Objetivos específicos:

- 3.1. Disponer de camas de hospitalización para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria en menores de 18 años.
- 3.2. Adaptar los programas de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria a la edad y características evolutivas de los niños y adolescentes con dichos trastornos.
Se potenciará el trabajo conjunto de los equipos de profesionales especialistas en TCA y los equipos de salud mental infantojuvenil en el abordaje de los pacientes menores de 18 años con un modelo de enfoque multidisciplinar.
- 3.3. Fomentar la formación en TCA de los profesionales y la incorporación de modalidades de terapia con evidencia de eficacia en menores de 18 años.

■ Objetivo general 4: Instaurar programas y recursos de tratamiento específicos para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que evolucionan de forma crónica.

Estas actuaciones se dirigirán a aquellas personas con trastorno de la conducta alimentaria con mala evolución y que llegan a presentar las características funcionales y las necesidades de las personas incluidas en el registro de pacientes con trastorno mental grave y crónico.

Objetivos específicos:

- 4.1. Desarrollar programas de tratamiento menos intensivo para pacientes con TCA de evolución crónica, con mayor apoyo de atención primaria, para evitar la aparición de secuelas médicas, y con programas de rehabilitación psicosocial que faciliten su reinserción social.
- 4.2. Favorecer el acceso de pacientes con TCA de evolución crónica a los programas de tratamiento en unidades de media y larga estancia.
- 4.3. Favorecer el acceso de pacientes con TCA de evolución crónica a la red de pisos tutelados para personas con trastorno mental grave y crónico.

■ **Objetivo general 5:** Instaurar programas y recursos de tratamiento específicos para pacientes con TCA y comorbilidad con otros trastornos mentales.

Objetivos específicos:

- 5.1. Reforzar la coordinación de los programas de TCA con recursos especializados en trastorno límite de la personalidad, abuso de sustancias y abuso sexual, para desarrollar intervenciones integrales más especializadas.
- 5.2. Posibilitar la dedicación a tiempo parcial de profesionales expertos en programas de intervención sobre la comorbilidad de los trastornos de la conducta alimentaria y otras patologías asociadas.

■ **Objetivo general 6:** Diseñar y desarrollar programas preventivos enfocados en la relación entre trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso.

Objetivos específicos:

- 6.1. Diseñar un protocolo psicoeducativo para manejar los aspectos psicológicos y conductuales del sobrepeso.
- 6.2. Desarrollar actuaciones en el medio social, educativo y en atención primaria para aplicar el protocolo psicoeducativo para el manejo de los aspectos psicológicos y conductuales del sobrepeso.

■ **Objetivo general 7:** Implementar un programa de formación para todos los profesionales que trabajan con personas con trastornos de la conducta alimentaria, adecuado a los distintos niveles de especialización de los miembros del equipo multidisciplinar.

La complejidad del abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria y la necesidad de desarrollar un trabajo multidisciplinar, requiere una formación altamente especializada. Los terapeutas especializados en el tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria deberán integrar en sus formación diversos tipos de terapia (intervención familiar, entrevista motivacional, terapia cognitivo-conductual adaptada, terapia interpersonal, consejo nutricional, intervenciones diferenciadas en población infantojuvenil y adulta, intervenciones adaptadas a pacientes que evolucionan de forma crónica, etc.).

■ **Objetivo general 8:** Consolidar la línea de investigación en trastornos de la conducta alimentaria.

5.

6.

SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel del sistema sanitario, en el que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes atendidos presentan algún problema de salud mental (60). Este alto número de personas con problemas de salud mental que son vistas por los médicos de APS demuestra la gran importancia que tiene proporcionar una formación adecuada y actualizada a los profesionales de la APS para el manejo de los problemas de salud mental, así como el establecimiento de medidas de apoyo y coordinación entre salud mental y atención primaria. En este sentido, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 incluye como uno de sus objetivos que las CC.AA. deben establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

■ Impacto sanitario y social.

En España, según la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), uno de cada cuatro pacientes que acuden a las consultas de los centros de salud presenta algún problema psiquiátrico. Entre ellos se incluyen los más comunes, como ansiedad o estrés, somatizaciones por problemas familiares y laborales; o cuadros más graves, como la depresión o la esquizofrenia.

■ Epidemiología.

La prevalencia internacional de los trastornos de ansiedad, considerados individualmente, varía ampliamente en los diferentes estudios epidemiológicos publicados, aunque la variabilidad es bastante más pequeña si se estudian de forma global. Uno de los estudios epidemiológicos más destacados sobre la prevalencia de los trastornos mentales realizados en población general española y utilizando una muestra representativa de las distintas comunidades españolas es el ESEMeD-España (dentro del proyecto European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Project) (61). En él se encuentra una prevalencia-año para “cualquier trastorno de ansiedad” del 6,20% (2,53% varones; 7,61% mujeres) y una prevalencia-vida del 9,36% (5,71% varones; 12,76% mujeres).

En cuanto a Cantabria, el grupo de Vázquez-Barquero (7) encuentra cifras del 4,4% para la neurosis de ansiedad, 3,4% para la neurosis fóbica y sólo 0,1% en la neurosis obsesiva, con clara preponderancia del sexo femenino en todos los diagnósticos.

■ Morbilidad y mortalidad.

Las muertes causadas por los trastornos de ansiedad se deben, fundamentalmente, a suicidios. La depresión y los demás trastornos del estado de ánimo justifican el 40-70% de los suicidios. Se estima que los trastornos de ansiedad explican el 10% de los suicidios.

■ Discapacidad derivada.

Dentro de los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de discapacidad y son, junto con los trastornos del ánimo, los que más contribuyen a la morbi-mortalidad, a través del sufrimiento que generan, y los que más repercuten en las economías nacionales. Se trata de pacientes que realizan un gran número de consultas en los servicios de urgencias y comportan un tercio del total de los gastos económicos derivados del tratamiento de los trastornos mentales.

Debemos considerar también el impacto de estos trastornos en la situación de incapacidad laboral, prescripción que representa un alto coste para el sistema sanitario. Según datos de la OMS, los problemas de ansiedad y depresión constituyen las principales causas de incapacidad laboral temporal (IT) y permanente en los países desarrollados. En España los trastornos mentales son la segunda causa en frecuencia (por detrás de los diagnósticos de origen óseo-muscular) de los procesos gestionados de IT por parte de los médicos de atención primaria. Además, en datos de Cantabria, más del 80% de los diagnósticos recogidos en los partes de IT por salud mental corresponden a trastornos “neuróticos” o “menores”.

En Cantabria, tomando como referencia a otras comunidades autónomas, se están planificando medidas para la optimización de la incapacidad laboral por motivos de salud mental. Se propone homologar criterios para la IT por motivo de salud mental, con derivación preferente a unidades de salud mental de los pacientes que requieren tratamiento, y promoviendo que se mantengan trabajando. Con arreglo a la evidencia disponible, se recomienda evitar la IT o acortarla en todos los casos en que sea posible. Se señala la necesidad de una comunicación directa e inmediata entre los profesionales para acortar la duración de la IT, y para suspenderla cuando no funcione como medida terapéutica.

■ Factores de riesgo implicados.

- Sexo: El riesgo de padecer un trastorno de ansiedad es mayor en mujeres.
- Edad: Se ha calculado que la edad media de aparición de las fobias específicas está en torno a los 7 años, 13 años para la ansiedad social y 24 años para el trastorno de pánico, y alrededor de los 30 años para el trastorno de ansiedad generalizada. Distintos estudios sugieren que los trastornos de ansiedad tienden a presentar una reducción de su incidencia a partir de la quinta década de la vida.
- Comorbilidad psiquiátrica: Destaca la comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo y el consumo de distintas sustancias. Del mismo modo, diversos estudios sugieren un riesgo elevado de conductas de tipo autolítico.
- Comorbilidad médica: Los trastornos de ansiedad están asociados con una marcada repercusión funcional y con un incremento de las tasas de patologías crónicas como asma, EPOC, dispepsia, colon irritable, disfunción vestibular, hipotiroidismo, prolapso de válvula mitral y cefalea tensional.

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

Las recomendaciones nacionales e internacionales recogidas en las distintas guías de práctica clínica para los trastornos de ansiedad (Guía NICE-ansiedad; Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria; Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales) plantean un enfoque terapéutico integral con medidas tanto farmacológicas como psicoterapéuticas (62-65).

Las psicoterapias basadas en la evidencia pueden resolver un significativo porcentaje de los casos de ansiedad y depresión. Son aplicables en pacientes que no desean o no toleran la medicación. Resultan ser coste-efectivas, sobre todo en los casos en los que el trastorno llevaría a incapacidad laboral. En estos casos el coste de la terapia se compensa con el ahorro que supone que la persona siga trabajando.

Por otra parte y teniendo en cuenta que los trastornos de ansiedad, en sí mismos o asociados a otras patologías, son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria y representan uno de los principales problemas de salud en nuestro país, el trabajo conjunto entre los equipos de atención primaria y de salud mental resulta prioritario.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Conocer la incidencia, prevalencia y características de la enfermedad mental en Cantabria.

Objetivo específico:

- 1.1. Implementar programas de recogida y análisis de los datos para conocer la prevalencia asistida de trastornos mentales en atención primaria y unidades de salud mental, y los patrones de derivación entre los diferentes niveles asistenciales.

Este objetivo está relacionado con el objetivo 3 del programa "eSalud Mental".

■ **Objetivo general 2:** Favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de atención primaria y de salud mental de cada área de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos.

La falta de coordinación entre diferentes niveles asistenciales genera derivaciones innecesarias, sobreutilización de las urgencias hospitalarias, aumento de la demora para las citaciones de los especialistas y pérdida de la continuidad asistencial. Para la mejora de la coordinación debe producirse un cambio en la actual cultura asistencial, altamente fragmentada y con barreras organizativas entre los diferentes profesionales.

Objetivos específicos:

- 2.1. Establecer un procedimiento de reuniones presenciales para favorecer la transferencia de información y el establecimiento de objetivos terapéuticos comunes entre atención primaria y salud mental.
- 2.2. Potenciar el empleo de las Tecnologías de la Información y Comunicación para favorecer la comunicación entre médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos clínicos.

Este objetivo está relacionado con el objetivo 2.1 del programa “eSalud Mental”: establecer un programa de ciber-psiquiatría de enlace.

Se deberá asegurar la utilización de los medios necesarios para garantizar la confidencialidad conforme a la ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, que regula la protección de datos de carácter personal, en la utilización de las tecnologías de la innovación y comunicación, concretamente el correo electrónico, como medio de comunicación entre profesionales.

- 2.3. Promover el mejor conocimiento de las características de la enfermedad mental entre los médicos de atención primaria.

Se llevarán a cabo actividades formativas, presenciales y on line, y se valorará la creación de programas de reciclaje para personas de los equipos de atención primaria sobre la atención a los problemas de salud mental.

- 2.4. Elaborar una guía de recursos de salud mental que incluya su descripción, ubicación, cartera de servicios, etc., así como de otros recursos de servicios sociales, municipales y asociaciones de pacientes existentes en Cantabria.

Este objetivo está relacionado con el objetivo 1.1 del programa “eSalud Mental”: establecer una página web institucional sobre la salud mental en Cantabria.

Objetivo general 3: Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y atención primaria con intervención de varios profesionales, incluyendo medidas que permitan la evaluación de su eficacia.

Habitualmente la actividad asistencial suele mostrar una gran variabilidad en cuanto a cómo se trata una misma patología, los procedimientos diagnósticos que se utilizan e incluso los recursos sanitarios empleados. Mediante la utilización de procedimientos podemos conseguir limitar las variaciones de la práctica clínica que pudieran afectar a la calidad asistencial, eliminar o reducir costes innecesarios derivados de la variabilidad asistencial y contribuir a la instauración de una cultura de prácticas basadas en la mejor evidencia.

Objetivos específicos:

- 3.1. Identificar y protocolizar los procesos asistenciales en las unidades de salud mental en relación con la atención primaria de salud.
- 3.2. Establecer protocolos consensuados de derivación entre atención primaria y salud mental.

■ **Objetivo general 4:** Empoderar al paciente y al cuidador cuando sea necesario, estableciendo una relación de colaboración con los profesionales de atención primaria y salud mental para que el paciente asuma la responsabilidad sobre su propia salud.

Dentro de un nuevo modelo asistencial en salud mental es necesario promover que el paciente asuma un rol activo en su propio cuidado. En este sentido, es preciso que pueda corresponsabilizarse del mantenimiento de su salud y tome decisiones informadas. Para lograrlo es indispensable que exista una transmisión adecuada de conocimientos a partir de los profesionales de la salud mental o de otros agentes sociales, como pueden ser otros pacientes capaces de hacer llegar con mayor facilidad sus experiencias y propuestas a otras personas enfermas.

Objetivos específicos:

- 4.1. Colaborar con la Escuela de Salud de Cantabria para la preparación y difusión de guías con recomendaciones sobre estilos de vida saludables y el autocuidado de la enfermedad.

Este objetivo está relacionado con el objetivo 1.2 del programa "eSalud Mental".

- 4.2. Colaborar con las asociaciones de pacientes y familiares de Cantabria para promover la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, así como la defensa de sus derechos.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA EDAD GERIÁTRICA.

La población mayor de 65 años está considerada como un grupo muy vulnerable a los problemas de salud mental. Su baja demanda asistencial en relación a los datos reales de prevalencia de patología psicogerítrica y la escasa detección de la misma tanto en los servicios sanitarios de atención primaria y urgencias, como en los servicios sociales, hacen necesarias intervenciones con programas dirigidos a la prevención de los trastornos mentales en la persona mayor, así como a su detección y tratamiento precoz.

La atención a los problemas de salud mental en la edad geriátrica debe ser entendida como un programa longitudinal integrado funcionalmente con el resto de programas de salud mental, reconociendo que la psicogeriatría atiende a una población con necesidades específicas y cuya demanda suele estar por debajo de la prevalencia real, que se estima en un 35% de la población mayor de 65 años según la Sociedad Española de Psicogeriatría. Para ello, resulta necesario adaptar los dispositivos de salud mental, tanto preventivos como asistenciales, a las características y necesidades propias de las personas de edad avanzada, así como la creación de los recursos específicos para lograr una adecuada atención.

■ Impacto sanitario y social.

■ Epidemiología.

Según los datos del documento de consenso “La salud mental de las personas mayores” (66), la depresión y la ansiedad se producen más en las últimas etapas de la vida. La prevalencia de la depresión se sitúa entre el 10 y el 15% en la población con más de 65 años, aunque es más alta si se tiene en cuenta el espectro total de los síndromes depresivos, incluyendo la depresión subclínica.

Más de 5 millones de personas de la UE padecen demencia. La prevalencia de la enfermedad de Alzheimer, que representa un 60% de todas las demencias, aumenta progresivamente desde el 2% entre los 65 y 69 años, hasta el 22 % entre personas mayores de 85 años. Como consecuencia del envejecimiento demográfico de la población se espera el doble de casos en 2040 en Europa Occidental y el triple en los países de Europa del Este. Además, los estudios demuestran que la mayor parte de la población no conoce bien los primeros síntomas de la enfermedad y que un alto porcentaje de médicos de atención primaria no detectan adecuadamente los síntomas precoces, todo lo cual propicia el retraso del diagnóstico.

Los trastornos derivados del uso del alcohol son muy frecuentes entre las personas mayores, hasta en un 3%, especialmente en hombres que padecen exclusión social, solteros, separados o divorciados. El uso problemático del alcohol está asociado con el deterioro generalizado de la salud física, psicológica, social y cognitiva. También es relevante el uso de fármacos psicotrópicos entre personas mayores, especialmente entre las mujeres.

En Europa las personas mayores son el grupo que presenta el índice más elevado de suicidios (hasta 20 casos por 100.000 habitantes), alcanzando la cifra más alta en los mayores de 85 años.

Uno de los problemas que se debe tomar en consideración en este contexto es el maltrato o abuso a las personas mayores, ya que puede conllevar mayor presencia de algún trastorno psicológico. Se estima en un 4% la prevalencia anual del maltrato o abuso del anciano en los domicilios y hasta el 30% en instituciones. Aproximadamente el 1% de los ancianos en España ha sido víctima de maltrato intrafamiliar, cifra que se duplica en los dependientes y cuadruplica en los dependientes graves.

■ Morbilidad y mortalidad.

Más allá de un impacto inmediato y profundo en la calidad de vida, la depresión en las personas mayores es un factor de riesgo de discapacidad funcional, y puede anunciar una mortalidad prematura, ya que las personas con depresión son hasta tres veces más proclives a padecer dos

o más enfermedades crónicas, y tienen entre dos y seis veces más posibilidades de padecer, por lo menos, una limitación en sus actividades diarias, si se comparan con personas más jóvenes. La depresión con morbilidad asociada en personas mayores aumenta también la frecuencia y el coste de la asistencia profesional y el riesgo de ingreso prematuro en residencias de ancianos.

La salud física es una preocupación básica de muchas personas mayores y está frecuentemente relacionada con bajos niveles de salud mental. Se ha constatado una alta comorbilidad de los problemas de salud mental y de las enfermedades crónicas, que incluyen las lesiones recurrentes (por ejemplo las caídas), los accidentes cardiovasculares y el dolor crónico. Los trastornos mentales tienen mucho impacto en la discapacidad, la evolución de la enfermedad, el cumplimiento terapéutico y el riesgo de mortalidad prematura.

■ Discapacidad derivada.

La patología mental en el anciano es una causa importante de dependencia, lo que supone un alto coste asistencial. Se define la dependencia como el estado en que se encuentran las personas que por razón de su falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana (Consejo de Europa, 1997).

En Cantabria, cerca de 20.000 personas mayores de 64 años tienen algún grado de dependencia reconocido. El 39,3% presenta dependencia por problemas de salud mental, siendo moderado o grave en el 31,4% de los casos. Las necesidades de estas personas generan elevados gastos asistenciales (plazas sociosanitarias, plazas residenciales, ayuda económica, cuidadores y dispositivos de salud).

■ Factores de riesgo implicados.

- Edad: Ser mayor de 65 años es un factor de riesgo en sí mismo de padecer trastornos mentales, debido fundamentalmente a los cambios que se producen en esta etapa de la vida (económicos, sociales, personales, etc.).
- Sexo: Ser mujer aumenta el riesgo de padecer patología mental, mientras que en el hombre es mayor el riesgo de consumir los intentos autolíticos.
- Factores sociodemográficos: Vivir solo, problemas económicos y carencia de apoyos sociales, son desencadenantes de patología psíquica.
- Salud física: Las enfermedades físicas incapacitantes tienen un importante impacto negativo en la salud mental de las personas mayores, especialmente cuando cursan con dolor y trastornos del sueño.

■ Situación de partida en Cantabria.

En Cantabria se carece de un programa de atención psicogeriátrica que permita la accesibilidad a los servicios de salud mental en coordinación con otros recursos asistenciales y sociosanitarios, y que garantice la atención integral adecuada a este grupo de población.

La distribución sociodemográfica de la población mayor de 65 años en nuestra comunidad, con una mayor proporción en zonas del interior, aconseja establecer programas comunitarios de atención domiciliaria para garantizar el tratamiento y los cuidados necesarios a las personas con pérdida de autonomía. Otro elemento de mejora en la atención comunitaria se centra en las residencias de mayores, favoreciendo un modelo de asistencia similar a los programas de “enlace” en los hospitales generales, con atención especializada directa a los residentes que lo precisen y facilitando que el personal sanitario de la residencia asuma los casos de menor nivel de complejidad.

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

La OMS ha marcado como meta para el año 2020 que las personas mayores de 65 años tengan la posibilidad de gozar de todo su potencial de salud y jugar un papel activo en la sociedad. Esta meta se concreta en dos objetivos:

- Incremento en la esperanza de vida y de la esperanza de vida libre de discapacidades a los 65 años.
- Incremento de la proporción de población de 80 años que disfrute de un nivel sanitario en su entorno que le permita mantener su autonomía, su autoestima y su lugar en la sociedad.

Para determinar la contribución de los servicios sanitarios al logro de estos objetivos es necesario un enfoque estratégico que contemple distintas líneas de actuación desde el conjunto del Estado y de la sociedad.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) establecía el carácter prioritario de la actuación sobre la población anciana, entre otros grupos sociales con riesgo de exclusión. Con la Ley General de Sanidad, de 1986, se logra la integración de la atención a la salud mental en la red sanitaria, influyendo positivamente sobre la calidad de la atención y la propia percepción de la sociedad sobre la enfermedad mental. Sin embargo sigue pendiente la solución de la atención a grupos especialmente vulnerables, como es el caso de las personas mayores.

Entre las recomendaciones propuestas para mejorar la atención a los problemas de salud mental de las personas mayores están las siguientes:

- **Prevención primaria:** Estimular la creación desde el ámbito administrativo, político y social de programas específicos para mejorar el afrontamiento de los cambios que suceden en el último periodo de la vida, fomentar la participación en el entorno social y promocionar hábitos de vida que redunden en un mejor nivel de salud mental.
- **Prevención secundaria:** Mejorar los métodos de diagnóstico que faciliten un tratamiento precoz de los problemas de salud mental de la población mayor de 65 años, facilitando la accesibilidad a los servicios ambulatorios de salud mental y a las unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos.
- **Prevención terciaria:** Implementar los tratamientos rehabilitadores, complementando los dispositivos para personas con demencia con el acceso de personas mayores con otros trastornos mentales a centros y programas de rehabilitación psicosocial, fomentando así la permanencia del paciente en su medio natural.
- **Prevención cuaternaria:** Se hace cada vez más necesario desarrollar programas destinados a evitar los frecuentes efectos adversos de los fármacos en general y de los psicofármacos en particular, y con especial atención a la polimedicación.

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

Un aspecto esencial para la adecuada atención integral en salud mental es el relativo a la hospitalización, proporcionando las condiciones necesarias para ingresos de pacientes psicogeriátricos en hospitales de día, unidades de agudos y de media estancia, sin limitar el acceso en razón de la edad.

En relación con el maltrato o abuso a las personas mayores, los programas de intervención psicogeriátrica deben garantizar una buena coordinación con el entorno judicial, las Fuerzas de Orden Público y los servicios sociosanitarios para un adecuado abordaje de este grave problema.

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

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

La formación continuada de los profesionales y el establecimiento de programas específicos de investigación en esta área deben adquirir un carácter prioritario en el avance y desarrollo de la atención al paciente psicogerítrico, así como establecer sistemas de evaluación de carácter epidemiológico, socio-demográfico y de costes sanitarios.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Definir un modelo regional de atención a los problemas de salud mental en la edad geriátrica adecuado a las características geográficas, demográficas y sociales de Cantabria y a la organización de la asistencia sanitaria y sociosanitaria.

El documento que recoja el modelo de atención a los problemas de salud mental en la edad geriátrica definirá el grupo de población a la que irá dirigido, las vías de acceso, los distintos componentes sanitarios de la red integrada de dispositivos y programas que lo constituyen, las vías clínicas y de derivación entre éstos, así como las funciones de los equipos multidisciplinares.

También se definirá el papel de los servicios sociales y sociosanitarios, tanto como prestadores como receptores de servicios en este campo, así como del medio judicial y del movimiento asociativo y voluntariado social.

El documento incluirá también un análisis de las necesidades de formación en esta área de conocimiento y recomendará líneas prioritarias de investigación en psicogeriatría.

■ **Objetivo general 2:** Mejorar la detección y el tratamiento integral, accesible y eficaz de las personas mayores con trastornos psicogerítricos.

Objetivos específicos:

- 2.1. Implantar un programa de atención psicogerítrica de acuerdo con el modelo regional de atención a los problemas de salud mental en la edad geriátrica.
 - 2.1.1. Mejorar los métodos de screening y diagnóstico precoz de los trastornos psicogerítricos en los servicios de atención primaria y de urgencia, incluyendo las situaciones de maltrato o abuso en las personas mayores.
 - 2.1.2. Facilitar el acceso de las personas mayores con trastornos mentales, sin límite de edad, desde los servicios de urgencia, atención primaria y servicios sociales, a

los dispositivos especializados (unidad de salud mental, centros de rehabilitación psicosocial, hospitalización de corta y media estancia, hospital de día, centros de día).

- 2.1.3. Integrar la asistencia psicogeriátrica en los planes de atención de las unidades de salud mental, nombrando un responsable de la misma y fomentando la participación de los diferentes profesionales de la unidad.
 - 2.1.4. Dotar a cada área sanitaria al menos con todos los dispositivos ambulatorios del programa de atención psicogeriátrica.
 - 2.1.5. Coordinar las actuaciones del programa de atención psicogeriátrica con los servicios y programas de atención especializada, especialmente con el Programa de Deterioro Cognitivo y los servicios de Geriátrica, Neurología y Medicina Interna.
 - 2.1.6. Crear dispositivos de atención domiciliaria psicogeriátrica para evitar que los problemas de autonomía sean motivo de exclusión, en colaboración con los equipos de atención primaria y los de hospitalización domiciliaria.
 - 2.1.7. Implementar un programa de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.
- 2.2. Fomentar la colaboración entre los dispositivos psicogeriátricos, las estructuras sociales y la red sociosanitaria, potenciando los recursos residenciales.

Objetivos específicos:

- 2.2.1. Desarrollar programas preventivos e informativos en los centros sociales de atención a los mayores para mejorar los niveles de educación y conciencia de los problemas de salud mental en este grupo de población.
 - 2.2.2. Implementar programas de “enlace” en los centros residenciales sociosanitarios para mayores dependientes atendiendo sus necesidades de tratamiento psicogeriátrico.
 - 2.2.3. Adecuar la dotación de plazas residenciales y centros sociosanitarios para mayores a las necesidades de los pacientes, incluyendo recursos de respiro para los cuidadores.
- 2.3. Implementar actividades de apoyo a las personas del entorno familiar que actúan como cuidadores de personas mayores.
- 2.4. Integrar en los programas de atención psicogeriátrica a personas del movimiento asociativo y voluntariado social.

■ **Objetivo general 3:** Potenciar la formación en psicogeriatría de los profesionales de la Red de Salud Mental, así como la investigación en este ámbito.

Objetivos específicos:

- 3.1. Implementar un plan de formación en psicogeriatría para todos los profesionales de la Red de Salud Mental, atención primaria, otras especialidades, servicios sociales y sociosanitarios.

Este plan se elaborará partiendo de las necesidades formativas detectadas, y entre sus objetivos incluirá desde la sensibilización de los profesionales hasta el logro de niveles elevados de competencias técnicas, relacionales y éticas.

- 3.2. Estimular el desarrollo de proyectos de investigación en psicogeriatría.

■ **Objetivo general 4:** Promover la participación de las asociaciones de familiares y enfermos mentales en la elaboración de programas de atención psicogeriátrica.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA EDAD INFANTOJUVENIL.

La salud mental infantojuvenil debe ser abordada reconociendo su especificidad respecto a la salud mental en la población adulta. Abarca un periodo de la vida en el que las capacidades del menor se van desplegando evolutivamente y formándose en interacción con su ambiente y su contexto, concurriendo una especial vulnerabilidad con una especial plasticidad.

Múltiples factores, biológicos, psicológicos y sociales, inciden sobre dicha vulnerabilidad, y modelan, junto a las características del menor, la expresión concreta del trastorno en un contexto y momento dados. Por su parte, la plasticidad del niño impone abordajes de carácter preventivo, con actuaciones coordinadas en los diferentes entornos naturales del menor o adolescente, sean familiares, escolares o sociales.

Como resultado, el enfermar en estas etapas es un proceso complejo, permeable al contexto social, y debe ser abordado de forma compleja y multifactorial, con recursos específicos e intervenciones multimodales, incluyendo actuaciones dirigidas a la familia y coordinadas con otras instancias de atención a la población infantojuvenil.

■ Impacto sanitario y social.

■ Epidemiología.

Los estudios internacionales estiman una prevalencia para los trastornos mentales entre el 10 y el 20% de la población en edad infantojuvenil, y entre 4 y 6% para el trastorno mental grave. Uno de cada tres niños y adolescentes cumplen criterios para un diagnóstico DSM IV o CIE10, y uno de cada diez con suficiente gravedad y repercusión en su vida para requerir tratamiento.

Los trastornos más prevalentes son los de ansiedad (8%), el trastorno por déficit de atención (TDAH), los trastornos de conducta y la depresión mayor (4%). El uso de drogas es también un problema prevalente a partir de los 13 años, alcanzando una tasa del 7% a los 16 años. Las chicas superan en prevalencia a los chicos en trastornos de ansiedad y depresión mayor, mientras que los chicos presentan con mayor frecuencia TDAH y trastornos de conducta. El grupo de Kessler (67) encontró que la prevalencia de la mayoría de los trastornos se incrementa con la edad de las muestras, al igual que la comorbilidad, estimándose además que la mitad de los casos de trastorno mental crónico en el adulto comenzaron alrededor de los 14 años de edad.

Se considera que en nuestro país las cifras de prevalencia son similares. En los datos de la Encuesta Nacional de Salud (13) los trastornos mentales aparecen entre los seis problemas o enfermedades crónicas diagnosticados por un médico en este grupo de edad. En Cantabria, los trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad) muestran una prevalencia de 2,5% para población de 0 a 14 años, frente al 2,2% en la muestra nacional, y de 0,7% para los trastornos mentales (ansiedad, depresión), frente a un 1% en la población nacional. También aquí se observa una pauta de incremento de la frecuencia de la mayoría de los trastornos.

Estudios recientes en España indican que un 4% de las adolescentes entre 12 y 18 años sufre algún tipo de trastorno alimentario, como la anorexia y la bulimia, y que el 20% de los jóvenes se encuentra en riesgo de padecerla.

El uso de drogas es también un problema relevante que se incrementa a partir de los 12-13 años, alcanzando una prevalencia del 7% a los 16 años (68). La Encuesta sobre Drogas en la Población Escolar 2012-2013 concluye que el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias más consumidas por los estudiantes de Cantabria, seguidas del cannabis. El consumo del resto de las sustancias analizadas (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína, etc.) es mucho más minoritario. La edad media de inicio del consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en torno a los 14 años, y el mayor incremento se da en el paso de los 14 a los 15 años.

■ Morbilidad y mortalidad.

La Encuesta Nacional de Salud 2011-1012 en población de 4 a 14 años, a través de preguntas a sus padres o tutores, encuentra una menor presencia de síntomas psicológicos y conductuales en relación con la media nacional: síntomas emocionales (1,8% nacional y 0,9% en Cantabria), problemas de conducta (1,7% nacional y 0,8% Cantabria), hiperactividad (4,0% nacional y 3,1% Cantabria), y problemas con compañeros (1,1% nacional y 0,7% Cantabria).

Las categorías diagnósticas más frecuentemente atendidas en Cantabria son los trastornos adaptativos (13%), los trastornos de ansiedad (9,5%) y los trastornos de conducta (TDAH, 5%; trastornos disociales, 3,7%). El 32,5% de los pacientes no cumplen criterios diagnósticos para ningún trastorno.

■ Discapacidad derivada.

El impacto de la patología mental en edades tempranas cobra mayor trascendencia por su proyección en el desarrollo del niño o del adolescente, el número de áreas de funcionamiento personal afectadas, y por sus repercusiones en el ámbito familiar. En esta época tan importante de la vida se verán afectadas principalmente actividades como el aprendizaje y rendimiento escolar, manejo del estrés y otras demandas psicológicas. También se verán afectadas las relaciones interpersonales, especialmente las familiares, las relaciones entre iguales, y las relaciones con educadores, cuidadores y otros adultos de referencia.

Si nos centramos en los trastornos mentales más incapacitantes, como la discapacidad intelectual, los trastornos del espectro autista y cualquier otro trastorno mental grave, también se producirán limitaciones graves en la comunicación, la capacidad de realizar demandas generales, tareas complejas y rutinas de autocuidado. Las limitaciones en dichas actividades comportarán restricciones en áreas tan determinantes para el desarrollo como la educación, aprendizaje y preparación para el empleo, así como en la participación en la vida social y comunitaria.

Los factores ambientales, actuando como facilitadores o como barreras, tendrán su impacto en la aparición de mayor o menor discapacidad derivada, destacando el entorno de apoyo y relaciones del menor (familia, cuidadores, profesionales de la salud y de otros servicios educativos o sociales), las actitudes de la población hacia los problemas de salud mental, las políticas sanitarias y educativas, la oferta de servicios a la población, e incluso las políticas de empleo, por su impacto en los adultos del entorno del menor.

■ Factores de riesgo implicados.

Se han descrito factores de riesgo y factores de protección, en los ámbitos biológico, psicológico y social.

- **Biológicos:** Predisposición genética, exposición a tóxicos en el embarazo, traumatismos, complicaciones intrauterinas y/o perinatales, infecciones, malnutrición y otras enfermedades. Entre los factores de protección se incluyen el desarrollo físico adecuado, buen estado general de salud y el adecuado desarrollo intelectual.
- **Psicológicos:** Entre los factores de riesgo se incluyen la presencia de trastorno mental en progenitores, abuso, maltrato o negligencia infantil, problemas de aprendizaje, rasgos de personalidad desadaptativos y elevado nivel de estrés. Entre los factores psicológicos de protección destacan la adecuada autoestima, las habilidades para aprender de la experiencia, la asertividad, la capacidad de resolución de problemas y las habilidades de relación interpersonal.
- **Sociales:** Se distinguen factores de tipo familiar, académico y comunitario.

Entre los factores de tipo familiar se incluyen el bajo nivel socioeconómico, pautas alteradas de relación familiar y marital, pautas inconsistentes de cuidado y crianza, pobre disciplina, déficits de habilidades de manejo y control, o pérdida de algún familiar. El vínculo de apego familiar, las habilidades parentales, el apoyo familiar, o las oportunidades de implicación y participación familiar funcionarían como factores de protección.

Entre los factores escolares y académicos se consideran de riesgo el fracaso escolar, inadecuadas condiciones para el aprendizaje, inasistencia a la escuela, inadecuada provisión de servicios educativos y la incorrecta atención a la diversidad. Como factores de protección se consideran las oportunidades para la implicación en las actividades escolares o la búsqueda y refuerzo del logro académico.

Entre los factores comunitarios, la pérdida de roles de apoyo en la comunidad o su desorganización, la presencia de discriminación y marginalidad, la exposición a la violencia y los cambios sociodemográficos intensos actúan como factores de riesgo de mala salud mental infantojuvenil. Los sentimientos de pertenencia a la comunidad, participación social gratificante, medio cultural no empobrecido, pautas constructivas de ocio o los modelos sociales positivos actúan como factores de protección.

En conjunto, se considera que los factores de riesgo más consistentes son la presencia de problemas obstétricos y perinatales, asociados a patología de tipo conductual. El bajo nivel socioeconómico, elevado estrés, conflicto marital, historia familiar de psicopatología, y relaciones disfuncionales padres-hijos se asocian con la presencia de patología conductual y emocional. La evidencia de

patología mental previa en un menor está también relacionada con la patología mental en su vida adulta en algunos trastornos (trastornos afectivos, esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo).

La identificación y las intervenciones precoces con los niños y sus familias pueden reducir el impacto de los factores de riesgo y de la patología mental a lo largo de la vida (69).

■ Situación de partida en Cantabria.

Las recomendaciones para nuestra comunidad autónoma parten de un análisis de la situación actual en este ámbito destacando una serie de carencias:

- Desarrollo claramente incompleto de la red de recursos de atención a los problemas de salud mental de la población infantojuvenil, careciéndose tanto de una unidad de ingreso hospitalario específica, como de recursos intermedios para tratamientos intensivos y de larga duración para niños y adolescentes.
- Inexistencia de adecuados sistemas de evaluación y registro para el conocimiento sistematizado de los problemas de salud mental infantojuvenil en Cantabria, homologables con el resto de comunidades autónomas y estándares internacionales, tanto en sus aspectos epidemiológicos como asistenciales.
- Carencia de estructuras objetivas de coordinación interinstitucional con otras redes de atención a población infantojuvenil, servicios sociales y entorno educativo.
- Bajos estándares de calidad en la atención de problemas y trastornos de salud mental infantojuvenil, con especial mención de la atención psicoterapéutica, en sus aspectos de frecuencia, duración y variedad de enfoques (individual, grupal, familiar).
- Escasez de actuaciones formativas para los profesionales de la salud mental y de otros circuitos sanitarios y sociales, tanto en los aspectos técnicos específicos (prevención, detección, diagnóstico y tratamiento) como en la coordinación intra e interinstitucional.

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

Las recomendaciones y guías nacionales e internacionales en este contexto están recogidas, además de referencias científicas, en algunos documentos de consenso:

- Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans (OMS, 2005).
- MHP: Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention A policy for Europe (UE, 2006).
- Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes (Asoc. Esp. de Neuropsiquiatría, 2008).
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.

- Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (UE, 2008).
- Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental (UE, 2005).
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016.

La priorización de las necesidades en este ámbito ha de tener en cuenta tres dimensiones: la gravedad de la patología, su impacto conductual y social, y el beneficio potencial de las intervenciones disponibles (70).

El impacto de la patología en estas edades tiene además un efecto negativo añadido debido a su inicio en una fase temprana de la vida. A este respecto, es reconocida en todos los ámbitos científicos la trascendental importancia de las actividades de promoción y prevención en el campo de la salud mental infantojuvenil, tanto por su especial vulnerabilidad e impacto, como por su efectividad y proyección, ya que una gran proporción de trastornos mentales adultos se originaron en estas etapas (71).

En cuanto a la priorización, las recomendaciones internacionales aconsejan actuar en distintos niveles, teniendo siempre en cuenta la etapa evolutiva en la que aparecen los trastornos, así como los contextos y condicionantes de dicho ciclo:

- En el nivel comunitario es necesario potenciar la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad.

En el entorno del niño y de su familia se debe favorecer una paternidad positiva ya desde el embarazo, y fomentar la participación de los jóvenes en la educación, la cultura, el deporte y el empleo. Los profesionales de distintos ámbitos que desempeñan su labor junto a los menores y sus familias (sanitarios, sociales, y fundamentalmente educativos) deben poseer la formación necesaria para fomentar estas actuaciones de tipo preventivo.

Las actividades de promoción de la salud deben estar basadas en la evidencia y dirigidos a aumentar la competencia de los menores mediante la alfabetización emocional, la información y las habilidades en el funcionamiento psicosocial (autoestima, asertividad, resolución de conflictos, aprendizaje emocional, tolerancia a la frustración, autoconocimiento y capacidad crítica), así como el fomento del apoyo, participación e integración social. Los contenidos y actividades de promoción de la salud mental y prevención deben incluirse en los programas de formación especializada.

Las actuaciones dirigidas a la prevención de la enfermedad se deben planificar atendiendo a las diferentes etapas evolutivas y a la edad en la que suelen aparecer los trastornos, y focalizarse en grupos específicos de población, en función de su exposición a determinados factores de riesgo y protección. En este sentido destacamos intervenciones prioritarias con hijos de progenitores con trastorno mental e hijos víctimas de abusos, malos tratos o negligencia.

En cuanto a áreas prioritarias de la actuación preventiva frente a trastornos y problemas psicosociales son de especial relevancia el consumo de sustancias de abuso, trastornos de la conducta alimentaria, acoso, abuso y violencia en diferentes contextos (educativo y familiar especialmente), suicidio y depresión, aislamiento y dependencia, y prevención de la discriminación y exclusión social.

- En el nivel primario de salud (pediatría de atención primaria) hay que potenciar la identificación temprana de los problemas de salud mental, junto con estrategias sencillas psicoeducativas, manejo conductual y consejo psicológico para los padres.
- En el nivel secundario (salud mental comunitaria) es necesario potenciar una red diferenciada y coordinada de recursos para cubrir una demanda creciente, favoreciendo la investigación y la formación, así como la supervisión de los profesionales y la coordinación con los departamentos de educación y servicios sociales.

Resulta imprescindible avanzar en la integración y coordinación de redes asistenciales, tales como la de atención temprana, drogodependencias o salud mental de adultos, garantizando la continuidad de cuidados y la adecuada transición entre dispositivos en casos con patologías crónicas, comorbilidad y todas aquellas situaciones que requieren respuestas rápidas, integradas y coordinadas.

Es necesario también establecer y consolidar canales y estructuras de coordinación con otras redes de atención psicosocial al menor, tales como el sistema educativo, los servicios sociales especializados y de atención primaria, o los recursos de justicia para los menores. Siendo las situaciones de negligencia, abuso, maltrato y abandono del menor factores de riesgo de primera magnitud, se deben establecer actuaciones conjuntas con los servicios sociales especializados mediante protocolos de actuación que incluyan elaboración de instrumentos de despistaje, actividades formativas, y canales adecuados de derivación y coordinación.

Se advierte igualmente de la importancia de evitar la sobremedicación, con mayor acceso a intervenciones psicológicas y sociales. Respecto a estas últimas se hace necesario incrementar sus estándares de calidad tanto en el número de sesiones, como en su duración o periodicidad, y tanto en sus encuadres individuales, como grupales y familiares.

Los servicios de salud mental infantojuvenil deben participar en la mejora del abordaje del dolor crónico en población infantojuvenil, en colaboración con otras especialidades.

- A nivel terciario se establecen acciones en tres direcciones. En primer lugar colaborando con la pediatría hospitalaria para el abordaje conjunto de pacientes que lo precisen, clarificando los canales de interconsulta y derivación bidireccional entre servicios. En segundo lugar, creando unidades psiquiátricas de hospitalización infantil a tiempo parcial y completo. Finalmente, logrando la coordinación con las unidades de adolescentes, centros de menores o centros de ingreso crónico existentes en la CCAA.

En cuanto a patologías graves con gran discapacidad derivada, han de desarrollarse recursos de acompañamiento familiar y dispositivos de atención domiciliaria.

Se debe considerar el estigma y la exclusión social tanto como causa (factor de riesgo) como consecuencia de los trastornos mentales, implementando actuaciones que prevengan la estigmatización y la exclusión social.

Hay que disponer de adecuados sistemas de registro e indicadores sobre el estado de salud en la infancia y adolescencia y el impacto de los programas terapéuticos, y promover la investigación específica en el campo de la salud mental infantojuvenil, especialmente en el ámbito de los trastornos externalizantes (trastornos por déficit de atención, hiperactividad, trastorno disocial, negativista desafiante, etc.).

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Impulsar la mejora de la atención a los problemas de salud mental infantojuvenil completando la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad.

Objetivos específicos:

- 1.1. Crear una unidad de hospitalización infantojuvenil a tiempo completo y una unidad de hospitalización a tiempo parcial en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Dada la estimación de la necesidad de un pequeño número de camas, no superior a 6, y con periodos de baja ocupación, el equipo de psiquiatría infantojuvenil responsable de esta unidad lo será también de la unidad de hospitalización parcial (entre 10 y 15 plazas), así como de consultas ambulatorias de alta intensidad y de la interconsulta en las plantas de pediatría.

- 1.2. Implantar una unidad de salud mental infantojuvenil en la zona oriental de Cantabria.

Con la dotación de este equipo se producirá una mejora sustancial en la accesibilidad de los pacientes y de sus familias a la unidad de salud mental, y también de la coordinación con los centros educativos y recursos sociales de esa área.

- 1.3. Disponer de adecuados sistemas de evaluación y registro de la información epidemiológica y asistencial en la Red de Salud Mental infantojuvenil.

Este objetivo vincula este programa con los objetivos del programa "eSalud Mental" orientados a contar con un sistema global de registro asistencial y de indicadores de actividad para toda la Red de Salud Mental.

Objetivo general 2: Potenciar la asistencia a los trastornos graves en salud mental infantojuvenil garantizando, mediante la coordinación con otros programas sanitarios y sociales, la intervención rápida y la continuidad de cuidados.

Objetivos específicos:

2.1. Desarrollar un programa de asistencia a patología grave infantojuvenil con un equipo específico.

Un diagnóstico precoz y un tratamiento temprano intensivo, especializado, continuado, coordinado e integrado, inciden de forma muy significativa en una evolución más favorable y menos invalidante. Para ello es fundamental que los pediatras, médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos hagan una detección precoz de estos trastornos mentales graves en niños y adolescentes.

Tras detectar un posible caso, tanto a nivel sanitario como educativo o social, la unidad de salud mental infantojuvenil llevará a cabo una valoración multidisciplinar y elaborará un plan terapéutico individualizado en el que se concreten las actuaciones a realizar y las medidas de coordinación con el resto de recursos (sanitarios, educativos, sociales y judiciales).

2.2. Desarrollar protocolos específicos para el abordaje especializado de los trastornos mentales graves en población infantojuvenil y vincularlos a programas de atención a la salud mental del adulto relacionados con éstos, en coordinación con otras redes de atención a la población infantojuvenil.

Entre estos trastornos se incluyen la psicosis, trastorno mental grave y crónico, trastornos de la conducta alimentaria, programa de prevención del suicidio y conductas que sugieren el desarrollo de trastornos de la personalidad.

Las propuestas se dirigen a la optimización de todos los recursos de nuestra comunidad, incorporando mejoras en algunos de los ya existentes, potenciando la coordinación entre instituciones y modificando los criterios de acceso, permitiendo así el abordaje de un mayor número casos con necesidad de intervenciones especializadas.

2.2.1. Incorporar programas de tratamiento psicoterapéutico en las unidades residenciales para menores de los servicios sociales.

2.2.2. Reforzar el funcionamiento del programa de violencia filoparental, diversificando y ampliando su temática dentro de los trastornos de conducta (violencia inter pares, etc.), y facilitando la accesibilidad al mismo desde diferentes ámbitos.

2.2.3. Consolidar el programa “Jóvenes y Drogas” de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas.

Este objetivo coincide con el objetivo 3.2 del programa “Trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias”.

2.2.4. Adaptar los programas y dispositivos sociales existentes para menores con trastornos de conducta para la atención de adolescentes con sospecha de trastorno de la personalidad, a partir de los 15 años de edad y sin el requisito de estar sujetos a medidas judiciales.

2.3. Mejorar la coordinación con los servicios de atención primaria, especialmente con los equipos de atención temprana, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos.

2.4. Elaborar instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos de menores en situaciones de riesgo, de forma coordinada con otras redes de atención al menor.

2.4.1. Consensuar con los equipos de pediatría de atención primaria la incorporación de uno varios procedimientos de detección en el Programa del Niño Sano.

2.4.2. Instaurar uno o varios instrumentos y procedimientos de detección precoz y derivación de posibles casos en los protocolos de los servicios sociales y educativos.

Se incluye en este objetivo la elaboración de guías para TDAH, trastornos de la conducta alimentaria, depresión, etc.

2.5. Coordinar las actuaciones entre las unidades de salud mental infantojuvenil y las de adultos.

Será muy relevante la coordinación en el momento del cambio de dispositivo al cumplir el paciente la edad establecida para ser tratado en la unidad de salud mental de adultos, y también en el caso de que los padres de niños tratados en unidades de salud mental infantojuvenil padezcan trastornos mentales graves y estén en tratamiento en las unidades de salud mental de adultos.

Objetivo general 3: Mejorar la colaboración de las unidades de salud mental infantojuvenil con los dispositivos dependientes de los servicios sociales y educativos mediante la creación de estructuras formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.

Una coordinación reglada entre los equipos ayuda a ofrecer una asistencia de calidad, delimita las funciones de los diferentes profesionales, evita la duplicidad o contradicción de intervenciones, facilita el acceso a los servicios y permite una intervención más eficiente.

Objetivos específicos:

3.1. Establecer un protocolo de trabajo común entre los dispositivos de salud mental infantojuvenil y los servicios sociales de atención primaria para la intervención socio-educativa y acompañamiento familiar en los casos con sintomatología inespecífica secundaria a una situación de dificultad familiar.

- 3.2. Implantar un programa de prevención y tratamiento conjunto entre los dispositivos de salud mental infantojuvenil y los servicios sociales de atención primaria para trastornos psicopatológicos detectados en menores que sufren un trato negligente por parte de su familia.
- 3.3. Implementar un procedimiento sistemático de evaluación psicológica general entre la población infantil en acogimiento residencial.
- 3.4. Desarrollar programas de formación del personal educativo de los centros y hogares en aspectos básicos de la psicopatología del niño y adolescente.

Estos programas mejorarán la detección temprana, la comprensión de los mecanismos psicopatológicos que subyacen a los comportamientos perturbadores y la comunicación con los profesionales.

- 3.5. Establecer una pauta de contactos programados entre los profesionales de los equipos de salud mental infantojuvenil y los servicios sociales de atención especializada para abordar en conjunto los casos de desprotección que requieren una intervención de carácter terapéutico.
- 3.6. Establecer una pauta de contactos programados entre los profesionales de los equipos de salud mental infantojuvenil y los especialistas de orientación educativa para tratar casos concretos.
- 3.7. Elaborar por parte del equipo de salud mental infantojuvenil pautas básicas de actuación y estrategias para el manejo psicológico y conductual de determinados casos en los centros educativos.
- 3.8. Colaborar por parte del equipo de salud mental infantojuvenil con los programas y experiencias educativas para alumnos con necesidades específicas, como las aulas terapéuticas.

Objetivo general 4: Promover actuaciones de promoción y prevención en salud mental infantojuvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma.

Objetivos específicos:

- 4.1. Elaborar, implantar y desarrollar un programa preventivo y de detección de situaciones de riesgo (aislamiento social, abusos, maltrato, etc.).
- 4.2. Elaborar, implantar y desarrollar un programa de prevención del suicidio en la infancia y adolescencia, en coordinación con atención primaria, servicios sociales y entorno educativo.

Este objetivo coincide con los objetivos generales y específicos del programa "Suicidio".

- 4.3. Elaborar, implantar y desarrollar un programa de psiquiatría perinatal y de atención al niño de 0 a 3 años, que aborde esta problemática psiquiátrica y su impacto en los procesos de crianza, vinculación y desarrollo del bebé y el niño pequeño.

Este programa requiere la coordinación estrecha con los servicios de atención primaria y especializada que tienen relación con la patología perinatal (salud mental del adulto, ginecología, obstetricia, pediatría hospitalaria y atención primaria).

■ **Objetivo general 5:** Mejorar la calidad de la atención psicoterapéutica, dentro de un enfoque multimodal, en sus aspectos de frecuencia, duración y tipos de intervención (individual, grupal, familiar).

Este objetivo coincide con los objetivos generales y específicos del programa "Psicoterapia".

■ **Objetivo general 6:** Mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud mental infantojuvenil.

Este objetivo coincide con los objetivos generales y específicos del programa "Formación en salud mental".

Objetivos específicos:

- 6.1. Desarrollar un plan de formación especializado para los profesionales de la Red de Salud Mental infantojuvenil y de asistencia pediátrica.
- 6.2. Desarrollar acciones formativas para profesionales y agentes de otras redes de atención infantojuvenil, tales como servicios sociales y educativos, en cuanto a promoción de la salud mental infantojuvenil y detección precoz de trastornos en este grupo de edad.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

ATENCIÓN A LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.

Las personas que padecen una enfermedad mental grave y crónica sufren alteraciones en su desarrollo como individuos, no sólo en su salud mental, sino también en sus relaciones familiares, sociales y laborales, por lo que la atención de sus necesidades conlleva un importante consumo de recursos sanitarios y sociales.

La definición de trastorno mental grave con mayor consenso internacional es la que en 1987 formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), que define a este colectivo como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”. Este concepto de la enfermedad mental grave y crónica constituye el núcleo de un modelo asistencial multidisciplinar e integrador en la atención de este tipo de pacientes.

Se trata por tanto de una situación que precisa un abordaje complejo y prolongado en el tiempo, y que incluye aspectos tales como:

- Atención sanitaria directa con intervenciones biológicas, psicosociales y de rehabilitación.
- Intervenciones sobre el medio social y de apoyo a la familia.
- Atención interdisciplinar que aborde aspectos sociales, laborales, educativos, judiciales, etc.

■ Situación de partida en Cantabria.

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander (entonces “Casa de Salud Valdecilla”) fue el primero en nuestro país en contar con una unidad de ingresos psiquiátricos en hospital general, trabajando después de forma coordinada con las unidades psiquiátricas de media y larga estancia (Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas y el denominado actualmente Centro Hospitalario P. Menni). Sin embargo, el desarrollo de alternativas asistenciales a la hospitalización para personas con trastorno mental grave ha sido discontinuo y muy incompleto, en una época en la que nuestro país apostaba por la llamada “Reforma Psiquiátrica”.

A finales de los años 90 se creó una red de centros de rehabilitación psicosocial y psicogeriátricos a través de concertos entre entidades asistenciales y la Dirección General de Salud Mental, pasando posteriormente a estar concertada con la Dirección General de Atención Sociosanitaria y, en la actualidad, con el Instituto Cántabro de Servicios Sociales.

Aunque el número actual de plazas concertadas en los centros de rehabilitación psicosocial es aceptable, la vinculación de la prestación de tratamiento rehabilitador al reconocimiento de un determinado grado de dependencia genera, además de controversias de tipo conceptual, importantes dificultades derivadas de la ausencia de un modelo de valoración de la dependencia que recoja adecuadamente las disfunciones y necesidades de las personas con discapacidad generada por un trastorno mental grave. Estas dificultades se materializan en la práctica en la existencia de barreras difícilmente salvables para acceder a dichos recursos. Lo mismo sucede en lo concerniente a los programas de formación y reinserción laboral, como el INICIA.

Con respecto al acceso a dispositivos de tipo residencial, las carencias existentes no se derivan de los protocolos de derivación de la dependencia, sino de la no disponibilidad de un número suficiente de plazas, lejos de las recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales.

Salvo iniciativas puestas en marcha en alguna unidad de salud mental, no se dispone en Cantabria de una vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico y a su familia. La ausencia de este programa tiene como consecuencias negativas la falta de definición de trastorno mental grave y crónico y la no existencia de un registro de personas en tal situación. También impide un abordaje global y coordinado de las necesidades, muy variadas, derivadas de su enfermedad, y la visualización de la necesidad de llevar a cabo actuaciones directamente en el entorno del paciente.

■ Recomendaciones nacionales e internacionales.

A la hora de abordar los objetivos propuestos para la atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica, debemos tener presentes aquellas recomendaciones, declaraciones y peticiones que las distintas autoridades científicas y representantes de los ciudadanos han venido manifestando en los últimos años, y que han resultado fecundas en cuanto a la producción de estrategias para abordar el importante problema de la atención integral a las personas afectadas por estas patologías:

- Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki (2005).
- Libro Verde. “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” (Bruselas, 2005).
- Resolución de 6 de septiembre de 2006: “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la UE en materia de salud mental”.
- Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar (Bruselas, 2008).
- Conclusiones del Consejo de la UE sobre el Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar (2011).
- Informe sobre la salud mental de la Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria del Parlamento Europeo (Inf. 2008/2029).

Centrándonos en el Estado Español, es necesario hacer referencia a publicaciones promovidas desde el propio ámbito ministerial, tales como:

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009/2013, del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006/2008, del Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves, del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2011).

Las conclusiones de estas propuestas y sus recomendaciones, aceptadas tanto a nivel nacional como internacional, reconocen que los trastornos mentales graves que se mantienen en el tiempo son la principal causa de carga de enfermedad, tanto en el plano asistencial como en el familiar y social. Son también la principal causa de discapacidad, dependencia y exclusión social en términos sociales, laborales o de equidad, y representan una importante causa de sufrimiento para las personas que los padecen y para sus familias.

Por ello, resulta necesario afrontar estrategias y líneas de actuación que permitan atender de manera global y eficiente a las personas afectadas de trastorno mental grave a través de actuaciones dirigidas a asegurar la correcta atención sanitaria y la coordinación real con los otros sectores conectados con la realidad asistencial y social de estas personas y sus familias.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Definir, en el ámbito de Cantabria, la condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.

Objetivo específicos:

- 1.1. Crear un registro de personas con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con los criterios que definen a la persona con trastorno mental grave y crónico en Cantabria.
- 1.2. Definir el perfil y las actuaciones del gestor de caso, o profesional de la Red de Salud Mental asignado a cada persona incluida en el registro de personas con trastorno mental grave y crónico, como garante de la continuidad de cuidados y de la coordinación con los servicios sociales, favoreciendo la adherencia al tratamiento y evitando los abandonos.

■ **Objetivo general 2:** Crear una vía integrada de atención a la persona con trastorno mental grave y crónico en Cantabria.

En todos los dispositivos y programas de la Red de Salud Mental se implementarán actuaciones orientadas a la detección, derivación y atención, de manera rápida y eficaz, de las personas con trastorno mental grave y crónico, en el nivel más adecuado para sus necesidades en cada momento evolutivo de su enfermedad.

Esta vía establecerá sistemas de coordinación con atención primaria, otros servicios de atención especializada, los servicios sociales y otros departamentos de la administración relacionados con las necesidades de las personas con trastorno mental grave y crónico, y sus familiares.

Objetivos específicos:

- 2.1. Elaborar, por un grupo de expertos, el diseño de la vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico en Cantabria.
- 2.2. Diseñar un plan de tratamiento integral para cada persona afectada por trastorno mental grave y crónico, elaborado desde la atención psiquiátrica y desplegado hacia otros niveles de atención, especialmente los servicios sociales y atención primaria.

- 2.3.** Incrementar el número de personas que, de acuerdo con sus necesidades, reciben tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial como prevención terciaria, tal como recoge la Cartera Común Básica de Servicios Asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

Los programas de rehabilitación psicosocial se ajustarán a los estándares de calidad recogidos en las guías nacionales e internacionales, con intervenciones intensivas y multimodales en una primera fase de rehabilitación activa, y posteriormente con medidas de rehabilitación a medio y largo plazo combinadas con programas de apoyo social.

- 2.4.** Promover la creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y en el domicilio, que fomenten la plena integración y permanencia de la persona con trastorno mental grave y crónico en el entorno donde reside.

2.4.1. Ampliar los recursos residenciales (pisos tutelados y miniresidencias) disponibles para personas con trastorno mental grave y crónico, con arreglo a las necesidades detectadas en Cantabria y a las recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales, y con una adecuada distribución geográfica.

2.4.2. Introducir, dentro de la vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico, un programa de tratamiento asertivo comunitario en cada área sanitaria.

- 2.5.** Priorizar, en los programas de formación de los profesionales, los temas relacionados con la atención a personas con trastorno mental grave y crónico y a sus familiares.

Objetivo general 3: Crear una unidad de coordinación con el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, que ocupe el espacio de interacción entre ambos sistemas, y propicie la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia.

Objetivos específicos:

- 3.1.** Garantizar el acceso a los centros de rehabilitación psicosocial mediante la indicación contenida en el plan individualizado de atención, independientemente del grado de dependencia reconocido al paciente.
- 3.2.** Avanzar en la mejora de la valoración de la situación de dependencia derivada de un trastorno mental.

Objetivo general 4: Garantizar la protección de los derechos de las personas con trastorno mental crónico en los procesos terapéuticos y asistenciales que precisan por parte de la Red de Salud Mental y de los servicios sociosanitarios.

Estos derechos están contenidos en las normas y recomendaciones de ámbito internacional, europeo, estatal y autonómico (Ver anexo de Normativa legal), siendo todas ellas relevantes para el desarrollo de políticas de salud mental y de la atención sanitaria a la persona con trastorno mental, y que constituyen el ámbito de referencia del presente Plan.

Objetivos específicos:

4.1. Elaborar, por un grupo multidisciplinar de expertos, un informe sobre la situación actual de ejercicio de los derechos del paciente con trastorno mental en los dispositivos y servicios del sistema sanitario de Cantabria, que recoja las deficiencias encontradas e incluya una lista de recomendaciones.

4.2. Planificar y desarrollar una serie de actuaciones en función de las recomendaciones contenidas en el informe del grupo de expertos.

Los grupos de trabajo deberán incluir a usuarios y familiares, profesionales de cada una de las categorías o perfiles de las instituciones que se evalúen, y personas que, por su competencia técnica o de gestión, pudieran coadyuvar a la resolución de los problemas detectados.

4.3. Elaborar y difundir una Carta de Derechos de Personas Usuarias de los Servicios de Salud Mental.

4.4. Mejorar la información sobre la situación jurídica de personas cuya capacidad haya sido modificada por resolución judicial.

4.5. Mejorar la información y formación de los profesionales sanitarios sobre las normas que regulan su actividad y los derechos de las personas usuarias de los servicios.

Estas medidas incluyen mejorar la aplicación del consentimiento informado, los ingresos con carácter involuntario, la información sobre las medidas que permiten realizar tratamientos autorizados judicialmente de manera menos restrictiva (caso de los tratamientos ambulatorios involuntarios) y activar los mecanismos de coordinación necesarios que permitan su aplicación.

4.6. Revisar y actualizar, con el concurso de todas las agencias implicadas, el protocolo de ingresos involuntarios del año 2001.

Dicho protocolo deberá adecuarse a las recomendaciones que establece la STC 141/2012, de 2 de julio, acerca del internamiento psiquiátrico involuntario por vía de urgencia, que trata sobre las garantías de esta modalidad de ingreso, especialmente sobre plazos de la resolución judicial, motivación de la misma y derechos procesales del paciente.

4.7. Proponer y promover la promulgación de nuevas disposiciones de carácter normativo que incorporen todos los principios, avances y recomendaciones en materia de salud mental asumidos desde que se aprobara la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria.

Objetivo general 5: Promover, a través de programas multisectoriales, campañas de información, sensibilización y divulgación, la lucha contra la estigmatización de las personas afectadas de trastorno mental grave y crónico, con especial incidencia en los ámbitos educativo, laboral y judicial.

Objetivos específicos:

- 5.1.** Mejorar el conocimiento, la información, las actitudes y los comportamientos sobre la enfermedad mental y las personas con trastornos mentales graves en los servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados, en otros colectivos relacionados y en la población general.

Se promoverá la utilización de las nuevas tecnologías (plataformas digitales, blogs, redes sociales, etc...) y la participación de todas aquellas entidades y colectivos (sanitarios, sociales, de empleo, judiciales, educativos, tejido asociativo y familias, profesionales, investigadores, etc.) que quieran involucrarse en fomentar una visualización positiva del enfermo mental y de sus capacidades.

- 5.1.1.** Colaborar con la Escuela Cantabra de Salud para potenciar el Aula de Salud Mental y sus diferentes secciones de experiencias de pacientes, boletines, guías informativas, cursos, actividades y blogs con información.
- 5.1.2.** Celebrar, en torno al Día Mundial de la Salud Mental, actos institucionales y actividades orientadas al conocimiento de la salud mental (charlas, cursos, ciclos de cine o teatro, actividades deportivas, exposiciones, etc.).
- 5.1.3.** Fomentar apariciones periódicas en los medios de comunicación con información relativa a la enfermedad mental y a las personas con trastornos mentales graves.
- 5.1.4.** Fomentar la coordinación con la Consejería de Educación para desarrollar diferentes actuaciones relacionadas con la persona con enfermedad mental grave y con el estigma.

Estas actuaciones se orientarán a informar y sensibilizar al profesorado, como agentes educativos de los alumnos en esta materia, y al desarrollo de programas formativos para las personas con trastorno mental grave y crónico.

- 5.1.5.** Diseñar programas específicos de formación en buenas prácticas relacionadas con el estigma de la enfermedad mental para profesionales de diferentes colectivos (social, laboral, policial y judicial) y de manera especial a profesionales de la información, promoviendo una imagen positiva de la salud mental en los medios de comunicación.
- 5.2.** Favorecer que las personas con problemas de salud mental y sus familiares se involucren en la estrategia contra el estigma y la discriminación.
- 5.2.1.** Apoyar desde las instituciones, y de manera especial desde la Red de Salud Mental, las actividades llevadas a cabo por los colectivos de personas con problemas de salud mental y sus familiares para vencer su propio autoestigma y convertirse en protagonistas del cambio.

- 5.2.2. Favorecer la creación de canales de difusión de los intereses, realidades, aspiraciones y necesidades del colectivo de personas con enfermedad mental y sus familiares.
- 5.2.3. Atender, estudiar y, en su caso, apoyar, la denuncia de prácticas discriminatorias o de fomento del estigma de la persona con enfermedad mental.
- 5.3. Fomentar y mejorar el acercamiento de las personas con enfermedad mental al mercado laboral, en especial en lo relativo a la empresa y a iniciativas singulares de empleo, como elemento fundamental para su visualización y su plena integración social.
 - 5.3.1. Incentivar la creación de experiencias de economía social cuya finalidad sea mejorar el acceso al empleo de las personas afectadas por trastornos mentales en forma de cooperativas o experiencias de colaboración entre entidades sin ánimo de lucro y asociaciones o entidades que trabajan en el campo de la salud mental.
 - 5.3.2. Promover experiencias de integración en empresa ordinaria de personas afectadas por trastornos mentales a través de programas específicos de becas de prácticas o ayudas para la formación y capacitación laboral de este colectivo.
 - 5.3.3. Potenciar el proyecto INICIA y otros programas de rehabilitación laboral y formación para el empleo para personas con trastorno mental grave, a través de los agentes de formación con los que el Servicio de Empleo del Gobierno de Cantabria mantiene convenios.
 - 5.3.4. Promover campañas específicas de sensibilización, conocimiento y contacto con el colectivo empresarial que faciliten a las personas con trastorno mental grave el acceso al empleo normalizado.

■ Objetivo general 6: Establecer e implantar vías de participación efectiva de las personas con trastorno mental, de sus familias, cuidadores y representantes, para la planificación y evaluación de aquellos aspectos de la atención a la salud mental que sean procedentes.

Objetivos específicos:

- 6.1. Promover la creación de un órgano consultivo y de asesoramiento multisectorial e interdisciplinar, con participación de representantes de colectivos de personas con trastorno mental y sus familiares, articulando las vías para que sus conclusiones tengan independencia y efectividad.

En este órgano estarán representados también las asociaciones de profesionales de la Red de Salud Mental y de otros colectivos (políticos, sociales, laborales, educativos, culturales, etc.), así como de los medios de comunicación.

Entre sus actividades se incluirán la participación en la planificación de la salud mental y en la evaluación de los servicios.

- 6.2. Reforzar el respaldo a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, para que puedan actuar como interlocutores y ejerzan con eficacia funciones de apoyo mutuo y defensa de sus derechos.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS.

En el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019 el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas es abordado, desde una perspectiva fundamentalmente epidemiológica y preventiva, en la línea “transversal” de Determinantes de la Salud, dentro del apartado “Conductas de Riesgo”, incluyendo los siguientes objetivos:

1. Disminuir la prevalencia del tabaquismo en la Comunidad Autónoma de Cantabria.
2. Proteger a la población del humo ambiental del tabaco (HAT).
3. Reducir el número de consumidores, actuales y diarios, de alcohol.
4. Reducir el número de jóvenes con conducta de riesgo en relación con el consumo de alcohol.
5. Reducir el número de consumidores actuales de cánnabis.
6. Reducir el consumo experimental de las drogas ilegales.
7. Normalizar el tratamiento de las adicciones en el Servicio Cántabro de Salud.

Dado que Cantabria cuenta con una estrategia específica sobre drogas y un Plan de Prevención y Control del Tabaquismo, el Plan de Salud Mental de Cantabria incluye fundamentalmente actuaciones vinculadas con la asistencia a las personas que padecen trastornos diagnosticables como adicciones.

El grupo de expertos que ha elaborado este capítulo del Plan de Salud Mental acordó delimitar algunos tipos de adicciones para incluir en este programa, teniendo en cuenta la naturaleza y aspectos diferenciales de las mismas, así como el impacto sociosanitario de cada una de ellas.

Aunque dentro de un marco teórico y conceptual, los trastornos adictivos incluyen conductas relacionadas con el juego, sexo, Internet, etc., bien como patología única o comórbida con otras adicciones y trastornos mentales, la mayor parte de las veces reciben tratamiento en las unidades de salud mental y no precisan otros dispositivos. Por ello, no se incluirán actuaciones específicas en este programa.

De esta manera, el programa asistencial de las adicciones dentro del Plan de Salud Mental incluirá los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y drogas ilegales.

■ Impacto sanitario y social.

■ Alcohol.

El consumo de bebidas alcohólicas es un hábito ampliamente extendido y culturalmente aceptado. Existe una gran tolerancia social sobre su uso y repercusiones, aunque éstas sean nocivas para la salud individual y poblacional. El alcohol se ha convertido en la sustancia protagonista del consumo de drogas entre los jóvenes. Los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas.

El consumo abusivo de bebidas alcohólicas tiene un altísimo coste sanitario y social. El alcohol está relacionado con el desarrollo de distintas enfermedades, discapacidad, accidentes, así como con el aumento de la violencia familiar y la marginación social. Provoca 2,5 millones de muertes al año, de las cuales unas 320.000 se producen en jóvenes entre 15 y 29 años de edad. En Europa ocupa el segundo lugar entre los factores de riesgo de la carga mundial de morbilidad. La repercusión económica directa e indirecta atribuible al consumo de alcohol se estima en 3.832 millones de euros/año.

En Cantabria, el alcohol es la sustancia psicoactiva de consumo más extendido. El 42,4% de la población entre 15 y 64 años lo ha consumido en los últimos 30 días y un 11,8% diariamente. Se observa una gran diferencia por sexos, a favor de los varones (Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en Cantabria, 2011).

Entre los jóvenes cántabros de 15 a 18 años, el consumo de alcohol es muy habitual. En el último mes, el 65,8% (64,2% hombres, 67,4% mujeres) refiere haber consumido bebidas alcohólicas, situándose 2,8 puntos por encima del nivel nacional con una tendencia estable en el tiempo.

Un dato importante, que supone el cambio de tendencia en el consumo, es la elevada prevalencia de atracones de alcohol o "binge drinking" (5 ó más copas/vasos en los hombres y 4 en las mujeres, en un intervalo aproximado de 2 horas en los últimos 30 días). El 68,6% (72,4% hombres y 65,2% mujeres) había realizado esta conducta de riesgo en los 30 días previos a la encuesta, porcentaje muy superior al obtenido a nivel nacional, que era un 36,7% (Encuesta sobre drogas a la población escolar. Cantabria, 2010).

Extrapolando la repercusión económica de este problema a nuestra comunidad autónoma, se puede afirmar con los datos disponibles que el coste atribuible al alcohol es aproximadamente de unos 50 millones de euros/año.

■ Drogas ilegales.

El consumo de sustancias ilegales en la actualidad es un fenómeno asociado al ocio, que afecta especialmente a jóvenes que toman por diversión sustancias psicoactivas, cuyos riesgos no perciben. Aunque su consumo afecte a una proporción relativamente baja de población, sus consecuencias sociales y sanitarias son extraordinariamente importantes. Aumentan el riesgo de envenenamiento, dependencia, psicosis, suicidio, mortalidad global y conducta criminal, así como el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la hepatitis (C y B) y el SIDA.

El consumo de drogas ilegales genera una gran carga económica de muy difícil cuantificación, además de los costes relacionados con el consumo de las sustancias (prevención y tratamiento de problemas de salud derivados de su consumo). También ocasiona altos costes sociales, como los relacionados con actividades delictivas, para los sistemas judicial, policial y penitenciario, así como los generados por la reducción de la disponibilidad laboral, derivados de la incapacidad laboral y los ingresos de larga duración.

El cannabis y la cocaína son, por este orden, las sustancias ilegales más consumidas. Entre la población de 15 a 64 años, un 6% reconoce haber consumido cannabis en el último año y un 4,4% en el último mes, mientras que el 8,2% ha probado alguna vez la cocaína, un 0,7% la ha consumido en los últimos 12 meses y un 0,2% en los últimos 30 días. El consumo de otras sustancias ilegales es bajo, y prácticamente no se registran consumos en el último año.

El consumo de drogas ilegales está más extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 26,7% ha consumido cannabis en los últimos 12 meses y el 16,4% en los últimos 30 días, mientras que un 4,6% ha probado la cocaína, un 3% la ha consumido en el último año y un 1,5% en el último mes. En todos los grupos de edad el consumo siempre es mayor entre los hombres.

En Cantabria, el consumo actual de cannabis es similar al registrado a nivel nacional, 0,8 puntos inferior en los jóvenes de 14 a 18 años. En los últimos años han aumentado los consumos experimentales de drogas ilegales, el de cannabis (13,5 puntos entre la población de 15 a 64 años y 3,4 puntos entre los jóvenes de 14 a 18) y el de cocaína (4,6 y 3,4 puntos respectivamente).

En el año 2011 la tasa de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias fue de 119,24 por 100.000 habitantes de 15 a 64 años, la mayoría hombres (84,5% frente al 15,24% de mujeres), con una edad media de 36,1 años. La droga que con mayor frecuencia motivó el tratamiento fue la cocaína (40,7%) seguida de la heroína (26,5%). Las urgencias hospitalarias en las que se mencionaba consumo no médico de sustancias psicoactivas fueron 1.923, estando el 30,84% directamente relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

■ Factores de riesgo implicados.

Resulta difícil definir las causas del abuso de sustancias psicoactivas. El consumo de drogas, como conducta, es el resultado de la interacción de múltiples factores. Los diferentes factores de riesgo que influyen sobre una determinada conducta de consumo, tanto de drogas legales como ilegales, no actúan como causas o motivos unidireccionales, sino que interactúan entre sí y son de carácter probabilístico, aumentando así la probabilidad de que aparezca el abuso a mayor presencia de factores de riesgo.

Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades. Una constelación de cambios (cognitivos, personales y psicosociales) hacen a los adolescentes más vulnerables a las conductas problemáticas de consumo, ya que los sitúan más cerca de la influencia de los principales factores de riesgo.

Los factores de riesgo propios del individuo hacen referencia a sus características internas, a su forma de ser, sentirse y comportarse (edad, personalidad, actitudes, valores y creencias hacia las drogas, autoestima, habilidades sociales, etc.).

Entre los factores externos se incluyen, por una parte, las condiciones ambientales, sociales y culturales que rodean al individuo y que influyen sobre los consumos de drogas (estructura económica, normativa, accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo, etc.). Por su parte, los factores microsociales, que corresponden al entorno más próximo de la persona y donde se produce su desarrollo vital, resultan de la interacción entre cada sujeto y los agentes básicos de socialización: familia, escuela y grupo de iguales.

Los elementos del entorno familiar que suelen encontrarse asociados al consumo de drogas hacen referencia a las relaciones afectivas entre padres e hijos, las prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales y su influencia como modelos de comportamiento. En el medio escolar se han señalado como factores de riesgo un bajo rendimiento, un mayor absentismo, una menor implicación y satisfacción en relación al medio, y actitudes negativas hacia el profesorado y la vida académica. En relación con el grupo de amigos, algunos factores de riesgo están relacionados con el poder adquisitivo, la dependencia del grupo y las actividades de ocio.

En el caso del alcohol, aunque los factores socioculturales se consideran los principales responsables de los diferentes patrones de consumo, en la etiología del alcoholismo confluyen, junto a estos factores de riesgo comunes al consumo del resto de drogas, factores genéticos. Será la interacción conjunta de todos ellos la que finalmente termine provocando, o evitando, la dependencia alcohólica.

■ Situación de partida en Cantabria.

En Cantabria, los recursos específicos para el tratamiento de los problemas derivados del consumo de sustancias son las unidades de atención ambulatoria de drogodependencias (UAD) situadas en Santander, Torrelavega y Laredo, la Unidad de Deshabitación Tabáquica (UDESTA) en el Centro de Salud Vargas (Santander) y el Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes de la Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social en la Isla de Pedrosa (Pontejos).

La atención a los problemas derivados del consumo excesivo de alcohol se desarrolla fundamentalmente en los centros de salud de atención primaria, en las unidades de salud mental, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y en el Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes. Algunos pacientes, con patología mental grave y crónica y abuso de sustancias, ingresan en las unidades de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia (Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas y Centro Hospitalario P. Menni).

La descripción de estos dispositivos se recoge en el programa 11: “Organización de los dispositivos de atención a la salud mental”.

La Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social también desarrolla, en colaboración con la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, el programa “Jóvenes y Drogas” de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas.

Coordinadas con los dispositivos asistenciales para el tratamiento de drogodependencias, forman parte de la red asistencial entidades privadas subvencionadas por el Gobierno de Cantabria y acreditadas para realizar tratamientos o intervenciones: Cruz Roja, Asociación Cántabra de Ayuda al Toxicómano (ACAT), Asociación Montañesa de Ayuda al Toxicómano (AMAT) y Proyecto Hombre.

Aunque en alguna de las áreas sanitarias, como Torrelavega y Laredo, se ha llegado a acuerdos entre las UAD y las USM para el manejo de diferentes tipos de pacientes, no existen protocolos de derivación entre estos dispositivos. Como consecuencia de esta situación de “redes paralelas” la atención de muchos pacientes, y especialmente de las personas con patología dual, ha sido deficiente.

Desde comienzos del año 2014 las unidades de atención ambulatoria de drogodependencias se han integrado en el Servicio Cántabro de Salud, en las gerencias de atención primaria. Esta circunstancia ofrece una clara oportunidad para lograr una coordinación funcional basada en el empleo de protocolos comunes de intervención y derivación entre todos los dispositivos ambulatorios de la red sanitaria y de salud mental (centros de salud, unidades de atención

ambulatoria de drogodependencias, unidades de salud mental), y de éstos con los hospitales y con el Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes.

Esta coordinación permitirá implantar vías clínicas de tratamiento de las adicciones y dar un paso decisivo en la atención a la patología dual.

■ **Recomendaciones nacionales e internacionales.**

El marco de referencia de las políticas de tabaco, alcohol y drogas ilegales para las administraciones públicas está configurado principalmente por el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, el Marco de Referencia Para la Política Sobre Alcohol en la Región Europea de la OMS, la Estrategia de la UE en Materia de Lucha Contra la Droga 2013-2020 y la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

- El Marco de Referencia para la Política sobre Alcohol en la Región Europea de la OMS constituye una estrategia a largo plazo, y proporciona los fundamentos y orientaciones para el proceso continuo de revisión y reajuste de las políticas y programas a nivel local, nacional e internacional. Considera 10 áreas de actuación: la información y la educación; los entornos laborales; la conducción bajo los efectos del alcohol; la disponibilidad de bebidas alcohólicas; la promoción de bebidas alcohólicas; el tratamiento; las responsabilidades de la industria de bebidas alcohólicas y el sector de la hostelería; la capacidad de la sociedad para responder a los daños ocasionados por el alcohol; las ONGs; y la formulación, la aplicación y el seguimiento de la política.
- La Estrategia de la UE en Materia de Lucha Contra la Droga proporciona el marco político general y las prioridades de actuación de la UE en esta materia determinados por los estados miembros y las instituciones de la UE. Se articula en torno a dos ámbitos de actuación -reducción de la demanda de drogas y reducción de la oferta de drogas- y a tres temas transversales -la coordinación, la cooperación internacional y las actividades de investigación, información, control y evaluación-.
- La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 representa el consenso en las políticas y el acuerdo en las prioridades entre todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas. Pretende proporcionar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español ante el fenómeno de las drogas, e incluye todas las drogas, tanto las de comercio legal como las de tráfico ilícito.

Todas estas recomendaciones apuestan decididamente por un abordaje de salud pública, por la inclusión de la perspectiva de género, por un planteamiento integral en todas las intervenciones, especialmente sobre la reducción de la demanda en todos los ámbitos, y por el llamamiento a la implicación de toda la sociedad para que tome parte activa en la respuesta al fenómeno de las drogas. Señala cinco ámbitos de actuación: reducción de la demanda (promoción de la salud, prevención del consumo y problemas asociados, disminución de riesgos y reducción de daños y la asistencia e inserción social), reducción de la oferta, mejora del conocimiento científico (básico y aplicado), formación y cooperación internacional.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica en Cantabria.

Este modelo recogerá las directrices de la Estrategia Sobre Drogas de Cantabria y establecerá los mecanismos de coordinación funcional de todos los dispositivos y recursos asistenciales, disminuyendo al máximo las limitaciones derivadas de sus diferentes dependencias administrativas (atención primaria, unidades ambulatorias de drogodependencias, atención especializada, Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes, etc.), fomentando la coordinación con otras instituciones sociales, sociosanitarias, laborales y judiciales, y con la participación de las asociaciones de pacientes y entidades sin ánimo de lucro involucradas en la atención a la persona que padece una adicción.

■ **Objetivo general 2:** Instaurar planes asistenciales (vías clínicas) para el abordaje de las adicciones en Cantabria, especialmente para las consideradas prioritarias por su impacto sociosanitario, complejidad y necesidad de coordinación entre todos los dispositivos asistenciales, incluyendo las entidades privadas acreditadas.

Objetivos específicos:

- 2.1. Instaurar un plan asistencial para el tratamiento del alcoholismo, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.
- 2.2. Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la patología dual, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria, hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.

Este objetivo enlaza con el objetivo 3 del programa "Psicosis afectivas y no afectivas".

- 2.3. Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la adicción a drogas ilegales, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.

■ **Objetivo general 3:** Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de alcohol y otras drogas, especialmente en ciertos colectivos.

Objetivos específicos:

- 3.1. Establecer la utilización de herramientas de detección e intervención breve en los centros de salud.
- 3.2. Consolidar el programa “Jóvenes y Drogas” de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas.
- 3.3. Mejorar las estrategias de detección e intervención rápida en los pacientes atendidos en los diferentes dispositivos y programas de la Red de Salud Mental, de manera especial en los programas de atención a las psicosis, trastornos de la personalidad y trastorno mental grave.
- 3.4. Establecer un diseño y recogida común de la información asistencial y de la evaluación de todos los servicios y dispositivos involucrados en el tratamiento de las adicciones.

■ **Objetivo general 4:** Incluir a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental con los recursos sociales y sociosanitarios, de forma que se asegure la continuidad asistencial y de atención, de acuerdo con sus necesidades.

Objetivos específicos:

- 4.1. Coordinar los recursos sanitarios y sociales en pacientes sometidos a medidas jurídico-penales, así como establecer los cauces de apoyo a la reinserción social y laboral.
- 4.2. Establecer medidas de atención social acordes a la situación del paciente, buscando apoyos en instituciones sanitarias y en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, si se precisa.

■ **Objetivo general 5:** Planificar de manera conjunta en toda la red asistencial los programas de formación para los profesionales y las líneas de investigación en el campo de las adicciones.

Objetivos específicos:

- 5.1. Establecer un plan bianual de formación para los profesionales de todos los dispositivos de la red de atención a las drogodependencias.
- 5.2. Establecer líneas prioritarias de investigación en el ámbito de las drogodependencias.



ORGANIZACIÓN DE LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.

La asistencia sanitaria es una de las actividades más complejas que una sociedad avanzada desarrolla para proporcionar servicios a sus ciudadanos. En el cumplimiento de esa irrenunciable misión con el nivel más elevado de calidad posible, ésta debe partir, en primer lugar, de una adecuada selección de las actividades y, en segundo lugar, de la realización eficaz y eficiente de las mismas. Se debe tender a mejorar en lo posible los recursos (calidad estructural), así como el control de las actuaciones (calidad del proceso) y de sus efectos sobre la enfermedad o los niveles de salud (calidad del resultado).

En el ámbito de la salud mental, debido a la dificultad para evaluar la especificidad, confiabilidad y validez de las prácticas psiquiátricas, la evaluación de una organización asistencial con criterios de calidad requiere un enfoque multidimensional. La evaluación asistencial se realizará en 4 niveles:

- **Gestión de recursos:** Estableciendo niveles mínimos de calidad, formulando y revisando los objetivos de los programas en términos mensurables, definiendo la información necesaria para evaluar el éxito o fracaso (indicadores), asignando adecuadamente los recursos y evaluando el grado de concordancia entre objetivos propuestos y objetivos reales.
- **Utilización de los servicios por la población:** Analizando la demanda, estudiando las pautas de derivación, las características del servicio que se presta (coste, duración, intervenciones, etc.) y las ofertas asistenciales específicas (cartera de servicios).
- **Resultado de las intervenciones:** Estudiando los cambios producidos en el estado de salud del paciente y su nivel de satisfacción, comparando los costes y resultados de distintas actuaciones, descartando actividades inefectivas y seleccionando las más eficientes.
- **Estudio del impacto en la salud de la comunidad:** Todo sistema de evaluación gira en torno a la recogida y valoración de determinados indicadores cuantitativos (de recursos, de actividad, de funcionamiento) y cualitativos (cumplimiento de objetivos, satisfacción, calidad de vida).

En la elaboración del Plan de Salud de Cantabria 2014-2019, el panel de expertos y el grupo asesor señalaron 17 problemas con un nivel suficiente de consenso al priorizar los problemas relacionados con la gestión:

- Con alto nivel de consenso: calidad asistencial, continuidad asistencial, procedimientos basados en evidencia científica, control del gasto farmacéutico, seguridad de los pacientes, potenciación de la capacidad resolutoria de la atención primaria, infección nosocomial, equidad en el acceso, adecuación en las plantillas.
- Con moderado nivel de consenso: sistemas de información sanitaria, análisis del coste-efectividad, hiperfrecuentación y uso inadecuado de los recursos sanitarios, listas de espera, variabilidad en la práctica médica, iatrogenia y seguridad en las prescripción farmacológica, trasplante y donación de órganos y tejidos, redefinición de las carteras de servicios.

Entre estos problemas señalados al analizar la organización y gestión de los servicios sanitarios, quince son perfectamente aplicables a la organización de los servicios de salud mental, siendo en algunos casos cuestiones muy prioritarias en este ámbito.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 analiza las tendencias más recientes en la organización y gestión de la atención a los trastornos mentales. Se detecta una oportunidad en la implantación de la gestión por procesos, incorporando los aspectos relacionados con las expectativas de los usuarios de los servicios, el compromiso con los procedimientos basados en la evidencia y en el trabajo multidisciplinar, integrando los procedimientos clínicos con los administrativos y logísticos en busca de la eficiencia, y evaluando los procesos en todas sus fases y niveles.

Entre los objetivos planteados por la Estrategia para mejorar la calidad, la equidad y la continuidad en la atención a los problemas de salud mental se incluyen: la implantación de protocolos para los procesos más prevalentes o de mayor complejidad, la utilización de guías de práctica clínica, programas para evitar los abandonos del tipo “tratamiento asertivo comunitario”, y la orientación de la organización hacia la gestión por procesos.

También se marcan como objetivos el análisis de los factores (como las desigualdades sociales o de género) y su influencia en los patrones de demanda de asistencia (por exceso o por defecto), en la detección, en la evaluación y en el tratamiento.

■ Situación de partida en Cantabria.

■ Recursos y organización de la Red de Salud Mental de Cantabria.

Aunque en un sentido amplio, una red de salud mental incluye y tiene su puerta de entrada en la atención primaria de salud, y puede también incluir tanto las unidades de deshabituación tabáquica como los centros de orientación familiar, los dispositivos que incluimos como propios y específicos de la Red de Salud mental de Cantabria son los siguientes:

- 1) Unidades de salud mental de adultos (USM).** La Red de Salud Mental de Cantabria cuenta con 6 unidades de salud mental. Son los dispositivos básicos de atención especializada en salud mental para mayores de 18 años. Ofrecen atención ambulatoria a personas derivadas por los equipos de atención primaria o desde otros dispositivos de salud mental. Cada USM tiene asignada un área de cobertura formada por varias zonas básicas de salud de una misma área de salud. La unidad de salud mental que cubre mayor población es la de Torrelavega (160.261 tarjetas sanitarias), siendo una de las unidades de salud mental de Santander (USM López Albo II) la que cubre una menor población (59.653 tarjetas sanitarias).
- 2) Unidades de salud mental infantojuvenil (USMIJ).** Existen dos unidades ambulatorias de atención especializada para menores de 18 años; una ubicada en Santander, que presta atención a las áreas sanitarias de Santander y Laredo; otra ubicada en Torrelavega, que atiende las áreas sanitarias de Torrelavega y Reinosa. Sus pacientes son remitidos desde los servicios de atención primaria y pueden atender casos urgentes durante su horario de apertura. El personal de la USMIJ de Santander realiza además labores de interconsulta en otros servicios de Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y la atención a las urgencias.
- 3) Unidades de Atención Ambulatoria de Drogodependencias (UAD).** Las actividades asistenciales de las UAD están centradas fundamentalmente en la atención de los problemas de salud mental derivados del consumo de sustancias psicoactivas ilegales. Existen 3 unidades de este tipo en Cantabria (Santander, Torrelavega y Laredo) que atienden a la población de sus respectivas áreas sanitarias.
- 4) Unidades de hospitalización de agudos a tiempo completo.** Los servicios hospitalarios de salud mental a tiempo completo, ubicados en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, dispensan su atención a toda la población de Cantabria. La unidad de hospitalización de agudos cuenta con 28 camas. La unidad de hospitalización de trastornos de la conducta alimentaria cuenta con 4 camas.

La disponibilidad de camas en unidades psiquiátricas ubicadas en hospitales generales en Cantabria es de 5,43 camas por 100.000 habitantes. En España es superior y alcanza las 7,57 camas por 100.000 habitantes. Cantabria es una de las comunidades autónomas con menor número de camas de hospitalización breve por habitante.

No existe una unidad de hospitalización infantojuvenil específica. Los ingresos se realizan en camas del Servicio de Pediatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el caso de niños más pequeños, o en la unidad psiquiátrica de adultos en algunos casos de adolescentes. Sin embargo, la falta de especificidad de estas plazas obliga a que los pacientes más graves o complicados sean derivados a otras comunidades autónomas.

- 5) Unidades de hospitalización de media y larga estancia.** El Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas (CRPP), ubicado en la localidad de Maliaño de Camargo, presta atención a población adulta de toda la Comunidad de Cantabria con perfiles específicos de enfermedad mental crónica. Está integrado en el Servicio Cántabro de Salud, a través de la Gerencia de Atención Especializada del Área I, y cuenta con 66 camas repartidas en 3 unidades de hospitalización.

Estas camas de media y larga estancia psiquiátrica se complementan con las 25 camas concertadas por el Servicio Cántabro de Salud con el Centro Hospitalario Padre Menni, ubicado en Santander, perteneciente a la Congregación de las Hermanas Hospitalarias.

- 6) Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes.** Está ubicado en la Isla de Pedrosa (Pontejos) y pertenece a la Fundación Cántabra para la Salud y el Bienestar Social (FSBS), entidad de carácter público. Proporciona servicios de información y orientación, tratamiento libre de drogas, mantenimiento con sustitutivos opiáceos, desintoxicación, atención sanitaria básica, detección de patologías y derivación a recursos sanitarios, educación para la salud, orientación laboral, talleres ocupacionales, apoyo al proceso de integración social, apoyo y orientación sobre la problemática jurídico-penal. Cuenta con 24 plazas.
- 7) Unidades de hospitalización a tiempo parcial.** En Cantabria existen actualmente 4 unidades de hospitalización psiquiátrica a tiempo parcial en la red pública de salud mental:

- La Unidad de Día de Trastornos de la Conducta Alimentaria, ubicada en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con 15 plazas para pacientes de las áreas sanitarias de Santander y Laredo.
- El Hospital de Día Psiquiátrico del Hospital Sierrallana de Torrelavega. Cuenta con 14 plazas.

- La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Parcial del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con 14 plazas para pacientes con patología psiquiátrica aguda de las áreas sanitarias de Santander y Laredo.
 - El Hospital de Día del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, para pacientes con trastorno mental grave y de evolución crónica, cuenta con 15 plazas.
- 8) **Centros de rehabilitación psicosocial.** La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, mediante conciertos del Instituto Cántabro de Servicios Sociales con distintas entidades, ofrece programas de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental. Existen actualmente 7 Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) ubicados en Santander (4 CRPS), Torrelavega, Reinosa y Colindres, con un total de 319 plazas. Uno de dichos centros realiza programas de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno límite de la personalidad.
- El Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas ofrece programas de rehabilitación psicosocial a pacientes que residen en municipios próximos, con un funcionamiento similar al de los CRPS concertados.
- El Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes de Pedrosa, mantiene también un programa de día con 10 pacientes.
- Las actividades de los centros de rehabilitación psicosocial concertados están vinculadas a programas ocupacionales y de inserción laboral. ASCASAM gestiona un centro ocupacional, con 32 plazas. También cabe señalar el Proyecto INICIA desarrollado por el Centro Hospitalario Padre Menni, ASCASAM y AMICA (asociación formada por personas con discapacidad, familiares y profesionales), con el apoyo de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Este proyecto tiene como objetivo la orientación y el apoyo a la integración sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica, y la sensibilización del medio social y laboral.
- 9) **Dispositivos residenciales.** Estos recursos, apoyados desde los servicios sociales a través de convenios y subvenciones, están gestionados por varias entidades, con un total de 37 plazas distribuidas en una miniresidencia y varios pisos.

■ Programas asistenciales.

- 1) **Atención a las urgencias psiquiátricas.** Se lleva a cabo fundamentalmente en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, que cuenta con un psiquiatra de guardia de presencia física 24 horas al día. El Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas y el Centro Hospitalario Padre Menni también cuentan con psiquiatra de guardia para atender fundamentalmente las necesidades de intervención urgente con pacientes ingresados en esos centros.
- 2) **Programas de interconsulta psiquiátrica y psiquiatría de enlace.** En el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se desarrollan los siguientes programas:
 - a. **Interconsulta hospitalaria de psiquiatría.** Atención a pacientes ingresados en cualquier servicio del hospital, mediante solicitud de interconsulta. Las peticiones de interconsulta de la planta de pediatría son atendidas por los psiquiatras de la unidad de salud mental infantojuvenil.
 - b. **Interconsulta psiquiátrica en la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH).** En esta unidad, con apoyo del equipo de interconsulta del Servicio de Psiquiatría, se ingresan y tratan de manera protocolizada psicosis tóxicas, cuadros confusionales agudos y ciertos tipos de tentativas suicidas. También ingresan en la UARH de manera programada pacientes para desintoxicación alcohólica previamente a su inclusión en el programa de alcohol.
 - c. **Interconsulta ambulatoria de psiquiatría.** Se atienden interconsultas solicitadas por otros servicios, antes de su derivación a programas especiales, a las unidades de salud mental o a seguimiento por parte de los equipos de atención primaria.
 - d. **Atención psiquiátrica en la unidad penitenciaria.** En la Unidad de Detenidos del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se presta atención a pacientes que provienen en su gran mayoría del Centro Penitenciario de El Dueso, y en menor medida a detenidos previamente a su ingreso en un centro penitenciario. La mayor parte de los ingresos se realizan con finalidad terapéutica, y en una proporción menor con fines periciales. Se realiza la actividad en coordinación con los servicios médicos, psiquiátricos y de enfermería del centro penitenciario, y con el Instituto de Medicina Legal de Cantabria.

En los hospitales comarcales de Laredo y Torrelavega las actividades de interconsulta son desarrolladas por los profesionales de las unidades de salud mental correspondientes.

- 3) **Programas asistenciales específicos.** En el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla se desarrollan los siguientes programas específicos, muchos de ellos comprometidos con el modelo de atención a las fases iniciales de los trastornos mentales:
- a. **Programa Asistencial para las Fases Iniciales de las Psicosis (PAFIP).** Un equipo multidisciplinar se dedica al tratamiento precoz de las personas que sufren un primer episodio de psicosis y presta atención y apoyo a sus familiares durante 5 años desde la detección de la enfermedad. El PAFIP se ajusta a los criterios y recomendaciones internacionales más avanzadas disponibles en la actualidad en este campo de la Psiquiatría y desarrolla una potente línea de investigación.
 - b. **Programa de trastornos de la conducta alimentaria.** Ofrece atención ambulatoria, atención a urgencias, interconsulta en el hospital y atención hospitalaria de día y completa, constituyendo un recurso integral de tercer nivel desarrollado por un equipo multidisciplinar.
 - c. **Programa de Atención a las Fases Iniciales del Trastorno Bipolar (Jano).** Se lleva a cabo un seguimiento durante 5 años de pacientes que han debutado recientemente con un episodio maniaco y cumplen criterios diagnósticos de probable o claro trastorno bipolar. Los pacientes acceden al programa desde la unidad de hospitalización, unidades de salud mental o servicios de urgencia.
 - d. **Programa de asistencia a pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo.** Proporciona tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico a pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo derivados desde las unidades de salud mental.
 - e. **Programa de Intervención en el Síndrome Dependencia Alcohólica Grave (SDAG).** Desarrollado en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Parcial (UHPP), se trata de un programa de intervención intensiva, multicomponente y multidisciplinar, dirigido a conseguir una desintoxicación y mantenimiento de la situación de abstinencia en pacientes a los que se ha diagnosticado un síndrome de dependencia alcohólica grave.
 - f. **Programa de tratamiento electro-convulsivo (TEC).** Se administra tratamiento TEC en fase intensiva (hasta remisión) y de mantenimiento a pacientes con esta indicación terapéutica de toda Cantabria, en colaboración con el Servicio de Anestesiología, Reanimación y Unidad del Dolor, y con el Hospital de Día Quirúrgico.
 - g. **Protocolo de cirugía para obesidad mórbida.** Pacientes candidatos a cirugía por obesidad mórbida son valorados para despistaje previo de patología psiquiátrica (trastornos de estado de ánimo, de conducta alimentaria, etc.). Los pacientes con patología psiquiátrica son posteriormente seguidos en revisiones ambulatorias y remitidos a unidades adecuadas (como la de trastornos de alimentación) si es preciso.

- h. Protocolos de trasplante hepático y pulmonar.** Se realiza una valoración psiquiátrica, como parte del protocolo de trasplante hepático y pulmonar, a pacientes durante su ingreso en los servicios de Digestivo o Respiratorio, o en consulta ambulatoria. También se realiza un seguimiento post-trasplante en relación con cuadros adaptativos relacionados con complicaciones (reingresos con rechazos, efectos secundarios, infecciones, etc.).
- i. Protocolo de trasplante renal de donante vivo.** Se atiende, de manera ambulatoria, a posibles donantes de riñón vivos, remitidos de forma protocolizada por el Servicio de Nefrología. También en este caso se realiza despistaje de patología psiquiátrica, pero también, por el hecho de ser donantes vivos, se valoran con más detalle aspectos como la capacidad cognitiva, motivación, apoyo, grado de información y posibles ganancias que pueda tener el donante.
- j. Psicooncología.** A principios de 2012 se inició un programa de atención a pacientes recientemente diagnosticados de cáncer para valoración psicológica y seguimiento, en colaboración con el Servicio de Oncología y la Asociación Española contra el Cáncer, y financiado por la Fundación Botín de Cantabria. Desde el año 2013 el programa ha disminuido notablemente su actividad.
- k. Consultas ambulatorias para grupos específicos.** En algunas unidades de salud mental se desarrolla un programa de optimización de la Incapacidad Laboral Temporal (IT) por motivos de salud mental. En el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas se atiende en consulta ambulatoria a pacientes con trastorno mental crónico previamente hospitalizados y con un perfil clínico y social determinado.

En el Hospital Sierrallana de Torrelavega se desarrollan los siguientes programas específicos:

- a. Programa de Prevención de Psicosis (P3).** Consiste en una estrategia local de detección y evaluación temprana de las personas en riesgo de padecer psicosis, desde los centros de atención primaria y servicios locales de salud. Aplica un programa de tratamiento fundamentalmente psicoterapéutico y hace un seguimiento de las personas tratadas.
- b. Proyecto de telepsiquiatría para pacientes de la zona básica de salud de Liébana.** Un grupo de pacientes son atendidos a distancia, mediante un sistema de videoconferencia, estando el profesional en un despacho habilitado a tal efecto en la unidad de salud mental de Torrelavega, y el paciente en el Centro de Salud de Potes, con asistencia técnica por parte del personal del centro.
- c. Programa de atención psicológica a mujeres maltratadas.** Abordaje psicológico específico de la violencia de género que surge en las relaciones de pareja o expareja. Las mujeres son derivadas desde cualquier dispositivo sanitario por cualquier profesional que detecte el problema, con una asistencia inmediata por parte del equipo que gestiona el programa.

En el Centro de Rehabilitación y Reinserción de Drogodependientes de la Isla de Pedrosa también se presta atención ambulatoria a personas que han recibido previamente tratamiento en régimen residencial.

Existe también en Cantabria el **Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos** y el **Protocolo de Atención Sanitaria a Víctimas de Agresiones y Abusos Sexuales**, dentro de los programas de atención en situaciones de violencia contra las mujeres.

Finalmente, en Cantabria se dispone del **Programa de Atención al Médico Enfermo (PAIME)**, creado por el Colegio de Médicos de Cantabria en colaboración con la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que tiene como finalidad asistir de forma integral a los médicos que padecen problemas psíquicos o conductas adictivas. El mismo modelo y esquema asistencial tiene el **Programa RETORNO** para profesionales de enfermería.

■ Recursos humanos.

No se dispone de datos actualizados y detallados de la tasa de los diferentes profesionales de la salud mental en los distintos dispositivos asistenciales por comunidades autónomas. Según datos de la evaluación de la Estrategia de Salud Mental del SNS en el conjunto de España, en el año 2006 la tasa de psiquiatras se situaba en el 7,5 por 100.000 habitantes, cifra que se ha ido incrementando en los años posteriores. Según datos del Observatorio de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en 2007 existían en España 3,48 psiquiatras en unidades de salud mental de adultos por 100.000 habitantes, 2,1 psicólogos por 100.000 habitantes y 1,91 enfermeros por 100.000 habitantes.

Aunque en líneas generales podemos aceptar que los ratios de profesionales de Cantabria (ver Tablas 1 a 3) en los dispositivos de la Red de Salud Mental se sitúan en el rango medio-bajo, se evidencia un déficit muy relevante en cuanto a profesionales de trabajo social.

AREA SANITARIA DE SANTANDER (312.425 tarjetas sanitarias)							
Unidad (*)	Descripción Cobertura	PSIQ	PSIC	ENF	TSOC	TOC	Otros
USM	262.593 tarjetas sanitarias 3 unidades con diferente tamaño y cobertura	10	7	3	0	0	
USMIJ	66.260 menores de 18 años AS Santander y Laredo	3	3	1	0	0	
UAD	262.593 tarjetas sanitarias	0	2	3	2	0	3 Médicos atención drogodependencia 2 Aux. Enf.
HPTC	Cubre toda la CCAA	3	0	14	2	0	11 Aux. Enf.
HPTC TCA	Cubre toda la CCAA	1	0	4	0	0	4 Aux. Enf.
CRPP	Cubre toda la CCAA	4	2	14	1	3	5 Técnicos integración social 38 Aux. Enf.
CHP MENNI	Cubre toda la CCAA						
CRRD	Cubre toda la CCAA	0	4	2	1	0	1 Médico 6 Educadores 6 Aux. Educ.
HPP	AS Santander y Laredo	1	1	2	1	1	2 Aux. Enf.
HPP TCA	AS Santander y Laredo	1	1	3	0	0	
CRPS	4 CRPS concertados	1 (**)	6	0	0	1	2 Educador Social 6 Aux. Educ.
V-SUR	Cubre toda la CCAA Interconsultas y programas específicos	2	1	2	0	0	

(*) USM: unidades de salud mental del adulto. USMJ: unidades de salud mental infantojuvenil; UAD: unidades de atención ambulatoria de drogodependencias; HPTC: unidad de hospitalización de agudos a tiempo completo; HPTC TCA: unidad de hospitalización de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria a tiempo completo; CRPP: Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas; CHP MENNI: Centro Hospitalario Padre Menni; CRRD: Centro de Rehabilitación de Drogodependientes; HPP: unidad de hospitalización a tiempo parcial; HPP TCA: unidad de hospitalización a tiempo parcial para trastornos de la conducta alimentaria; CRPS: centros de rehabilitación psicosocial; V-SUR: área de interconsulta y programas específicos.

(**) Tiempo parcial.

AREA SANITARIA DE LAREDO (94.911 tarjetas sanitarias)							
Unidad (*)	Descripción Cobertura	PSIQ	PSIC	ENF	TSOC	TOC	Otros
USM	60.577 tarjetas sanitarias	3	2	1	0	0	1 Aux. Enf.
UAD	94.911 tarjetas sanitarias	0	1	0	1	0	1 Médicos expertos en adicciones
CRPS	1 CRPS concertado Colindres	0	2	0	0	0	1 Educador Social 3 Aux. Educ.

(*) USM: unidades de salud mental del adulto; UAD: unidades de atención ambulatoria de drogodependencias; CRPS: centros de rehabilitación psicosocial.

AREAS SANITARIAS DE TORRELAVEGA Y REINOSA (160.261 tarjetas sanitarias)							
Unidad (*)	Descripción Cobertura	PSIQ	PSIC	ENF	TSOC	TOC	Otros
USM	101.112 tarjetas sanitarias	6	4	2	0	0	
USMIJ	24.215 menores de 18 años	1	1	1	0	0	
UAD	101.112 tarjetas sanitarias	0	1	2	0	0	1 Médico atención drogodependencia
HPP	AS Torrelavega y Reinosa	1	1	2	1	1	2 Aux. Enf.
CRPS	2 CRPS concertados Torrelavega y Reinosa	0	1	0	0	0	1 Educador Social 3 Aux. Educ.

(*) USM: unidades de salud mental del adulto; USMJ: unidades de salud mental infantojuvenil; UAD: unidades de atención ambulatoria de drogodependencias; HPP: unidad de hospitalización a tiempo parcial; CRPS: centros de rehabilitación psicosocial.

■ Análisis y recomendaciones del Atlas de Salud Mental de Cantabria.

Este documento de trabajo, publicado en 2010 (72), parte de un estudio en profundidad de las características de la organización territorial, disponibilidad, accesibilidad y utilización de los servicios especializados de atención a las personas con enfermedad mental de Cantabria, y establece una serie de recomendaciones para la mejora organizativa y funcional de la atención a la salud mental.

A la descripción de los tipos de dispositivos y recursos en salud mental de Cantabria, recogidos en las páginas anteriores, añade algunos aspectos de tipo sociodemográfico que tienen relevancia a hora de planificar y prestar los servicios de salud mental a los ciudadanos.

Respecto a la densidad de población, que en Cantabria es de 113,37 habitantes por km² (superior a los 93 hab./km² de España), existen variaciones entre distintas zonas de Cantabria, y esto genera diferencias en la cercanía y accesibilidad a los dispositivos de salud mental, especialmente a los de tipo ambulatorio. Así, las zonas cubiertas por las unidades de salud mental de Laredo y, especialmente, de Torrelavega tienen la menor densidad, siendo además las de mayor superficie. El interior de la región presenta una densidad baja debido al predominio de pequeños núcleos diseminados. Esta situación dificulta el acceso de la población rural a la atención sanitaria, especialmente cuando deben acudir frecuentemente a las consultas ambulatorias o diariamente a los dispositivos de hospitalización parcial.

Otro aspecto relevante para la organización de los dispositivos ambulatorios de la Red de Salud Mental está relacionado con las notables diferencias entre las distintas zonas de Cantabria en cuanto a índices de envejecimiento, de dependencia y situaciones de soledad. Hay que tener en cuenta estos datos a la hora de planificar los dispositivos y su ubicación, o bien la organización del trabajo, favoreciendo la movilidad de los equipos asistenciales y la aplicación de tecnologías de la información al campo de la salud mental, evitando así largos desplazamientos para personas con más dificultades.

Aunque el fenómeno de la inmigración en Cantabria no es muy relevante, algunas zonas de la región (Laredo, Torrelavega y ciertas zonas del Área Sanitaria de Santander) tienen una mayor presencia de personas inmigrantes, circunstancia que hay que tener en cuenta a la hora de planificar futuros programas asistenciales.

Sí resulta más relevante, a la hora de planificar y evaluar los servicios, el fenómeno de la “emigración e inmigración sanitaria”, que se refiere a determinadas zonas fronterizas con otras comunidades autónomas (Castilla y León, Asturias y País Vasco), en virtud del cual muchas personas tienden a utilizar servicios sanitarios, y entre ellos los de salud mental, de comunidades autónomas en las que no están empadronadas.

Respecto a la accesibilidad por carretera a los servicios de salud mental, resulta adecuada en torno a las grandes vías de comunicación, como autovías y carreteras nacionales. Las zonas de mayor accesibilidad se identifican con la zona litoral. Las áreas con menor accesibilidad se corresponden con zonas interiores de montaña en el sur y el oeste de la región.

En cuanto a las recomendaciones contenidas en el Atlas de Salud Mental de Cantabria, se destacan las siguientes:

- Subsanan la insuficiente dotación de plazas de hospitalización psiquiátrica aguda en hospital general mediante la creación de plazas de hospitalización psiquiátrica aguda a tiempo parcial (régimen de hospitalización de día) en el hospital general.
- Crear recursos para la hospitalización psiquiátrica (a tiempo completo y a tiempo parcial) en el hospital general, para personas con patología psiquiátrica grave infantojuvenil.
- Mejorar la accesibilidad general a los servicios de salud mental, por ejemplo mediante la implantación de actividades en horarios de tarde o programas de teleasistencia, siendo esto especialmente importante para la atención a poblaciones situadas en las áreas de menor accesibilidad.
- Revisar la estructura organizativa de las unidades de salud mental para homogenizar los recursos y la carga asistencial.
- Potenciar el trabajo social dentro de todos los dispositivos de la Red de Salud Mental.
- Completar el proceso de integración de las UAD en la estructura de salud mental del Servicio Cántabro de Salud.
- Incrementar los recursos comunitarios para rehabilitación y reinserción de las personas con trastorno mental grave.
- Incrementar la dotación de recursos residenciales comunitarios de media y larga estancia para las personas con trastorno mental grave.

- Desarrollar estructuras sanitarias y sociales para la atención a las personas con problemas psicogerítricos, personas con discapacidad intelectual y problemas mentales, así como personas con alteraciones de la conducta.
- Dotar de una estructura funcional normalizada a programas específicos ya existentes, como es el caso de los programas de atención a las fases tempranas de las enfermedades mentales.
- Desarrollar un plan efectivo de coordinación de la Red de Salud Mental con los servicios sociales.
- Establecer cauces efectivos de coordinación de la Red de Salud Mental con la Administración de Justicia e Instituciones Penitenciarias.
- En relación con la organización territorial de la asistencia se propone desarrollar acuerdos interautonómicos de asistencia compartida (por ejemplo para la atención a personas con trastornos mentales e implicaciones judiciales y/o penitenciarias, etc.), dado que por el tamaño poblacional de Cantabria resulta ineficiente desarrollar recursos altamente especializados que satisfagan las necesidades asistenciales de las personas con problemas de salud mental de muy baja prevalencia.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Consolidar la red de dispositivos de salud mental de Cantabria.

Se debe avanzar para conseguir una Red de Salud Mental más adecuada a las necesidades y expectativas de las personas con problemas de salud mental y de los profesionales, tomando como guía las prioridades establecidas en este plan, en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, y en las recomendaciones de expertos y organismos nacionales e internacionales en este ámbito.

Objetivos específicos:

- 1.1. Revisar la cartera de servicios de salud mental en Cantabria, actualizando las definiciones y el papel de los diferentes dispositivos dentro de una red integrada, haciendo un inventario detallado de los programas en un proceso de constante actualización.
- 1.2. Actualizar los programas asistenciales en la Red de Salud Mental de Cantabria con un enfoque regional que supere las diferencias generadas por la existencia de diferentes áreas sanitarias.
- 1.3. Desarrollar nuevos programas, promoviendo la transversalidad entre los niveles sanitarios y las diferentes especialidades, para dar respuesta a los objetivos señalados en los diferentes programas del Plan de Salud Mental.

Se proponen líneas de actuación con atención primaria y los servicios de Pediatría (programa de salud mental infantojuvenil), Oncología (programa de psicooncología), Neurología (programas de deterioro cognitivo y demencias familiares), Neurocirugía y Neurofisiología (programa de técnicas de estimulación profunda y tratamiento electro-convulsivo), Geriátrica (programa de psicogeriatría), Rehabilitación, Salud Laboral, Medicina Legal, etc.

Objetivo general 2: Mejorar la gestión y la calidad de los servicios de la Red de Salud Mental de Cantabria.

Objetivos específicos:

2.1. Revisar el funcionamiento de los dispositivos de la Red de Salud Mental, su distribución territorial y la metodología de trabajo de los profesionales.

2.1.1. Optimizar la distribución de los cupos de población atendida en las unidades de salud mental.

2.1.2. Promover la gestión clínica en el desarrollo de los programas asistenciales.

El presente plan incluye entre sus objetivos el desarrollo de vías clínicas para abordar los trastornos más graves y complejos, la utilización de guías de práctica clínica y la protocolización de las actuaciones asistenciales.

2.2. Desarrollar iniciativas que potencien la utilización del modelo de eSalud Mental en la gestión y asistencia en la Red de Salud Mental de Cantabria.

Este objetivo tiene un amplio desarrollo en el programa "eSalud Mental".

2.3. Optimizar el trabajo de los equipos multidisciplinares, con la presencia de un número adecuado de profesionales de cada disciplina.

Se priorizará la presencia de trabajadores sociales en los dispositivos de la Red.

2.4. Potenciar las diferentes vertientes (clínica, docente, investigadora y de gestión) en el trabajo de los profesionales de la Red de Salud Mental.

El desarrollo en estas vertientes de los profesionales ha de ser tenido en cuenta, de manera clara, en la asignación de las tareas asistenciales en los diferentes dispositivos de la Red.

2.5. Potenciar la coordinación entre los dispositivos de la Red de Salud Mental y con otras agencias sanitarias y extrasanitarias.

2.5.1. Potenciar la coordinación entre los profesionales de la Red de Salud Mental.

La Red de Salud Mental incluye a los profesionales del SCS, de las entidades concertadas y a profesionales de las asociaciones de pacientes y familiares que prestan servicios en el ámbito de la salud mental.

- 2.5.2.** Potenciar la coordinación de los profesionales de la Red de Salud Mental con los profesionales de los servicios sociales.

Es esta una condición indispensable para alcanzar muchos de los objetivos contenidos en el presente plan.

- 2.5.3.** Potenciar la coordinación de los profesionales de la Red de Salud Mental con los profesionales de otros entornos.

El ámbito educativo representa un entorno prioritario en el programa “Salud mental en la edad infantojuvenil”. Otros entornos relevantes son los colegios profesionales, los servicios sanitarios penitenciarios, la Administración de Justicia, los servicios de prevención, la atención farmacéutica y las corporaciones locales.

- 2.6.** Establecer programas de evaluación de la satisfacción de los usuarios de la Red de Salud mental de Cantabria.

La calidad percibida en la prestación de servicios asistenciales es un elemento determinante en el resultado de la atención sanitaria y, por ello, reviste especial importancia su medición. Este aspecto se recoge en la mayoría de modelos y sistemas de calidad como puedan ser la ISO 9001, la Joint Comission, el modelo Europeo de Excelencia (EFQM), etc. Por ejemplo, el criterio de resultados en los clientes del EFQM incluye la recomendación de evaluar de forma sistemática la percepción que tienen los clientes externos de las organizaciones y poner en marcha medidas internas que permitan predecir y mejorar la satisfacción de sus clientes.

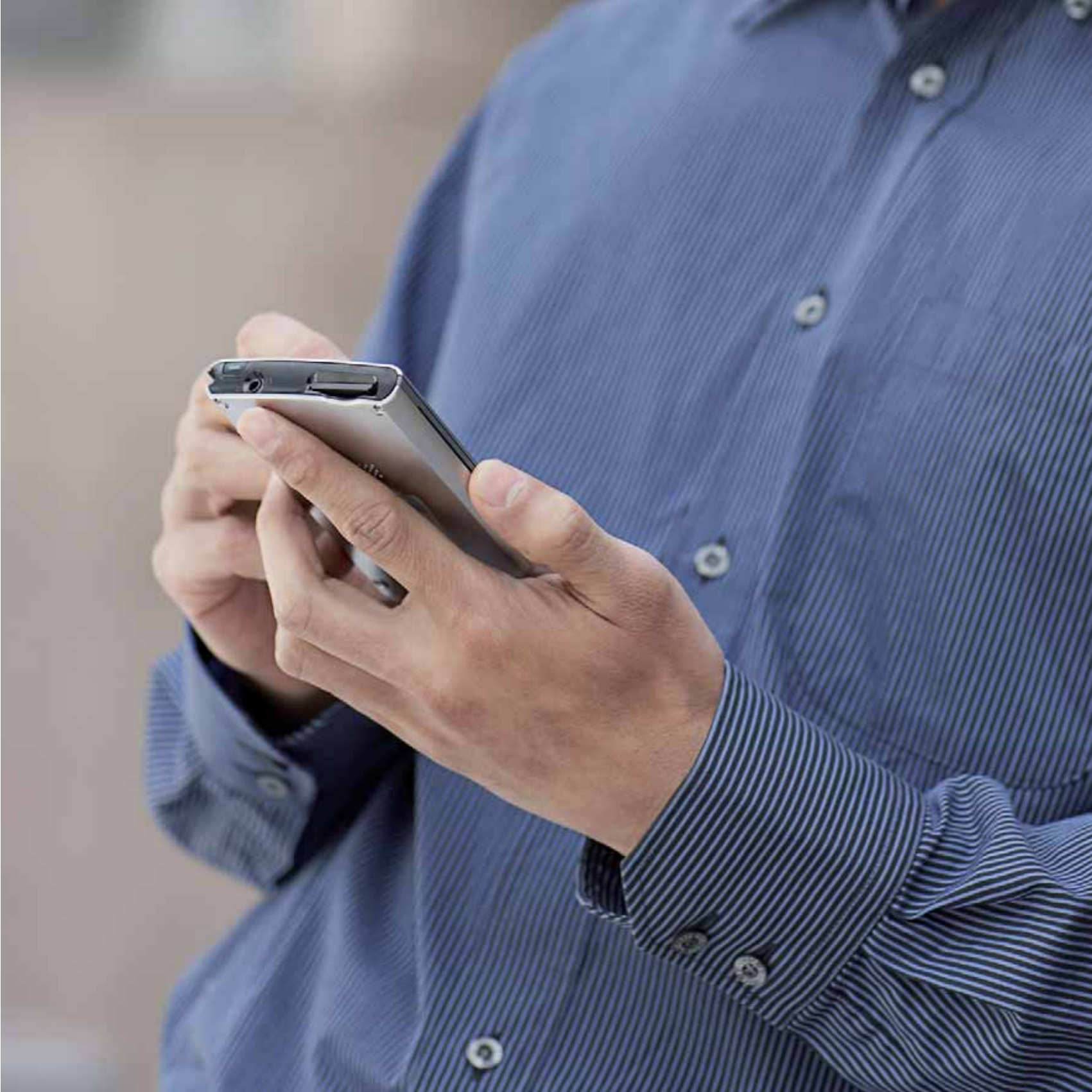
En el sector sanitario el usuario evalúa la calidad del servicio no sólo en relación con el resultado final (curación o no), sino también en función de su percepción de la atención recibida (por ejemplo, implicación e interés del personal, trato personal, etc.). La calidad percibida engloba a la atención sanitaria en general, es decir, tanto al trabajo técnico como a la relación interpersonal.

Se pueden utilizar varios métodos para conocer las opiniones de los pacientes, pero las encuestas de satisfacción constituyen la forma tradicional de conocer el punto de vista del paciente sobre la asistencia sanitaria.

- 2.7.** Realizar estudios sobre la valoración del “clima laboral” entre los profesionales de la salud mental de Cantabria con una periodicidad, al menos, bianual.

Objetivo general 3: Promover la participación en la gestión de la salud mental de todos los sectores involucrados.

Se debe contar con la participación de los profesionales de cualquier sector, las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y familiares, las ONG, etc.



11.

12.

13.

14.

15.

16.

eSALUD MENTAL: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA SALUD MENTAL.

La aplicación de las tecnologías de información y comunicación (TIC) adquirirá un papel cada vez más importante en la configuración de los servicios sanitarios en el siglo XXI. La OMS definió la eHealth (conocida también como eSalud o ciber salud) como “el apoyo que la utilización costo-eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud”. Posteriormente, también la ha descrito como el uso de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) para la salud.

Dentro de esta definición se pueden encuadrar principalmente la historia clínica electrónica, la telesalud y la mSalud. La historia clínica electrónica es un registro en formato electrónico de información sobre la salud de cada paciente. La telesalud consiste en la prestación de servicios de salud utilizando las tecnologías de la información y la comunicación. La mSalud se refiere al ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de dispositivos móviles, como teléfonos móviles u otros dispositivos inalámbricos.

En resumen, la utilización de las TIC permitirá recoger y analizar información que favorezca la planificación sanitaria y, además, posibilitará desarrollar intervenciones sanitarias personalizadas y adaptadas a las necesidades de cada individuo. No podemos obviar tampoco el potencial de la eSalud para reducir costes y mejorar la calidad y seguridad de la atención sanitaria, sobre todo en un momento en que las enfermedades crónicas constituyen un fenómeno de creciente importancia.

■ eSalud Mental.

En relación con la salud mental, el concepto global de “eSalud Mental” incluye la utilización de las TIC para la promoción de la salud mental, la prevención, la intervención temprana y el tratamiento, de forma tal que resulte beneficioso para las personas con problemas de salud mental, los profesionales sanitarios y la sociedad en general.

La utilización de las TIC en salud mental puede resultar muy útil para las personas con problemas de salud mental al proporcionar modalidades asistenciales fundamentadas en los principios de la medicina basada en evidencias, pues permiten:

- Superar barreras tradicionales que dificultan el acceso a los servicios de salud mental, como el estigma o residir en lugares distantes a los centros asistenciales.
- Empoderar a las personas con problemas de salud mental para escoger las modalidades asistenciales que más se ajustan a sus necesidades. Cada vez es mayor el número de personas que emplean Internet para buscar información sobre sus problemas de salud o los recursos asistenciales disponibles, y los sitios web institucionales pueden ser el mejor lugar para aportar esa información. Además, son una alternativa necesaria frente a la existencia de portales, por ejemplo pro-anorexia o pro-suicidio, que pueden favorecer la adopción de comportamientos peligrosos para el bienestar de las personas que acceden a ellos. Por tanto, es necesario que existan fuentes de información sanitaria de calidad contrastada en Internet.
- Proporcionar atención sanitaria de calidad basada en las recomendaciones de las mejores guías clínicas.
- Combatir el aislamiento de las personas con enfermedad mental estableciendo plataformas que les permitan interactuar, compartir experiencias y prestarse apoyo mutuo.
- El seguimiento en tiempo real de los síntomas, aparición de crisis o la actividad cotidiana del paciente.
- Proporcionar feedback personalizado y apoyo motivacional.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.

Los profesionales de los servicios sanitarios pueden beneficiarse también de la aplicación de nuevas tecnologías:

- Disminuyendo la demanda asistencial presencial para los problemas de salud mental más comunes y permitiendo que psiquiatras y psicólogos puedan dedicarse a pacientes con trastornos más graves.
- Los servicios de atención primaria pueden ocuparse del tratamiento de más personas con problemas de salud mental mediante el apoyo on line desde los servicios especializados de salud mental.

La sociedad en general puede beneficiarse de la aplicación de las nuevas tecnologías a la salud mental debido a:

- Los menores costes y la eficiencia de esta modalidad asistencial, puesto que la escasez de recursos en los servicios públicos constituye un poderoso acicate para poner en práctica nuevas variedades asistenciales. Afrontar los requerimientos de una demanda asistencial creciente y garantizar que las personas que lo necesitan tienen acceso al tratamiento constituye un importante reto para los servicios de salud mental y el empleo de la eSalud puede contribuir a lograrlo.
- La reducción de las desigualdades, facilitando el acceso al sistema asistencial a personas que habitualmente no reciben tratamiento (73,74).
- La mejor gestión de la información puede facilitar la evaluación de programas asistenciales y la planificación en salud mental.

Sin embargo, debemos citar también los riesgos que pueden plantear las TIC aplicadas a la salud mental, como los problemas legales y éticos relacionados con el hecho de compartir información on line o poder agrandar la brecha existente entre personas que tienen acceso a las tecnologías digitales y las que no tienen esa posibilidad.

La valoración de la efectividad de las TIC en el ámbito de la salud mental indica que los programas de “eSalud Mental” sustentados en los criterios de la medicina basada en la evidencia son efectivos desde el punto de vista clínico. Se han realizado ensayos clínicos aleatorios que indican que las intervenciones de eSalud pueden ser tan efectivas como el tratamiento convencional para las personas con ansiedad o depresión leve o moderada (incluyendo la fobia social, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada) (75-77). Sin embargo, los programas on line no son recomendables para personas con psicosis o en riesgo de suicidio (78).

■ Sistemas de información en salud mental.

La OMS considera los “sistemas de información sanitaria” como “una estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia” (OMS, 1971). En el ámbito de la salud mental, un “sistema de información en salud mental (SISM)” es “un sistema que permite recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar la información sobre un servicio de salud mental y las necesidades de salud mental de la población a la que atiende”. Por tanto, un SISM debe concebirse como una herramienta activa e integrada en la asistencia, la gestión y la investigación, integrando a su vez múltiples fuentes de información, incluida la historia clínica.

La utilidad de un SISM radica en que:

- Constituye una herramienta de planificación esencial y permite la evaluación posterior de determinadas políticas sanitarias.
- Es una herramienta de prestación de servicios, ya que permite registrar las necesidades sanitarias de cada usuario y llevar a cabo un seguimiento personalizado de las intervenciones clínicas que se realizan.
- Permite conocer la evolución de los indicadores establecidos por la política del servicio de salud mental, pudiendo así vincularse a la mejora constante de la calidad de dicho servicio.
- Indica el modo en que un determinado servicio está empleando sus recursos humanos y materiales, contribuyendo a la provisión de una atención de calidad con unos recursos limitados.

Dada su utilidad, la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud señala que en España, durante los últimos años, se han producido algunas mejoras en el conocimiento sobre la salud mental de la población, si bien parece necesario insistir y seguir aunando esfuerzos en el desarrollo de sistemas de información que nos permitan disponer de datos sobre las principales causas de morbilidad atendida para mejorar la prestación de servicios a la población y a las personas con trastornos mentales. La utilización de las TIC puede desempeñar un papel fundamental para el desarrollo de los sistemas de información en salud mental.

■ Situación de partida en Cantabria.

Desde octubre de 2013, en la USM de Torrelavega se ha puesto en marcha un programa piloto de telepsiquiatría para la asistencia de pacientes residentes en la zona básica de salud de Liébana. Se trata de una zona con una mayor dificultad de acceso a los recursos sanitarios debido a la distancia que la separa de su USM de referencia y sus características orográficas. Los objetivos del programa piloto son mejorar el acceso a los servicios de salud mental de los pacientes con mayores dificultades clínicas o socioeconómicas y ensayar la utilización de la telepsiquiatría como herramienta de tratamiento habitual. Los resultados preliminares (con inclusión de 21 pacientes y evaluación tras 6 meses de seguimiento) son prometedores, con una alta satisfacción por parte de los usuarios.

Con respecto a los sistemas de información de salud mental, en Cantabria consideramos prioritaria la existencia de un sistema de información de salud mental integrado en el sistema de información del Servicio Cántabro de Salud, que incluya una historia clínica electrónica unificada y compartida entre los diferentes dispositivos de atención a las personas con problemas de salud mental.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Proporcionar información de calidad sobre los problemas de salud mental y los recursos asistenciales existentes en Cantabria.

Objetivos específicos:

- 1.1. Establecer una página web institucional sobre la salud mental en Cantabria.

Esta página incluiría información sobre las características de los dispositivos asistenciales, su ubicación, los miembros de sus respectivos equipos, las actividades más relevantes, la cartera de servicios, las vías de acceso, algunos indicadores de actividad, publicaciones de interés, etc.

- 1.2. Colaborar con la Escuela de Salud de Cantabria (Observatorio de Salud de Cantabria) para aportar, mediante la creación de grupos de apoyo on line y blogs, información relacionada con las enfermedades mentales.

Esta información permitirá responder a consultas de los ciudadanos, promoverá la prevención de la enfermedad mental y transmitirá testimonios y experiencias tanto de pacientes como de familiares.

En determinados momentos, p.ej. una vez al mes o coincidiendo con alguna efeméride señalada (Día Internacional de la Salud Mental, Día Internacional de la Mujer, etc.), algunos especialistas responden a las preguntas emitidas a través del blog, aclarando conceptos de interés para los ciudadanos y contribuyendo a mejorar el conocimiento de las enfermedades mentales, implicando al paciente con la mejora de su nivel de conocimiento de la enfermedad.

También se pueden llevar a cabo intervenciones interactivas de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, proponiendo a los ciudadanos participar en programas on line de intervención breve, fomentando cambios en las actitudes, hábitos y conductas de riesgo.

- 1.3. Implantar medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio.

Este objetivo coincide con el objetivo 2.1.6. del programa "Suicidio".

■ **Objetivo general 2:** Apoyar a los profesionales de atención primaria y de la Red de Salud Mental en el tratamiento de las personas con enfermedad mental a través de un programa de “ciber-psiquiatría de enlace”.

Objetivos específicos:

- 2.1. Desarrollar un programa de “ciber-psiquiatría de enlace”.
- 2.2. Implementar actuaciones de “m-health” que incluyan intervenciones de tipo preventivo en grupos de riesgo de debutar con un trastorno mental o de recaída.
- 2.3. Implementar actuaciones de “m-health” que potencien la adherencia con el proceso terapéutico y mejoren el pronóstico de la enfermedad.

A través del teléfono móvil se pueden enviar mensajes de utilidad en el proceso terapéutico. Así, por ejemplo, se pueden enviar recordatorios de citas, tomas de la medicación, apoyos a lo largo del tratamiento, etc.

■ **Objetivo general 3:** Desarrollar un sistema de información sanitaria en salud mental, integrado en el proceso de informatización de la red sanitaria general.

Objetivos específicos:

- 3.1. Diseñar una historia clínica electrónica unificada y compartida entre los dispositivos de atención a la salud mental, que incorpore información relevante para la asistencia, la gestión y la investigación.
- 3.2. Dotar a todos los dispositivos de la Red de Salud Mental de Cantabria de las infraestructuras y equipos informáticos necesarios.
- 3.3. Definir un sistema de indicadores de seguimiento y evaluación de los servicios y programas de salud mental.

■ **Objetivo general 4:** Disponer de información sobre el nivel de salud mental de las personas en contacto con el sistema sanitario, tanto en atención primaria como especializada.

■ **Objetivo general 5:** Disponer de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos sanitarios y sociales dedicados a la atención de las personas con problemas de salud mental en Cantabria.

12.

13.

14.

15.

16.

PSICOTERAPIA.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, como herramienta de mejora de la atención a la salud mental en nuestro país, incluye entre sus objetivos más relevantes incrementar el uso de técnicas psicoterapéuticas eficaces en los diferentes dispositivos de las redes de salud mental. Para ello, incluye unos criterios de calidad en psicoterapia, definiendo, en primer lugar, la psicoterapia y delimitando sus objetivos y actuaciones, así como las diferentes modalidades y condiciones necesarias para su aplicación.

■ Situación de partida en Cantabria.

En la Red de Salud Mental de Cantabria la psicoterapia, tanto individual como grupal, se realiza de forma habitual en las unidades de salud mental y en algunas unidades especializadas. Al igual que en el resto de comunidades autónomas de nuestro país, existe un marcado déficit en la oferta de psicoterapias regladas, evaluables y basadas en la evidencia. Las intervenciones con psicoterapia no tienen, por lo general, un esquema definido ni una limitación temporal. Tampoco se dispone de una cartera de servicios con intervenciones psicoterapéuticas diferenciadas. Apenas se han llevado a cabo estudios de resultados.

Estas debilidades comentadas tienen como causas, entre otras, la falta de protocolización de los tratamientos, la ausencia de un registro de las intervenciones, las escasas dotaciones de profesionales especializados en un contexto de demanda creciente de atención ambulatoria, y las carencias en formación y en supervisión de los tratamientos. Algunas de estas carencias son más evidentes en el abordaje psicoterapéutico de ciertas patologías y de pacientes con trastornos mentales graves.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

Partimos de la definición de psicoterapia incluida en el Anexo II (Criterios de calidad en psicoterapia) de La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, basada en la “Guía para el usuario de la psicoterapia” elaborada por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas:

“La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia”.

A los efectos de la planificación y ejecución de programas psicoterapéuticos en nuestro medio, diferenciaremos entre psicoterapia e intervenciones psicoterapéuticas:

- La psicoterapia se aplica por psiquiatras y por psicólogos clínicos, con formación específica (psicoterapeutas).
- Las intervenciones psicoterapéuticas, incluidas en un programa específico de la cartera de servicios y supervisadas por un psicoterapeuta, se aplican por cualquier miembro del equipo multidisciplinar, de acuerdo con su grado de especialización, formación y entrenamiento.

Los objetivos de la psicoterapia en un paciente se establecerán de acuerdo con la formulación del caso y son fundamentalmente:

- Eliminar o reducir la sintomatología y el sufrimiento del paciente.
- Recuperar o mejorar la funcionalidad y la adaptación a sus circunstancias vitales.

■ **Objetivo general 1:** Delimitar y diferenciar en la cartera de servicios de la Red de Salud Mental de Cantabria la psicoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas.

Objetivos específicos:

- 1.1. Elaborar un catálogo de los tratamientos con psicoterapia aplicados en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, de manera protocolizada y conforme a los criterios de calidad de la psicoterapia, incluyendo indicadores de evaluación de resultados y de eficacia.
- 1.2. Elaborar un catálogo de las intervenciones psicoterapéuticas aplicadas en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental y en los programas de coordinación con atención primaria, de manera protocolizada y conforme a los criterios de calidad de la psicoterapia, incluyendo indicadores de evaluación de resultados y de eficacia.
- 1.3. Incluir en los sistemas de información de la actividad asistencial de la Red de Salud Mental registros diferenciados de la aplicación de la psicoterapia y de técnicas psicoterapéuticas, y de éstas con la evaluación, el psicodiagnóstico o el seguimiento de los pacientes.

■ **Objetivo general 2:** Promover la psicoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas en los servicios de la Red de Salud Mental de Cantabria.

La psicoterapia se aplicará por psicoterapeutas (psiquiatras y psicólogos clínicos) en los dispositivos de la Red. Las intervenciones psicoterapéuticas se aplicarán por profesionales de los equipos de la Red de Salud Mental y en atención primaria, con arreglo a un programa protocolizado y supervisados por psicoterapeutas.

Se utilizará la psicoterapia como tratamiento de elección para determinados trastornos cuando así lo recomienden las guías de práctica clínica.

Se potenciará la psicoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas, combinadas o no con otros tratamientos, en la atención a determinados grupos de pacientes, tales como trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos adictivos y personas con trastorno mental grave y crónico.

Se fomentará la aplicación de terapias e intervenciones limitadas en el tiempo y con evaluación periódica de su eficacia.

Se considera necesario fomentar la aplicación de psicoterapia y técnicas psicoterapéuticas de tipo grupal, en aquellos casos en que se muestren como la mejor práctica clínica, en términos de eficacia y eficiencia.

Objetivos específicos:

- 2.1. Aumentar el número y porcentaje de pacientes con trastornos mentales en tratamiento psicoterapéutico individual.
- 2.2. Aumentar el número y porcentaje de pacientes con trastornos mentales y de sus familiares en tratamiento psicoterapéutico grupal.
- 2.3. Implementar protocolos con una respuesta rápida de intervención psicoterapéutica para pacientes con intentos de suicidio, víctimas de violencia en el ámbito doméstico y personas en situación de incapacidad temporal derivada de problemas en el ámbito laboral.

Objetivo general 3: Potenciar la formación de los profesionales y garantizar la calidad de la psicoterapia y de las intervenciones psicoterapéuticas.

Se desarrollarán programas específicos de formación en psicoterapia y técnicas psicoterapéuticas, con un enfoque multidisciplinar, para los profesionales de la Red de Salud Mental y de atención primaria.

Se priorizará la formación en psicoterapia para profesionales que trabajan en determinados programas considerados prioritarios en cuanto a la aplicación de tratamientos psicoterapéuticos.

Se garantizará la supervisión de los tratamientos por parte de psicoterapeutas expertos.

Se avanzará en la acreditación de los protocolos y de los psicoterapeutas de acuerdo con las propuestas y acuerdos alcanzados en el seno de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.

Objetivos específicos:

- 3.1. Elaborar planes anuales de formación en psicoterapia para psiquiatras y psicólogos clínicos de la Red de Salud Mental de Cantabria, que incluyan la supervisión clínica.
- 3.2. Elaborar planes anuales de formación en intervenciones psicoterapéuticas para todos los profesionales de la Red de Salud Mental, incluyendo actividades formativas con atención primaria y otras especialidades médicas, así como profesionales de los servicios sociales y del entorno educativo.

Objetivo general 4: Fomentar la realización de proyectos de investigación en psicoterapia, comparando diferentes estrategias en determinados grupos de pacientes.

La evaluación de resultados constituye un requisito ético para quienes ejercen la psicoterapia, con el fin de ofrecer a la población unos servicios de eficacia reconocida.

13.

14.

15.

16.

FORMACIÓN EN SALUD MENTAL.

El marco legal que regula el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria en nuestro país establece que toda la estructura asistencial del sistema sanitario debe estar en posición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales, garantizando a éstos la formación y el perfeccionamiento para el desempeño de sus funciones.

En el campo de la atención especializada en salud mental está regulada la formación de especialistas en Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería de Salud Mental. Es una formación de postgrado realizada según el modelo de especialización en ciencias de la salud del sistema sanitario español, que utiliza el sistema de residencia, el autoaprendizaje tutorizado y la evaluación continua y final. La tendencia actual es que los especialistas de estas tres disciplinas se formen conjuntamente en unidades docentes multiprofesionales (UDM) que reúnan los criterios de acreditación comunes y específicos para la formación de las tres especialidades.

En el ámbito de la formación pregrado, especialmente en los hospitales y dispositivos adscritos a un hospital universitario, se espera que los profesionales de la red de salud mental colaboren, en la medida de sus posibilidades, con los profesores universitarios en la formación de estudiantes de Medicina, Enfermería, Psicología, Trabajo Social y otras disciplinas.

Respecto a la formación postgrado en centros acreditados, fundamentalmente médicos internos residentes de Psiquiatría y psicólogos residentes en Psicología Clínica, pero también médicos internos residentes en Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina del Trabajo, Neurología y Neurofisiología, y enfermeros especialistas en Salud Mental, la incorporación de estos profesionales jóvenes a los dispositivos de la red de salud mental constituye un elemento dinamizador que favorece el aumento de los niveles de calidad asistencial.

La formación continuada también representa un elemento clave para proporcionar a los ciudadanos una asistencia en proceso de mejora continua y basada en la mejor evidencia científica disponible, siendo una actividad motivadora para el profesional, especialmente cuando se plantea como un proceso individualizado que favorece el desarrollo de su propio proyecto personal de formación, cuando se garantiza que en los centros asistenciales se respeten los tiempos dedicados a la formación y cuando está vinculada a la promoción profesional.

■ Situación de partida en Cantabria.

El objetivo general de cualquier programa de formación en salud mental es que todos los proyectos formativos desarrollados en los diferentes dispositivos de la red de salud mental se promuevan, desarrollen y evalúen de forma unitaria, con arreglo a unos objetivos enmarcados en una política global y con participación de los profesionales.

Otras metas de un programa de formación en salud mental son la colaboración con las organizaciones que, en el ámbito regional, nacional e internacional, promueven la docencia y la formación continuada y la acreditación docente de los programas y los dispositivos de la red de salud mental.

La formación en salud mental debe ir dirigida no sólo a la adquisición de conocimientos, sino también de actitudes y de habilidades, favoreciendo el aprendizaje por competencias, y fomentando el compromiso con la mejora continua de la calidad. Las actividades y los planes docentes deben ser evaluados y sometidos a criterios de acreditación.

Las nuevas tecnologías de la información y comunicación ofrecen una excelente oportunidad para la formación de los profesionales y para el apoyo a la práctica clínica, por lo que los programas docentes deberán utilizar ese tipo de plataformas, como en el nuevo y prometedor campo de la eSalud mental.

Una gran variedad de instituciones y organizaciones de distinto tipo, no siempre del sector sanitario, dedican parte de sus esfuerzos a tareas formativas y a la actualización de los conocimientos relacionados con la atención a los trastornos mentales. En este ámbito destaca la actividad de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria y la formación de especialistas en Psiquiatría y Psicología Clínica. Existen unidades docentes en las Gerencias de Atención Primaria y Especializada y comisiones de docencia en los hospitales y áreas sanitarias, que se apoyan en la figura de los tutores para cada especialidad.

El Servicio Cántabro de Salud cuenta con el portal de formación continuada en Internet SOFOS, abierto a todos los profesionales de las instituciones sanitarias de Cantabria. Los colegios profesionales también desarrollan una importante actividad formativa. La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales ha establecido normativa específica para el reconocimiento de interés sanitario de los actos científico-sanitarios desarrollados en el ámbito de la Comunidad Autónoma.

Aunque en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y en el Hospital Comarcal de Sierrallana se han puesto en marcha iniciativas de formación continuada y supervisión de casos, no existe una planificación conjunta de las actividades formativas en salud mental en Cantabria.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general 1:** Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario de Cantabria para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

Objetivos específicos:

- 1.1. Realizar un análisis de las necesidades formativas de todos los profesionales de la Red de Salud Mental y de atención primaria en materia de salud mental, teniendo en cuenta la morbilidad, necesidades y demanda de la población de Cantabria.
- 1.2. Elaborar un plan de formación continuada para los profesionales de la Red de Salud Mental, atención primaria y otras especialidades relacionadas con la atención a los problemas de salud mental.

El plan debe ajustarse a las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para programas de formación continuada, y abarcar aspectos relacionados con la clínica, la gestión, el profesionalismo, la ética y la investigación.

El programa estará abierto a los profesionales de las entidades vinculadas y concertadas con el Servicio Cántabro de Salud y a profesionales de asociaciones de pacientes y familiares.

- 1.3. Desarrollar programas prioritarios en los problemas de salud mental y tratamientos más relevantes y complejos.

Los temas prioritarios de formación están recogidos en los programas "Psicosis afectivas y no afectivas (objetivos 1.2, 2.4 y 3.4), "Suicidio" (objetivo 2.2.2), "Trastornos de la personalidad" (objetivo 4), "Trastornos de la conducta alimentaria" (objetivos 3.3 y 7), "Salud mental y atención primaria" (objetivo 2.3), "Problemas de salud mental en la edad geriátrica" (objetivo 3.1), "Problemas de salud mental en la edad infantojuvenil" (objetivo 6.1), "Trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias" (objetivo 5.1), y "Psicoterapia" (objetivos 3.1 y 3.2).

- 1.4. Incluir en la oferta formativa de especialistas en Cantabria la especialidad en Enfermería de Salud Mental dentro de una Unidad Docente Multiprofesional.
- 1.5. Incluir la titulación de especialista en Enfermería de Salud Mental como requisito para la incorporación de estos profesionales a los dispositivos y recursos de salud mental.
- 1.6. Potenciar en los programas de formación de especialistas el modelo de formación por competencias.
- 1.7. Valorar las tareas docentes de los profesionales al asignar las cargas de trabajo asistencial en los dispositivos de la Red de Salud Mental.

■ **Objetivo general 2:** Extender los programas de formación a profesionales de otros colectivos relacionados con la atención a las personas con problemas de salud mental.

Objetivos específicos:

2.1. Ampliar el acceso a los programas de formación en salud mental a los profesionales de los servicios sociales.

2.2. Ampliar el acceso a los programas de formación en salud mental a los profesionales que trabajan en centros penitenciarios de Cantabria.

■ **Objetivo general 3:** Aprovechar las oportunidades que para la formación continuada ofrece la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) y la eSalud.

14.

15.

16.

INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.

La investigación constituye el elemento fundamental para el progreso del sistema sanitario, y debe llevarse a cabo en todos los niveles asistenciales. La investigación debe estar coordinada y planificada con arreglo a criterios de prioridad.

El fin primordial de un programa de investigación es favorecer que los equipos dedicados a la investigación en salud mental participen en un proyecto común que, respetando y potenciando la línea de trabajo de cada uno de ellos, permita alcanzar mayores logros como resultado de una planificación y desarrollo conjuntos.

Desde su creación en 2008 el Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área de Salud Mental (CIBERSAM), constituido actualmente por 24 grupos de investigación, lidera la investigación en Salud Mental en España y Europa, genera conocimientos y aporta valor añadido en investigación clínica y básica, con un enfoque multidisciplinar y multiinstitucional.

■ Situación de partida en Cantabria.

Se puede afirmar que existe en Cantabria un elevado nivel de calidad en lo relativo a la investigación en salud mental. A la línea de investigación epidemiológica y de desarrollo de instrumentos llevada a cabo en las últimas décadas en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, con alto nivel de reconocimiento nacional e internacional, en años más recientes se ha implementado una línea de excelencia en psicosis (Programa de atención a fases iniciales de psicosis –PAFIP-, y aplicación de ciencias básicas al estudio de la psicosis) y de nuevos enfoques terapéuticos integrales para ciertos trastornos (psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de ansiedad). En el Área Sanitaria de Torrelavega también se desarrolla una línea de investigación en prevención de psicosis (Programa P3), y existe también en Cantabria una línea de investigación en trastornos de la personalidad.

La Fundación “Instituto de Investigación Sanitaria Marqués de Valdecilla” (IDIVAL) creada en febrero de 2014 y continuadora de la actividad desarrollada por la Fundación “Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla” (IFIMAV), promueve y desarrolla la investigación y la innovación biosanitarias del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Agrupa a 28 grupos de investigación en Cantabria en diferentes líneas, algunas de ellas en el campo de las neurociencias: neuroimagen cerebral en las psicosis no afectivas, genética en las psicosis no afectivas, epidemiología y clínica en las psicosis no afectivas, cognición en las psicosis no afectivas, intervención en fases tempranas de los trastornos de la conducta alimentaria, investigación e intervención farmacológica sobre las fases tempranas de la psicosis en la población infantojuvenil, y clasificación y evaluación de la discapacidad.

El Observatorio de Salud Pública de Cantabria (OSPC), creado en septiembre de 2006, desarrolla tareas de investigación, análisis e información sobre la situación de la salud pública de Cantabria. Depende de la Dirección General de Salud Pública y está adscrito a la Fundación Marqués de Valdecilla (FMV). En dos de los grupos de investigación desarrollados en el OSPC (Factores ambientales y salud infantojuvenil, y Planificación, evaluación y calidad sanitaria) participan profesionales del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

■ Propuesta de actuación para Cantabria.

■ **Objetivo general:** Potenciar la investigación en salud mental en Cantabria.

Objetivos específicos:

1.1. Establecer e impulsar líneas prioritarias de investigación en salud mental en Cantabria.

Se priorizarán aquellas líneas que respondan a necesidades asistenciales de la población y los proyectos de investigación-acción que impliquen actuaciones de carácter multidisciplinar y sean de ámbito regional.

Los temas prioritarios de investigación están recogidos en los programas “Psicosis afectivas y no afectivas (objetivos 1.3 y 3.6), “Suicidio” (objetivo 1.1), “Trastornos de la personalidad” (objetivo 1.1), “Trastornos de la conducta alimentaria “ (objetivo 8), “Salud mental y atención primaria” (objetivo 1.1), “Trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias” (objetivo 5.2), y “Psicoterapia” (objetivo 4). También se consideran prioritarios los programas de investigación en Salud mental infantojuvenil y en el ámbito de la eSalud mental.

1.2. Apoyar el desarrollo de proyectos de investigación de calidad, especialmente los incluidos en redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.

1.3. Promover programas formativos en metodología de la investigación en salud mental para profesionales de la Red de Salud Mental y especialistas en formación.

1.4. Favorecer la estabilidad laboral de los investigadores en salud mental.

1.5. Valorar las tareas investigadoras de los profesionales al asignar las cargas de trabajo asistencial en los dispositivos de la Red de Salud Mental.



Instituto de
Investigación
Valdecilla

IDIVAL

EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA 2015-2019.

La planificación estratégica constituye una poderosa herramienta de gestión. A partir del diagnóstico de situación de una organización o sistema, permite reflexionar y tomar decisiones colectivas, señalando un camino a recorrer, con el propósito de adecuarse a las demandas y a los cambios sociales que impone el entorno. Pero no basta solamente con enunciar intenciones, sino que resulta imprescindible plantear objetivos medibles y alcanzables en el tiempo, proponiendo acciones específicas para alcanzarlos. En ese esfuerzo común en busca de objetivos compartidos, la organización se fortalece, especialmente si los actores del cambio disponen de mecanismos visibles de medición, evaluación y control, que permitan acercarse al cumplimiento de la misión y visión institucional.

Existen dos requisitos fundamentales para la realización de la evaluación. El primero es que exista una planificación operativa que permita comparar lo ejecutado con los resultados esperados. El segundo requisito es que se genere la información necesaria y oportuna para la comparación y toma de decisiones.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 incluye entre sus objetivos la evaluación periódica de sus resultados, objetivos y procedimientos, de cara a conocer mejor el nivel de salud mental de la población y las principales causas de morbilidad atendida, así como la organización, los dispositivos y los recursos específicos dedicados a la atención de la salud mental. Para ello ha propuesto la utilización de instrumentos validados e indicadores sobre morbilidad atendida, protocolos asistenciales utilizados y actuaciones de formación e investigación.

Siguiendo esa línea de trabajo, la evaluación de un plan de salud mental tiene tres componentes básicos:

- La evaluación del desempeño y grado de cumplimiento de los objetivos de cada una de sus líneas estratégicas y el impacto en la salud mental de la población.
- La evaluación de programas y servicios, que constituyen los instrumentos para conseguir los objetivos generales en materia de salud mental.
- La evaluación de los indicadores más relevantes considerados capaces de reflejar claramente una situación y de establecer comparaciones.

■ Situación de partida en Cantabria.

Actualmente no es posible en nuestro entorno el desarrollo de una adecuada evaluación del nivel de salud mental de los ciudadanos ni de los programas y servicios que se prestan para atender la morbilidad psiquiátrica. Esto es debido, en parte, a la ausencia de una cultura de la evaluación entre los profesionales de la Red de Salud Mental. Otra circunstancia relevante es el escaso desarrollo de los sistemas de información más allá de un paquete básico de indicadores de actividad hospitalaria, por lo que no resulta posible disponer de información desagregada ni detallada de las actuaciones o del gasto específico en salud mental. Por ello, a la espera de contar con una historia clínica informatizada común para todo el Sistema Sanitario Público de Cantabria, en la que los indicadores de actividad en salud mental deben ocupar un lugar importante y reflejar la complejidad de la asistencia psiquiátrica, el Plan de Salud Mental debe incluir actuaciones específicas que permitan evaluar:

El nivel de salud mental de la población.

- Las características de la morbilidad atendida, las necesidades expresadas y no expresadas por las personas con patología mental y las rutas asistenciales por las que transitan en la búsqueda de una solución para sus problemas.
- Las actividades, previamente planificadas, desarrolladas en los dispositivos de la Red de Salud Mental y en los entornos sanitarios y extrasanitarios involucrados, para conseguir los objetivos marcados.
- El cumplimiento de los objetivos señalados en el propio Plan.

La información obtenida con estas actuaciones específicas debe ser elaborada cumpliendo unas reglas comunes para todo el Sistema Nacional de Salud, permitiendo así establecer comparaciones y señalar nuevos objetivos y proyectos. Para ello, se deben refinar en lo posible los datos remitidos al sistema nacional de información sanitaria para elaborar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), sistemas de vigilancia epidemiológica de conductas de riesgo, encuestas sobre salud y hábitos, indicadores asistenciales y de prevención del Plan Nacional Sobre Drogas o información sobre mortalidad por causas relacionadas con la salud mental y consumo de sustancias.

Para alcanzar estas metas, la evaluación de los objetivos de este plan se llevará a cabo utilizando una serie de indicadores, previamente definidos, estrechamente vinculados a cada uno de los objetivos específicos. También se debe establecer un calendario y una metodología de evaluación, que debe ser también coherente con un modelo de participación y de información permanente a los ciudadanos.

En los programas que desarrollan las líneas estratégicas prioritarias en salud mental de este plan (programas 1 a 15) se incluye un elevado número de objetivos operativos, de variada naturaleza y complejidad, aunque se pueden agrupar en varios tipos:

- **Elaboración de documentos:** Descripción de vías asistenciales, protocolos, registros, instrumentos de evaluación, necesidades, recomendaciones, planes de formación e investigación, elaboración de campañas informativas, guías, memorias, etc.
- **Coordinación:** Reuniones, creación de grupos de trabajo, unidades formales de coordinación, colaboración con otras instituciones, etc.
- **Creación y dotación de recursos:** Dispositivos de nueva creación, equipos, profesionales, recursos asignados a los pacientes, sistemas de información, etc.
- **Actividades directas con usuarios y profesionales:** Detección, evaluación, asistencia, provisión de tratamientos, impartición de cursos, estudios de satisfacción, actuaciones de prevención y promoción, campañas informativas, etc.

■ **Propuesta de actuación para Cantabria.**

En los programas “Organización de los dispositivos de atención a la salud mental” y “eSalud Mental” se incluyen objetivos específicos cuyo cumplimiento permitirá, con un decidido apoyo en el empleo de tecnologías de la información (TIC), evaluar adecuadamente las actividades y los indicadores del Plan.

Resulta necesario, además, delimitar una serie de objetivos directamente vinculados con la propia ejecución del Plan de Salud Mental.

■ **Objetivo general 1:** Incluir en el sistema de información sanitaria en salud mental indicadores que permitan evaluar los objetivos del Plan de Salud Mental de Cantabria y aportar datos de calidad al sistema nacional de información sanitaria.

Este objetivo está vinculado a los del programa “eSalud Mental”.

■ **Objetivo general 2:** Desarrollar una evaluación continua del grado de ejecución de los objetivos señalados en el Plan de Salud Mental de Cantabria, implantando una cultura de la evaluación entre los profesionales, fomentando la participación e informando a los ciudadanos del desarrollo del Plan.

Objetivos específicos:

- 2.1.** Crear un grupo de trabajo para la evaluación del desarrollo del Plan de Salud Mental de Cantabria coordinado por el Servicio de Planificación Sanitaria y con participación de profesionales del ámbito de la salud mental, de los servicios sociales y de sectores más directamente relacionados, así como de representantes de los pacientes.

Este grupo establecerá un calendario de trabajo, revisará el cumplimiento de los objetivos con arreglo a los indicadores y elaborará informes periódicamente. También podrá proponer modificaciones en algunos de los objetivos o nuevas líneas de trabajo en función del desarrollo del Plan y de las circunstancias del entorno.

- 2.2.** Informar a los profesionales y a la sociedad en su conjunto del desarrollo del Plan de Salud Mental de Cantabria.

2.2.1. Celebrar jornadas de trabajo con los profesionales de la Red de Salud Mental y de otros entornos para discutir aspectos relacionados con la evaluación y desarrollo del Plan de Salud Mental.

2.2.2. Difundir los avances en el desarrollo del Plan de Salud Mental y los informes de evaluación elaborados por el grupo de trabajo en la página web institucional sobre la salud mental en Cantabria.

Este objetivo está vinculado al objetivo 1.1. del programa "eSalud Mental".

**El compromiso
del Plan de Salud Mental
de Cantabria con la Estrategia
en Salud Mental
del Sistema Nacional
de Salud 2009-2013.**



EL COMPROMISO DEL PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA CON LA ESTRATEGIA EN SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 2009-2013.

Como ha sido comentado al describir la metodología, el Plan de Salud Mental de Cantabria focaliza las actuaciones en grupos más o menos específicos de trastornos. Esto ha ocasionado que alguna de las propuestas de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud no aparezcan recogidas en los distintos programas de actuaciones. Por ello, el grupo de expertos propuso comparar ambas estrategias (EESSMM y PSMC), señalando como objetivos actuaciones complementarias a las incluidas en los programas prioritarios.

A continuación se hace una revisión de EESSMM, cotejando sus objetivos con los incluidos en los distintos programas que componen el PSMC y elaborando al final un listado de actuaciones complementarias acordes con aquélla.

■ Principios y valores de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.

En el apartado 1 (Análisis de Situación) se recogen los principios y valores básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental, respaldado por la Ley General de Sanidad (1986) y por el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985):

- Autonomía: Capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
- Continuidad: Capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal).
- Accesibilidad: Capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuándo y dónde la necesiten.
- Comprensividad: Implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria.
- Reconocimiento del derecho a recibir asistencia en todo el abanico de necesidades causadas por el trastorno mental.
- Equidad: Distribución de los recursos sanitarios y sociales, de forma adecuada en calidad y proporcionada en cantidad, a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales.
- Recuperación personal: Incluye la recuperación de la salud y de la conciencia de ciudadanía pese a la discapacidad causada por el trastorno.
- Responsabilización: Reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a pacientes, familiares y la comunidad.
- Calidad: Búsqueda permanente de los mejores resultados, utilizando procedimientos basados en pruebas.

Todos los principios y valores que representan la esencia del modelo comunitario de atención a los problemas de salud mental están recogidos en la EESSMM y aparecen de forma explícita en las propuestas de actuación del PSMC.

■ Compromiso de la EESSMM con los organismos internacionales que se ocupan de la salud mental.

En el apartado 1 de la EESSMM se enumeran los documentos y directrices de los organismos internacionales que fomentan políticas de salud mental:

- Organización Mundial de la Salud (OMS): La Declaración de Helsinki y el Plan de Acciones (2005) incluyen un proyecto de evaluación sistemática de las actuaciones que permite su registro interno y llevar a cabo comparaciones sobre políticas y prácticas europeas en salud mental.
- Consejo de Europa: Tres convenios, suscritos por España, son de especial interés para la salud mental:
 - Convenio Europeo de Derechos Humanos de 1950.
 - Convenio Europeo para la Prevención de la Tortura (1987), que incluye medidas de garantía de los derechos de las personas internadas por motivos de salud mental, así como recomendaciones para reforzar su protección.
 - Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina (Oviedo, 1997).
- Derechos de las personas con trastornos de la salud mental. Un instrumento de referencia (2004): Documento relativo a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE): El Proyecto HCQI (Health Care Quality Indicators, 2006) pretende desarrollar indicadores de calidad en la atención a la salud, entre los que se incluye la salud mental, seguridad, promoción, prevención, atención primaria y experiencia del paciente.
- Comisión Europea: El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar (2008) incluye líneas de acción conjunta que permiten desarrollar los contenidos de Helsinki y sincronizar acciones y estrategias. Todo ello se plasmó en el proyecto “Libro Verde de la Salud Mental en Europa” (2005) y, posteriormente, en el “El Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar”. El Pacto incluye 5 áreas prioritarias apoyadas en cinco documentos de consenso: La salud mental entre los jóvenes y en la educación, la prevención del suicidio y de la depresión, la salud mental en el entorno laboral, la salud mental de las personas mayores y la lucha contra el estigma y la exclusión social.
- EU-Compass: La Comisión ha diseñado el “EU-Compass”, recurso en red que pretende ser un instrumento de trabajo abierto y dinámico, que proporciona una colección de documentos, declaraciones, buenas prácticas y políticas para la mejora y la promoción de la salud mental y el bienestar.

Todos los programas de atención a los diferentes problemas de salud mental y grupos de trastornos considerados estratégicos en el PSMC recogen recomendaciones de estos proyectos y organismos internacionales.

■ Desarrollo de las líneas estratégicas de la EESSMM.

■ **Línea estratégica 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.

■ **Objetivo General 1:** Promover la salud mental de la población general y de grupos específicos.

Entre los objetivos se incluyen intervenciones sobre distintos grupos de edad y sexo, desde una perspectiva de género, con estrategias de acción de atención primaria, especializada y salud pública. Las actuaciones se deben dirigir a responsables institucionales, líderes de la comunidad, profesionales sanitarios y medios de comunicación.

Los programas “Trastornos depresivos” y “Suicidio” prevén la implantación de proyectos comunitarios para mejorar las estrategias de afrontamiento y manejo del estrés tanto en población general como en grupos de riesgo.

Se propone colaborar con la Escuela Cántabra de Salud en proyectos de promoción, educación sanitaria e innovación social relacionados con la depresión, a través de las tecnologías de la información y la comunicación.

El programa “Trastornos de la personalidad” incluye la puesta en marcha de un plan de prevención con programas educativos dirigidos a las familias.

En el programa “Trastornos de la conducta alimentaria” se incluyen estrategias de educación para la salud dirigidas al alumnado, así como un protocolo psicoeducativo para manejar los aspectos psicológicos y conductuales del sobrepeso.

En el programa “Salud mental en la edad geriátrica” se incluye el desarrollo de programas informativos en los centros sociales de atención a los mayores para mejorar los niveles de educación y conciencia de los problemas de salud mental en este grupo de población.

■ **Objetivo General 2:** Prevenir la enfermedad mental, el suicidio y las adicciones en la población general.

Entre los objetivos específicos se incluyen intervenciones para disminuir el uso y abuso de sustancias adictivas, especialmente en adolescentes, y reducir las tasas de depresión y de suicidio en grupos de riesgo. Se recomienda desarrollar programas específicos de tipo comunitario en

determinadas áreas con alto riesgo de exclusión social o marginalidad, y reducir los determinantes y las consecuencias de conductas violentas en la calle (vandalismo), en la escuela (acoso escolar) y en el hogar (violencia de género y maltrato infantil y de personas mayores).

Las intervenciones preventivas deberán ir dirigidas, preferentemente, a grupos de riesgo en la primera infancia y la adolescencia (hijos de padres con trastorno mental o con adicciones, víctimas de abusos o de abandono,...) y a las mujeres.

Se propone implementar talleres específicos y entrenamiento en habilidades para la prevención de la depresión y del suicidio, en centros docentes, instituciones penitenciarias y residencias geriátricas.

Se recomienda desarrollar acciones de apoyo a los servicios de prevención y comités de salud laboral para prevenir el estrés laboral y los trastornos mentales asociados al trabajo, así como el desgaste profesional. Se propone el desarrollo de intervenciones de apoyo a las familias, especialmente a las mujeres que cuidan y atienden a personas con enfermedades crónicas, junto con la creación de recursos para el cuidado de enfermos mentales para redistribuir la carga del cuidado.

El programa “Trastornos depresivos” incluye intervenciones en determinados grupos de riesgo, sensibilización entre la población general para el reconocimiento de síntomas de depresión y difusión de material informativo.

En el programa “Suicidio” se prevé la implantación de un programa regional de prevención y abordaje del suicidio, con detección de situaciones de alto riesgo y formación para profesionales sanitarios y no sanitarios. Se desarrollarán actuaciones específicas sobre el entorno de confianza de personas que han consumado el suicidio.

El programa “Trastornos de la personalidad” incluye la puesta en marcha de un plan de prevención con programas educativos dirigidos a las familias.

En el programa “Salud mental en la edad geriátrica” se incluyen actuaciones de apoyo a las personas del entorno familiar que actúan como cuidadores de personas mayores.

En el programa “Salud mental en la edad infantojuvenil” se proponen actuaciones preventivas y de detección de situaciones de riesgo desde la primera infancia, un programa de prevención del suicidio y la consolidación del programa “Jóvenes y Drogas” de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas.

Objetivo General 3: Erradicar el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

Entre los objetivos específicos se incluyen intervenciones que fomenten la integración y reduzcan la estigmatización, incluyendo el estigma laboral que sufren las personas con trastorno mental. También se propone actuar sobre las barreras normativas que puedan afectar al pleno ejercicio de la ciudadanía de las personas con trastorno mental, y especialmente en los dispositivos relacionados con la atención sanitaria.

Las soluciones de tipo residencial alternativas a la hospitalización y las intervenciones dirigidas a fomentar la inserción social y laboral son dos elementos fundamentales para la integración de las personas con trastorno mental grave y reducción del estigma.

Las campañas de promoción y de prevención dirigidas a la erradicación del estigma se dirigirán preferentemente a profesionales de la salud, profesionales de la comunicación, profesionales de la educación y escolares, empresarios y agentes sociales, asociaciones de personas con trastornos mentales y sus familiares.

En los programas “Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica” “Psicosis afectivas y no afectivas” y “Salud mental en atención primaria” se proponen estrategias de información y asesoramiento a pacientes, familiares y asociaciones de familiares para apoyo mutuo, lucha contra el estigma y defensa de sus derechos.

En los programas “Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica” y “Trastornos de la conducta alimentaria” se propone ampliar los recursos residenciales con adecuada distribución geográfica.

En el programa “Salud mental en la edad geriátrica” se prevé crear dispositivos de atención domiciliaria psicogeriátrica y aumentar la dotación de plazas residenciales y centros sociosanitarios, incluyendo recursos de respiro para los cuidadores.

En el programa “Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica” también se incluyen proyectos para fomentar el acercamiento de las personas con enfermedad mental al mercado laboral, y su participación efectiva en la planificación y evaluación de la salud mental.

■ **Línea estratégica 2.** Atención a los trastornos mentales.

■ **Objetivo General 4:** Mejorar la calidad, la equidad y la continuidad de la atención a los problemas de salud mental.

El objetivo específico más importante dentro de esta línea estratégica es la implantación efectiva de las prestaciones que se incluyen en la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, tanto en el ámbito de la atención primaria como en el de la atención especializada.

Otras propuestas incluyen los procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales, atención a las urgencias psiquiátricas y situaciones de crisis, incluyendo la atención domiciliaria.

El programa “Psicosis afectivas y no afectivas” propone potenciar la intervención temprana en psicosis y patología dual, priorizando el acceso rápido de personas que presentan un primer episodio.

En el programa “Trastornos depresivos” se incluye la mejora de la detección de síntomas de depresión en atención primaria.

Se prevé la implantación de un programa regional de prevención y abordaje del suicidio, que incluye una “línea de crisis” para ayuda inmediata a personas en riesgo de suicidio.

En el programa “Trastornos de la personalidad” se prevé desarrollar un programa comunitario de detección e intervención dirigido a personas jóvenes y un protocolo de detección y manejo de un “caso posible” de trastorno de la personalidad en niños.

El programa “Trastornos de la conducta alimentaria” propone reforzar y mejorar las estrategias de detección e intervención precoz.

El programa “Salud mental en la edad geriátrica” incluye mejorar el diagnóstico precoz de los trastornos psicogeriátricos en atención primaria y urgencias, incluyendo las situaciones de maltrato o abuso en las personas mayores.

En el programa “Salud mental en la edad infantojuvenil” se propone elaborar procedimientos para la detección precoz y derivación de menores en situaciones de riesgo.

El programa “Atención a la persona con enfermedad grave y crónica” incluye entre sus objetivos crear un programa de tratamiento asertivo comunitario en cada área sanitaria y ampliar los recursos residenciales (pisos tutelados y miniresidencias) disponibles.

En el programa “Trastornos relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias” se propone potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana del abuso de alcohol y otras drogas, especialmente en ciertos colectivos.

Se propone mejorar la equidad en el acceso a los dispositivos de la red de salud mental. Para ello, se subraya la atención a determinados grupos de población con necesidades específicas: personas con edad avanzada, niños y adolescentes, personas con discapacidad intelectual y trastorno mental, personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, personas con trastorno mental en centros penitenciarios, población inmigrante y mujeres en edad adulta y madurez. Se recomienda incorporar el análisis de las desigualdades sociales y de género en la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales.

El programa “Psicosis afectivas y no afectivas” prevé hacer accesible a todas las áreas sanitarias un programa de atención temprana a la psicosis. También pretende fomentar la coordinación entre la Red de Salud Mental y los servicios sociales con el Sistema Judicial, para favorecer que los aspectos legales no contaminen o limiten la intervención terapéutica con las personas con patología dual.

En el programa “Salud mental en la edad geriátrica” se pretende facilitar el acceso de los mayores a los servicios, dotar a cada área sanitaria al menos con todos los dispositivos ambulatorios psicogeriátricos y crear dispositivos de atención domiciliaria.

En el programa “Salud mental en la edad infantojuvenil” se propone completar la red de recursos asistenciales específicos, desarrollar un programa de asistencia a patología grave infantojuvenil con un equipo específico e incorporar programas de tratamiento para menores a cargo de los servicios sociales. También se proponen experiencias de colaboración con el medio educativo en aulas terapéuticas.

No se incluyen proyectos específicos para personas con discapacidad intelectual y trastorno mental, personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal, personas con trastorno mental en centros penitenciarios, población inmigrante y mujeres en edad adulta y madurez.

Tampoco se incluyen proyectos para analizar desigualdades sociales y de género en la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales.

En cuanto a la mejora de la calidad de los tratamientos, se propone la implantación de protocolos clínicos para los procesos más prevalentes y/o de mayor complejidad asistencial en las diferentes etapas de la vida. También se recomienda aumentar el porcentaje de pacientes con trastornos mentales que reciben psicoterapia acorde con las mejores prácticas disponibles, así como desarrollar estrategias para mejorar la calidad de los tratamientos farmacológicos.

En todos los programas del Plan se propone la implantación de protocolos clínicos en los procesos más prevalentes y complejos, junto con actuaciones formativas para su aplicación en la Red de Salud Mental, atención primaria, otras especialidades y entornos no sanitarios.

En los programas “Trastornos de la conducta alimentaria”, “Salud mental en la edad infantojuvenil” y “Psicoterapia” se prevé mejorar la calidad de la atención psicoterapéutica y la formación específica de los profesionales.

El programa “Salud mental en la edad geriátrica” incluye como uno de sus objetivos implementar un programa de vigilancia farmacológica centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.

Se incluye un amplio número de objetivos para mejorar la atención a las personas con trastorno mental grave: identificación e intervención precoz en psicosis y patología dual, desarrollo de protocolos específicos para mejorar los cuidados en su salud general, establecimiento de un plan individualizado de atención, aumentar el porcentaje de pacientes incluidos en un programa de rehabilitación que ofrezca también intervenciones familiares, intervenir en el ámbito comunitario para mejorar la adherencia y evitar los abandonos, y desarrollar un modelo asertivo de tratamiento.

En el programa específico para la atención a las personas con trastorno mental grave se propone crear un registro de personas con TMG y la figura del gestor del caso como garante de la continuidad de cuidados, crear una vía integrada de atención con un plan de tratamiento integral para cada persona. Se prevé el desarrollo de equipos de tratamiento asertivo comunitario y mayor acceso a recursos residenciales y programas de rehabilitación.

El programa “Psicosis afectivas y no afectivas” propone consolidar las actuaciones de detección precoz e intervención temprana, aumentar la salud física de las personas con psicosis mediante el fomento de programas que mejoren la actividad y la salud física, y mejorar la atención a la patología dual.

En el programa “Trastornos depresivos” se propone aplicar estrategias de rehabilitación psicosocial para minimizar las secuelas tras un episodio depresivo.

El programa “Trastornos de la personalidad” plantea el desarrollo de una unidad especializada y de programas básicos de tratamiento en los diferentes dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental.

Los programas “Trastornos de la conducta alimentaria” y “Salud mental en la edad infantojuvenil” incluyen también actuaciones para los cuadros más graves.

En cuanto a la dotación y gestión de los recursos, se recomienda la implantación de atención por procesos y vías clínicas, potenciando los equipos multidisciplinares con número suficiente de profesionales para ofrecer una atención integral.

En varios programas del PSMC se establece la creación de vías clínicas para abordar los problemas más relevantes.

En los programas también se fomenta el trabajo multidisciplinar y la adecuación de los recursos humanos a las necesidades detectadas en Cantabria y a las recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales.

■ **Objetivo General 5:** Implantar procedimientos de contención involuntaria que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los pacientes.

Se recomienda elaborar guías de buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial en intervenciones en contra de la voluntad del paciente, especialmente en lo relativo al traslado y la hospitalización involuntaria, y a los procedimientos de contención física, así como para cualquier medida restrictiva dentro de lo contemplado en el actual ordenamiento jurídico.

En el Programa “Atención a la persona con trastorno mental grave y crónico” se incluyen objetivos para garantizar la protección de sus derechos, mejorar la información sobre la situación jurídica de personas cuya capacidad haya sido modificada por resolución judicial y revisar el Protocolo de Ingresos Involuntarios del año 2001. Se promoverá la promulgación de disposiciones que incorporen todos los principios, avances y recomendaciones en materia de salud mental asumidos desde que se aprobara la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria.

En el programa “Trastornos relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias” se promoverá coordinar los recursos sanitarios y sociales en pacientes sometidos a medidas jurídico-penales.

■ **Línea estratégica 3.** Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.

■ **Objetivo General 6:** Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental.

Para alcanzar este objetivo se propone la implantación de mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas, y el establecimiento de un marco normativo y práctico para la valoración de la dependencia derivada de la enfermedad mental y para la cobertura de las necesidades de las personas en situación de dependencia causada por un trastorno psiquiátrico.

También se recomienda aumentar el número de personas con trastornos mentales que reciben el servicio de empleo con apoyo o empleo protegido, así como implantar un modelo de coordinación con instituciones penitenciarias y centros de acogida y residenciales.

En los programas del PSMC que abordan las patologías más graves y complejas se incluyen objetivos de coordinación inter-institucional para asegurar la continuidad de cuidados y la cobertura de las necesidades sociales y sociosanitarias de las personas.

En el programa “Suicidio” se prevé mejorar la información epidemiológica sobre el suicidio en Cantabria en colaboración con el Instituto de Medicina Legal de Cantabria.

En el programa “Salud mental en la edad geriátrica” se pretende implementar programas de “enlace” en los centros residenciales sociosanitarios para mayores dependientes atendiendo sus necesidades de tratamiento psicogeriátrico.

En el programa “Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica” se prevé la creación de una unidad de coordinación con el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, avanzar en la mejora de la valoración de la situación de dependencia derivada de un trastorno mental y garantizar el acceso a los centros de rehabilitación psicosocial, independientemente del grado de dependencia reconocido al paciente.

En relación con actuaciones para promover el apoyo al empleo este programa incluye el desarrollo de campañas específicas de sensibilización, conocimiento y contacto con el colectivo empresarial, e incentivar la creación de experiencias de economía social cuya finalidad sea mejorar el acceso al empleo de las personas afectadas por trastornos mentales. También se propone promover experiencias de integración en empresa ordinaria y potenciar el proyecto INICIA y otros programas de rehabilitación laboral y formación para el empleo para personas con trastorno mental grave.

Objetivo General 7: 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.

Se propone desarrollar estrategias de información dirigida a las personas con trastornos mentales y sus familiares sobre derechos y obligaciones, recursos y servicios que pueden utilizar, y los procedimientos administrativos para cursar sugerencias y reclamaciones. También se fomentará que las personas con trastornos mentales puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo y de lucha contra el estigma.

También se propone, dentro de este objetivo, implantar mecanismos y vías para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios, al igual que para sociedades científicas y profesionales relacionados con la salud mental.

En los programas “Psicosis afectivas y no afectivas” y “Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica” se incluyen de estrategias de información dirigidas a pacientes y familiares sobre recursos y servicios.

En los programas “Organización de los servicios y dispositivos de atención a la salud mental” y “eSalud Mental” se propone crear grupos de apoyo on line y blogs para consulta de los ciudadanos, prevención de la enfermedad mental y recogida de testimonios y experiencias tanto de pacientes como de familiares. También se prevé realizar estudios sobre la satisfacción con la atención comunitaria y la hospitalización con una periodicidad, al menos bianual.

Respecto a la participación en la planificación y evaluación de los servicios de salud mental, el programa “Salud mental en la edad geriátrica” propone integrar en los programas de atención psicogeriátrica a personas del movimiento asociativo y voluntariado social, así como la participación de las asociaciones de familiares y enfermos mentales en la elaboración de programas de atención psicogeriátrica.

En el programa “Atención a la persona con enfermedad mental grave y crónica” se incluye como objetivo implantar vías de participación efectiva para la planificación y evaluación de la salud mental. Se promoverá la creación de un órgano consultivo y de asesoramiento multisectorial e interdisciplinar, con participación de representantes de colectivos de personas con trastorno mental y sus familiares.

En ese mismo programa se propone apoyar las actividades llevadas a cabo por esos colectivos para vencer su propio autoestigma. También se señala como objetivo estudiar las denuncias de prácticas discriminatorias o de fomento del estigma de la persona con enfermedad mental.

En el programa “Organización de los servicios y dispositivos de atención a la salud mental” se incluyen objetivos relacionados con la participación de los profesionales de la Red de Salud Mental y de las organizaciones de profesionales, así como de usuarios y sus representantes.

■ **Línea estratégica 4.** Formación del personal sanitario.

■ **Objetivo General 8:** Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.

Entre los objetivos específicos se recoge la implementación de un plan de formación continuada para todos los profesionales de atención primaria, de salud mental y aquellos otros profesionales de atención especializada relacionados con la atención a las personas con trastornos mentales (como los profesionales que trabajan en instituciones penitenciarias), en el marco del modelo de atención biopsicosocial.

Se recomienda también incluir la titulación de especialista en Enfermería en Salud Mental como requisito para la incorporación de estos profesionales a los dispositivos y recursos de salud mental.

El PSMC incluye el programa “Formación en salud mental” que recoge estos objetivos y recomendaciones.

■ **Línea estratégica 5.** Investigación en salud mental.

■ **Objetivo General 9:** Potenciar la investigación en salud mental.

Se propone la promoción de líneas de investigación interdisciplinarias en salud mental y potenciar la participación en redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental, estableciendo prioridades en función de las necesidades de la población e impulsando proyectos de investigación-acción de carácter multidisciplinar y coordinados entre varias áreas sanitarias.

Se deberá mejorar la formación de investigadores en técnicas básicas y aplicadas de investigación en salud mental y favorecer el establecimiento de un marco laboral estable para los investigadores.

El PSMC incluye el programa “Investigación en salud mental” que recoge estos objetivos y recomendaciones.

■ **Evaluación.**

La Estrategia en Salud Mental incluye indicadores que permiten la evaluación de las actividades desarrolladas.

El PSMC incluye en los programas “Organización de los servicios y dispositivos de atención a la salud mental”, “eSalud Mental”, “Formación en salud mental” e “Investigación en salud mental” el desarrollo de actuaciones que permitirán aportar datos sobre estos indicadores en los informes remitidos a la EESSMM para la evaluación de la Estrategia.

■ **Anexo I. Criterios de calidad en promoción y prevención.**

La Estrategia en Salud Mental incluye en el anexo I criterios de calidad en promoción y prevención. Entre los aspectos generales y los principios de intervención a la hora de desarrollar un programa de este tipo, se requiere que sea coherente con los planes y políticas regionales o locales, incorporar un enfoque positivo e integral de la salud, con atención a los determinantes sociales y ambientales, la utilización de la mejor evidencia disponible, el empoderamiento de los participantes y el respeto a los principios de equidad e igualdad entre las personas. También requiere el compromiso con la continuidad del proyecto cuando se haya demostrado su utilidad.

Se proporciona una metodología para el diseño, implementación y evaluación del programa, que incluye el análisis de la necesidad de la intervención, la descripción del problema y un estudio de sus características y los factores determinantes.

Finalmente, incluye recomendaciones relativas a la planificación y documentación del proyecto, la estimación de los recursos necesarios, el liderazgo en la realización, las estrategias de comunicación a la población diana y la diseminación de los materiales elaborados para su desarrollo.

El PSMC incluye en varios programas objetivos orientados al desarrollo de actuaciones en promoción y prevención en salud mental, así como indicadores de ejecución mediante informes de evaluación. Dicha evaluación se llevará a cabo de acuerdo con los criterios establecidos en la EESSMM.

■ Anexo II. Criterios de calidad en psicoterapia.

La Estrategia en Salud Mental incluye en el anexo II los criterios de calidad en psicoterapia, estableciendo una definición de psicoterapia conforme a la guía para el usuario de la psicoterapia elaborada por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, sus objetivos, la secuencia de actuaciones que incluye con cada paciente, así como las distintas modalidades. También aporta unos requerimientos mínimos para la aplicación de algunas modalidades de psicoterapia y las condiciones necesarias para su aplicación. Finalmente, hace referencia al interés por avanzar en la existencia de unos criterios nacionales de acreditación de psicoterapeutas.

El PSMC incluye en varios programas objetivos relacionados con la utilización de tratamientos psicoterapéuticos, y el programa específico “Psicoterapia”, en el que se define la psicoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas.

■ Anexo III. Diagrama Europeo de Servicios.

La Estrategia en Salud Mental incluye en el anexo III una descripción del Diagrama Europeo de Servicios, como el único desarrollado internacionalmente para planificación y seguimiento de sistemas de salud mental, y que permite comparaciones entre territorios y entre países. No es posible efectuar comparaciones longitudinales o inter-territoriales sin un sistema consensuado de codificación de servicios.

Este sistema permite:

1. Codificar los servicios asistenciales sanitarios y sociales de salud mental y los tipos básicos de atención de un territorio para conocer su disponibilidad y accesibilidad y poder efectuar comparaciones interterritoriales o en el mismo territorio a lo largo del tiempo.
2. Desarrollar indicadores cuantitativos basados en datos del medio real para el análisis de la eficiencia técnica de pequeñas áreas.
3. Analizar el uso de servicios con comparaciones transversales y longitudinales.
4. Elaborar catálogos de servicios estandarizados internacionalmente.

5. Establecer comparaciones entre los sistemas de atención de diferentes sectores, grupos de pacientes o grupos diagnósticos.
6. Asociar unidades de costes a los tipos básicos de atención en un área.
7. Incorporación de sistemas de información geográfica (GIS) y sistemas de apoyo a la decisión (SAD).

Este anexo también incorpora un glosario, necesario para la definición y registro común de dispositivos, procesos, protocolos y programas en salud mental.

El PSMC incluye en los programas “Organización de los servicios y dispositivos de atención a la salud mental” y “eSalud Mental” el desarrollo de sistemas de información e indicadores que permitirán aportar datos sobre estos indicadores en los informes remitidos a la EESSMM para la evaluación de la Estrategia.

■ Conclusiones del análisis de la convergencia del Plan de Salud Mental de Cantabria con la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.

Se recogen a continuación, algunos proyectos recomendados en la Estrategia en Salud Mental a los que no se hace referencia a los programas que desarrollan las líneas prioritarias en Salud Mental del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019.

Objetivos a añadir a las líneas prioritarias del Plan:

1. Desarrollar un proyecto de atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental mediante la coordinación y el apoyo a los dispositivos y profesionales de la red de asistencia a este grupo de población.
2. Desarrollar un proyecto de atención a personas sometidas a tratamiento por sentencia judicial, mediante la coordinación con el medio judicial.
3. Desarrollar un proyecto de atención a personas con trastorno mental internadas en centros penitenciarios, mediante la coordinación y el apoyo a los centros y profesionales donde se encuentra este grupo de población.
4. Desarrollar un proyecto de atención a la salud mental de personas inmigrantes.
5. Desarrollar un proyecto específico de atención a la salud mental de la mujer.
6. Analizar, dentro de los estudios epidemiológicos y asistenciales formulados como objetivos del presente plan, la influencia de las desigualdades sociales y de género en la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales.

Indicadores de ejecución del Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019.

1. PSICOSIS AFECTIVAS Y NO AFECTIVAS

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION	
1 Consolidar y potenciar los programas de intervención temprana en psicosis afectivas y no afectivas			
1	1	Desarrollar en todas las áreas sanitarias de Cantabria un programa integral de detección y atención temprana a la psicosis orientado a la recuperación, basado en la evidencia disponible y con continuidad de una atención intensiva durante los 5 primeros años tanto de psicosis afectivas como no afectivas.	Documento que recoge el programa Nº de áreas en las que se desarrolla el programa Valoración del programa
1	2	Desarrollar planes de formación para el personal relacionado con la implementación y participación en un programa de intervención temprana.	Nº de planes de formación elaborados Nº de profesionales formados en esa temática
1	3	Promover y facilitar la formación continuada y la investigación clínica en todas las áreas implicadas en la atención a la psicosis como elementos de mejora continua.	Nº de cursos de formación impartidos Nº de artículos publicados
1	4	Adoptar medidas en la organización de los actuales servicios de salud mental que prioricen el acceso rápido a la atención que se presta a aquellas personas que presentan estados mentales de alto riesgo de padecer un primer episodio de psicosis y a sus familias.	Tiempo de espera para recibir atención en el dispositivo de salud mental correspondiente
1	5	Incrementar los recursos humanos y materiales de los dispositivos asistenciales para la creación de equipos transversales específicos de atención temprana a la psicosis, de modo que se garantice su continuidad y la extensión a todos los usuarios del Servicio Cántabro de Salud.	Nº de profesionales dedicados a esta actividad en un equipo multidisciplinar
2 Aumentar la esperanza de vida y la calidad de vida de las personas con psicosis mediante el fomento de programas que mejoren la actividad física y la salud física.			
2	1	Realizar una revisión de los distintos problemas de salud física más prevalentes en esta población según niveles de evidencia científica y elaborar recomendaciones preventivas, terapéuticas y de seguimiento de los mismos.	Documento de revisión elaborado
2	2	Dedicar una atención especializada y progresiva a determinadas problemáticas en función de la edad, riesgo y tipos de comorbilidad.	Nº de protocolos en funcionamiento Evaluación de los protocolos
2	3	Instaurar protocolos de coordinación entre los distintos niveles de asistencia para detectar y manejar adecuadamente la comorbilidad física y el riesgo cardiovascular en pacientes con psicosis.	Nº de protocolos de coordinación existentes Evaluación de los protocolos
2	4	Incluir en los planes de formación para atención primaria y salud mental temas relacionados con la mejora de la calidad de vida, la comorbilidad somática y el riesgo cardiovascular en las personas con psicosis.	Nº de cursos de formación impartidos Nº de profesionales formados en esa temática
2	5	Incluir, en los protocolos de actuación para la mejora de la calidad de vida, la comorbilidad somática y el riesgo cardiovascular en las personas con psicosis, intervenciones psicoeducativas para pacientes y familiares.	Nº de personas que reciben esas intervenciones Nº de intervenciones con pacientes y familiares Evaluación de las intervenciones
3 Desarrollar una red asistencial específica para mejorar la calidad de la atención a las personas con patología dual en Cantabria, potenciando la integración funcional de los dispositivos de salud mental y los centros de atención a drogodependencias.			
3	1	Desarrollar programas específicos para abordar la existencia simultánea de trastornos adictivos y psicóticos.	Nº de protocolos en funcionamiento Evaluación de los protocolos
3	2	Elaborar un protocolo de tratamiento integral individualizado para cada paciente.	Nº de pacientes con PTI elaborado
3	3	Establecer procedimientos de apoyo desde la Red de Salud Mental a los dispositivos asistenciales para pacientes con trastornos por consumo de sustancias, para la detección y tratamiento precoz de la patología dual.	Nº de protocolos en funcionamiento Evaluación de los protocolos

3	4	Potenciar la formación y sensibilización de los profesionales del sistema sanitario para atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con patología dual, estableciendo programas específicos de formación continuada.	Nº de planes de formación elaborados Nº de profesionales formados en esa temática
3	5	Fomentar la coordinación entre la Red de Salud Mental y los servicios sociales para complementar las aportaciones desde ambos entornos para personas con patología dual, y de éstos con el sistema judicial.	Nº de protocolos de colaboración documentados Nº de reuniones de coordinación Nº de pacientes beneficiados de la coordinación
3	6	Fomentar la investigación relacionada con la patología dual.	Nº de artículos publicados
3	7	Desarrollar estrategias de información dirigidas a los pacientes con patología dual y familiares sobre recursos y servicios que pueden utilizar.	Nº y tipo de acciones informativas desarrolladas Evaluación de las estrategias
3	8	Establecer mecanismos de apoyo y asesoramiento a las asociaciones de familiares y pacientes con patología dual para que puedan ejercer con eficacia funciones de apoyo mutuo, lucha contra el estigma y defensa de sus derechos.	Nº y tipo de acciones de apoyo y asesoramiento Evaluación de las acciones de apoyo

2. TRASTORNOS DEPRESIVOS

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS			INDICADORES DE EJECUCION
1 Implantar un plan de prevención integral de la depresión mediante actuaciones en diferentes niveles.			
1	1	Desarrollar a nivel comunitario proyectos para mejorar las estrategias de afrontamiento y manejo de estrés en sectores específicos de población identificados como grupos de riesgo de desarrollar depresión y/o cometer suicidio (prevención primaria).	
1	1	1 Desarrollar un proyecto de intervención universal dirigido a la población no identificada como grupo de riesgo.	Documento que recoge dicha intervención Nº de acciones desarrolladas en ese ámbito
1	1	2 Desarrollar un proyecto de intervención selectiva para grupos identificados de riesgo de padecer depresión.	Documento que recoge dicha intervención Nº de acciones desarrolladas en ese ámbito
1	1	3 Desarrollar un proyecto de intervención en individuos de alto riesgo de padecer depresión.	Documento que recoge dicha intervención Nº de personas que reciben la intervención
1	2	Implementar programas de sensibilización en atención primaria para el diagnóstico precoz de la depresión (prevención secundaria), y entre la población general para el reconocimiento de síntomas depresivos.	
1	2	1 Desarrollar campañas de difusión de material informativo sobre la depresión y la prevención del suicidio entre la población general y en atención primaria.	Nº de campañas desarrolladas Evaluación de ejecución y resultados
1	2	2 Colaborar con la Escuela Cántabra de Salud en proyectos de promoción, educación sanitaria e innovación social relacionados con la depresión, a través de las tecnologías de la información y la comunicación.	Nº y tipo de proyectos desarrolladas Evaluación de ejecución y resultados
1	3	Aplicar en los dispositivos de la Red de Salud Mental estrategias de rehabilitación psicosocial para la minimización de las secuelas tras padecer un episodio depresivo (prevención terciaria).	Documento que recoge las estrategias Nº de estrategias aplicadas y evaluación Nº de pacientes que reciben la estrategia
2 Mejorar el manejo de la depresión estableciendo guías clínicas comunes para atención primaria y especializada, homogeneizando los criterios diagnósticos y el tratamiento de la depresión.			
2	1	Elaborar e implantar una guía clínica de atención a la depresión en atención primaria.	Documento que recoge la guía Nº de centros de salud que aplican la guía
2	2	Establecer un protocolo para la derivación de pacientes con depresión desde atención primaria a los servicios especializados de salud mental.	Documento que recoge el protocolo Nº de centros de salud que aplican el protocolo Evaluación de la utilización del protocolo
2	3	Elaborar e implantar una guía clínica de tratamiento de la depresión en los diferentes dispositivos de la Red de Salud Mental.	Nº de profesionales que utilizan la guía Evaluación de la utilización de la guía

3. SUICIDIO

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS			INDICADORES DE EJECUCION
1	Mejorar el conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas en Cantabria, y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas.		
1	1	Mejorar la información epidemiológica sobre el suicidio en Cantabria.	Documento con el proyecto epidemiológico
1	2	Mejorar el registro de las tentativas suicidas en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental de Cantabria.	Documento con el protocolo de registro Evaluación de la aplicación del protocolo
1	3	Crear una base de datos con prevalencia de suicidios y tentativas de suicidio para conocer y medir el impacto de las actuaciones desarrolladas.	Creación de la base de datos Evaluación de la calidad del registro
2	Elaborar e implantar un programa regional de prevención y abordaje del suicidio, cuyo objetivo es la disminución de la tasa de suicidios y de conductas suicidas en Cantabria.		
2	1	Potenciar los factores protectores frente al riesgo de suicidio	
2	1	1 Desarrollar programas para la formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en adolescentes y jóvenes.	Nº de actuaciones formativas desarrolladas Nº de personas incluidas en los programas Evaluación de los programas
2	1	2 Desarrollar programas de formación y sensibilización para profesores, educadores, bomberos, policías y otras figuras significativas en el entorno de personas en riesgo.	Nº de actuaciones formativas desarrolladas Nº de personas incluidas en los programas Evaluación de los programas
2	1	3 Mejorar los planes de tratamiento de los trastornos mentales más relacionados con la aparición de conductas suicidas.	Nº de trastornos mentales protocolizados Evaluación de los protocolos
2	1	4 Establecer medidas de restricción del acceso a medios letales en el entorno de las personas con alto riesgo de suicidio cuando sea posible.	Documento informativo elaborado Nº de personas, centros y servicios informados Evaluación de los resultados de la información
2	1	5 Promover la puesta en marcha de las directrices de la OMS y otras similares que favorezcan un adecuado tratamiento del suicidio en los medios de comunicación.	Nº de intervenciones en ese ámbito Evaluación del impacto de dichas intervenciones
2	1	6 Implantar medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio.	Nº de intervenciones en ese ámbito
2	2	Mejorar la detección de situaciones con alto riesgo de suicidio.	
2	2	1 Desarrollar programas formativos para profesionales no sanitarios dirigidos fundamentalmente al conocimiento de los factores de riesgo, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre la búsqueda de ayuda profesional.	Nº de actuaciones formativas desarrolladas Evaluación de los programas formativos
2	2	2 Mejorar la formación de profesionales sanitarios de atención primaria, salud mental y otras especialidades médicas, en la valoración del riesgo de suicidio.	Nº de actuaciones formativas desarrolladas Evaluación de los programas formativos
2	3	Garantizar un rápido abordaje de situaciones con alto riesgo de suicidio.	
2	3	1 Crear una "línea de crisis" para la ayuda y asesoramiento inmediato de personas en riesgo de suicidio.	Creación y difusión de la "línea de crisis" Evaluación de la actividad de la "línea de crisis"
2	3	2 Desarrollar programas formativos para profesionales sanitarios en los ámbitos de atención especializada, atención primaria y servicios de urgencia.	Nº de actuaciones formativas desarrolladas Evaluación de los programas formativos

2	3	3	Establecer sinergias entre los distintos programas relacionados con patologías en las que frecuentemente se producen conductas suicidas, fundamentalmente con el programa de detección y tratamiento de la depresión, trastornos de la personalidad, conductas adictivas y psicosis.	Nº de protocolos instaurados. Nº de pacientes incluidos en dichos protocolos Evaluación de la aplicación de los protocolos
2	3	4	Desarrollar protocolos específicos para la evaluación del riesgo suicida en pacientes identificados y para el manejo de las conductas suicidas.	Nº de protocolos específicos desarrollados Nº de pacientes incluidos en dichos protocolos Evaluación de la aplicación de los protocolos
2	3	5	Desarrollar programas específicos para la atención a los familiares y entorno de confianza de personas que han consumado el suicidio.	Nº de programas desarrollados Nº de personas incluidas en dichos programas Evaluación de la aplicación de los programas

4. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS			INDICADORES DE EJECUCION
1 Disponer de un programa regional para la prevención y tratamiento de personas con trastorno grave de la personalidad.			
1	1	Crear una unidad piloto asistencial, docente e investigadora, con un programa altamente especializado en el tratamiento de los trastornos de personalidad más graves.	Puesta en funcionamiento de la unidad Memoria de actividad y evaluación de la unidad
1	2	Desarrollar programas básicos de tratamiento de los trastornos de personalidad en los diferentes dispositivos asistenciales de la Red de Salud Mental, cuyos componentes, intervenciones y criterios de derivación estén claramente especificados.	Documento que recoge el programa Nº de personas incluidas en los programas
2 Desarrollar programas de detección de personas jóvenes con probables trastornos de la personalidad, de intervención comunitaria y en coordinación con agencias extrasanitarias.			
2	1	Implementar un programa comunitario de detección e intervención dirigido a personas jóvenes con probables trastornos de la personalidad, en coordinación con agencias extrasanitarias.	Diseño y puesta en marcha del programa Nº de personas incluidas en el programa Evaluación de los resultados del programa
2	2	Incorporar, dentro del programa de atención al niño sano, un protocolo de detección y manejo de un "caso posible" y su derivación, si procede, a la vía clínica del programa de atención a los trastornos de la personalidad	Modificación del programa del "niño sano" Nº de personas detectadas como posible caso Evaluación de los resultados de la detección
3	Elaborar y poner en marcha de un plan de prevención de trastornos de la personalidad con programas educativos dirigidos a las familias.		Documento que describe el programa Nº de actuaciones preventivas realizadas Evaluación de la actividad
4	Confeccionar y desarrollar un programa de formación de los profesionales de la Red de Salud Mental en la identificación y alternativas terapéuticas en los trastornos de personalidad, que incluya la supervisión de los casos clínicos.		Nº de actuaciones formativas desarrolladas Evaluación de los programas formativos Nº de profesionales en supervisión de casos

5. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS			INDICADORES DE EJECUCION
1 Elaborar e implantar un programa regional de atención a los trastornos de la conducta alimentaria en Cantabria			
			Documento que recoge el programa para TCA Evaluación de la implantación del programa
2 Reforzar y mejorar las estrategias de detección e intervención precoz a través de la coordinación con Educación, unidades de salud mental infantojuveniles y de adultos, atención primaria y otros servicios especializados de alta frecuentación por pacientes con trastornos de la conducta alimentaria.			
2	1	Implementar un protocolo de detección precoz, manejo y derivación de los trastornos de la conducta alimentaria en atención primaria.	Documento que recoge el protocolo Evaluación de la implantación del programa
2	2	Introducir estrategias de detección precoz y derivación a otros servicios especializados de alta frecuentación por pacientes con TCA.	Documento que recoge las estrategias Evaluación de la implantación del programa
2	3	Introducir estrategias de detección precoz de TCA en el entorno educativo junto con actuaciones de educación para la salud dirigidas a los alumnos.	Documento que recoge las estrategias Evaluación de la implantación del programa

3 Instaurar programas y recursos de tratamiento específicos para niños y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria.			
3	1	Disponer de camas de hospitalización para el tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria en menores de 18 años.	Dotación de la unidad de ingresos Memoria de actividad de la unidad de ingresos
3	2	Adaptar los programas de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria a la edad y características evolutivas de los niños y adolescentes con dichos trastornos.	Documento que recoge la adaptación Evaluación de los programas adaptados
3	3	Fomentar la formación en TCA de los profesionales y la incorporación de modalidades de terapia con evidencia de eficacia en menores de 18 años.	Nº de actividades de formación realizadas Nº de profesionales formados en esa temática Evaluación de los programas formativos
4 Instaurar programas y recursos de tratamiento específicos para pacientes con trastornos de la conducta alimentaria que evolucionan de forma crónica.			
4	1	Desarrollar programas de tratamiento menos intensivo para pacientes con TCA de evolución crónica, con mayor apoyo de atención primaria, para evitación de secuelas médicas, y con programas de rehabilitación psicosocial que faciliten su reinserción social.	Documento que recoge los programas Evaluación de los programas
4	2	Favorecer el acceso de pacientes con TCA de evolución crónica a los programas de tratamiento en unidades de media y larga estancia.	Nº de pacientes que acceden a los programas Nº de pacientes y tiempo en lista de espera
4	3	Favorecer el acceso de pacientes con TCA de evolución crónica a la red de pisos tutelados para personas con trastorno mental grave y crónico.	Nº de pacientes que acceden al recurso Nº de pacientes y tiempo en lista de espera
5 Instaurar programas y recursos de tratamiento específicos para pacientes con TCA y comorbilidad con otros trastornos mentales.			
5	1	Reforzar la coordinación de los programas de TCA con recursos especializados en trastorno límite de la personalidad, abuso de sustancias y abuso sexual, para desarrollar intervenciones integrales más especializadas.	Documentos que protocolizan la coordinación Nº de pacientes beneficiados de la coordinación
5	2	Posibilitar la dedicación a tiempo parcial de profesionales expertos en trastornos de la conducta alimentaria y otras patologías asociadas.	Nº de profesionales que trabajan en programas de TCA a tiempo parcial
6 Diseñar y desarrollar programas preventivos enfocados en la relación entre trastornos de la conducta alimentaria y sobrepeso.			
6	1	Diseñar un protocolo psicoeducativo para manejar los aspectos psicológicos y conductuales del sobrepeso.	Documento que recoge el protocolo Evaluación del protocolo
6	2	Desarrollar actuaciones en el medio social, educativo y en atención primaria para aplicar el protocolo psicoeducativo para el manejo de los aspectos psicológicos y conductuales del sobrepeso.	Nº de personas que reciben la intervención Evaluación de la intervención
7 Implementar un programa de formación para todos los profesionales que trabajan con personas con TCA adecuado a los distintos niveles de especialización de los miembros del equipo multidisciplinar.			Nº de actividades formativas realizadas Nº de profesionales formados en esa temática Evaluación del programa de formación
8 Consolidar la línea de investigación en trastornos de la conducta alimentaria.			Memoria de proyectos desarrollados
6. SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA			
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION	
1 Conocer la incidencia, prevalencia y características de la enfermedad mental en Cantabria.			
1	1	Implementar programas de recogida y análisis de los datos para conocer la prevalencia asistida de trastornos mentales en atención primaria y en las unidades de salud mental y los patrones de derivación entre los diferentes niveles asistenciales.	Elaboración del programa de recogida de casos. Evaluación de los resultados y recomendaciones

2 Favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de atención primaria y de salud mental de cada área de salud.			
2	1	Establecer reuniones presenciales para favorecer la transferencia de información y el establecimiento de objetivos terapéuticos comunes entre atención primaria y salud mental.	Nº de reuniones presenciales Evaluación de los resultados
2	2	Potenciar el empleo de las Tecnologías de la Información y Comunicación para favorecer la comunicación entre médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos clínicos.	Nº de proyectos basados en TIC Evaluación de los resultados
2	3	Promover el mejor conocimiento de las características de la enfermedad mental entre los médicos de atención primaria	Nº de actuaciones en ese ámbito Evaluación de las actuaciones
2	4	Elaborar una guía de recursos de salud mental que incluya su descripción, ubicación, cartera de servicios, etc., así como de otros recursos de servicios sociales, municipales y asociaciones de pacientes existentes en Cantabria.	Documento que recoge la guía Evaluación de la guía
3 Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y atención primaria, con intervención de varios profesionales incluyendo medidas que permitan la evaluación de su eficacia.			
3	1	Identificar y protocolizar los procesos asistenciales en las unidades de salud mental en relación con la atención primaria de salud.	Nº de protocolos para procesos asistenciales Evaluación de los protocolos
3	2	Establecer protocolos consensuados de derivación entre atención primaria y salud mental.	Nº de protocolos de derivación establecidos Evaluación de los protocolos
4 Empoderar al paciente y al cuidador cuando sea necesario, estableciendo una relación de colaboración con los profesionales de atención primaria y salud mental para que el paciente asuma la responsabilidad sobre su propia salud.			
4	1	Colaborar con la Escuela de Salud de Cantabria para la preparación y difusión de guías con recomendaciones sobre estilos de vida saludables y el autocuidado de la enfermedad.	Nº de proyectos y guías con la Escuela de Salud Evaluación de los proyectos y guías
4	2	Colaborar con las asociaciones de pacientes y familiares de Cantabria para promover la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, así como la defensa de sus derechos.	Nº de actuaciones de colaboración Evaluación de los proyectos de colaboración

7. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA EDAD GERIÁTRICA

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION	
1 Definir un modelo regional de atención a los problemas de salud mental en la edad geriátrica		Documento que recoge el modelo de atención psicogeriátrica	
2 Mejorar la detección y el tratamiento integral, accesible y eficaz de las personas mayores con trastornos psicogeriátricos.			
2	1	Implantar un programa de atención psicogeriátrica de acuerdo con el modelo regional de atención a los problemas de salud mental en la edad geriátrica.	
2	1	1 Mejorar los métodos de screening y diagnóstico precoz de los trastornos psicogeriátricos en los servicios de atención primaria y de urgencia, incluyendo las situaciones de maltrato o abuso en las personas mayores.	Documento que recoge los métodos de screening y detección precoz en psicogeriatría Evaluación los resultados
2	1	2 Facilitar el acceso de las personas mayores con trastornos mentales, sin límite de edad, desde los servicios de urgencia, atención primaria y servicios sociales, a los dispositivos especializados.	Nº de personas derivadas a dispositivos especializados de psicogeriatría Evaluación de los resultados
2	1	3 Integrar la asistencia psicogeriátrica en los planes de atención de las unidades de salud mental, nombrando un responsable de la misma y fomentando la participación de los diferentes profesionales de la unidad.	Nº de unidades de salud mental que cuentan con un responsable de psicogeriatría Evaluación de los resultados
2	1	4 Dotar a cada área sanitaria al menos con todos los dispositivos ambulatorios del programa de atención psicogeriátrica.	Nº de áreas sanitarias que cuentan con todos los dispositivos psicogeriátricos ambulatorios

2	1	5	Coordinar las actuaciones del programa de atención psicogerítrica con los servicios y programas de atención especializada, especialmente con el Programa de Deterioro Cognitivo y los servicios de Geriatría, Neurología y Medicina Interna.	Nº de actuaciones de coordinación Evaluación de los resultados
2	1	6	Crear dispositivos de atención domiciliaria psicogerítrica para evitar que los problemas de autonomía sean motivo de exclusión, en colaboración con los equipos de atención primaria y hospitalización domiciliaria.	Nº de personas incluidas en atención domiciliaria psicogerítrica y en lista de espera Evaluación de los resultados
2	1	7	Implementar un programa de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedicación, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.	Nº de personas incluidas en el programa de vigilancia farmacológica Evaluación de los resultados
2	2		Fomentar la colaboración entre los dispositivos psicogerítricos, las estructuras sociales y la red sociosanitaria, potenciando los recursos residenciales.	
2	2	1	Desarrollar programas preventivos e informativos en los centros sociales de atención a los mayores para mejorar los niveles de educación y conciencia de los problemas de salud mental en este grupo de población.	Nº de programas desarrollados Evaluación de los programas
2	2	2	Implementar programas de "enlace" en los centros residenciales sociosanitarios para mayores dependientes atendiendo sus necesidades de tratamiento psicogerítrico.	Nº de centros con programa de "enlace" Nº de personas atendidas en el programa Evaluación de los resultados del programa
2	2	3	Adecuar la dotación de plazas residenciales y centros sociosanitarios para mayores a las necesidades de los pacientes, incluyendo recursos de respiro para los cuidadores.	Nº de personas derivadas a plazas y centros sociosanitarios y en lista de espera Evaluación de los resultados
2	3		Implementar actividades de apoyo a las personas del entorno familiar que actúan como cuidadores de personas mayores.	Nº de familias incluidas en programas de apoyo Evaluación de los resultados
2	4		Integrar en los programas de atención psicogerítrica a personas del movimiento asociativo y voluntariado social.	Nº de personas del movimiento asociativo y voluntariado integradas en los programas
3	Potenciar la formación en psicogeriatría de los profesionales de la red de salud mental, así como la investigación en este ámbito.			
3	1		Implementar un plan de formación en psicogeriatría para todos los profesionales de la Red de Salud Mental, atención primaria, otras especialidades, servicios sociales y sociosanitarios.	Nº de profesionales incluidos en un plan de formación en psicogeriatría Evaluación del programa de formación
3	2		Estimular el desarrollo de proyectos de investigación en psicogeriatría.	Nº de proyectos de investigación desarrollados Nº de publicaciones
4	Promover la participación de las asociaciones de familiares y enfermos mentales en la elaboración de programas de atención psicogerítrica.			Nº de actividades de participación con las asociaciones de enfermos y familiares Evaluación de las actividades de participación

8. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LA EDAD INFANTOJUVENIL

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS

INDICADORES DE EJECUCION

1	Impulsar la mejora de la atención a los problemas de salud mental infantojuvenil completando la red de recursos asistenciales específicos.			
1	1		Crear una unidad de hospitalización infantojuvenil a tiempo completo y una unidad de hospitalización a tiempo parcial en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.	Dotación de la unidad de hospitalización Dotación de la unidad de hospitalización parcial
1	2		Implantar una unidad de salud mental infantojuvenil en la zona oriental de Cantabria	Dotación de USM infantojuvenil de Laredo
1	3		Disponer de adecuados sistemas de evaluación y registro de la información epidemiológica y asistencial en la Red de Salud Mental Infantojuvenil.	Creación y evaluación del sistema de información

2 Potenciar la asistencia a los trastornos graves en salud mental infantojuvenil garantizando, mediante la coordinación con otros programas sanitarios y sociales, la intervención rápida y la continuidad de cuidados.		
2	1	Desarrollar un programa de asistencia a patología grave infantojuvenil con un equipo específico. Documento que recoge el programa Memoria de la actividad
2	2	Desarrollar protocolos específicos para el abordaje especializado de los trastornos mentales graves en población infantojuvenil.
2	2	1 Incorporar programas de tratamiento psicoterapéutico en las unidades residenciales para menores de los servicios sociales. Nº de menores que reciben tratamiento. Evaluación de los resultados
2	2	2 Reforzar el funcionamiento del programa de violencia filoparental, diversificando y ampliando su temática dentro de los trastornos de conducta (violencia inter pares, etc.), y facilitando la accesibilidad al mismo desde diferentes ámbitos. Nº de menores incluidos en el programa Evaluación de los resultados
2	2	3 Consolidar el programa "Jóvenes y Drogas" de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas. Memoria del programa
2	2	4 Adaptar los programas y dispositivos sociales existentes para menores con trastornos de conducta para la atención de adolescentes con sospecha de trastorno de la personalidad, a partir de los 15 años de edad y sin el requisito de estar sujetos a medidas judiciales. Documento que recoge el programa Nº de menores incluidos en el programa Evaluación del programa
2	3	Mejorar la coordinación con los servicios de atención primaria, especialmente con los equipos de atención temprana, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos. Nº de grupos de trabajo de coordinación creados Nº de intervenciones coordinadas Evaluación de los grupos de coordinación
2	4	Elaborar instrumentos y procedimientos para la detección precoz y derivación de posibles casos de menores en situaciones de riesgo, de forma coordinada con otras redes de atención al menor.
2	4	1 Consensuar con los equipos de pediatría de atención primaria la incorporación de procedimientos de detección en el Programa del Niño Sano. Modificación del Programa del Niño Sano Evaluación de los resultados
2	4	2 Instaurar instrumentos y procedimientos de detección precoz y derivación de posibles casos en los protocolos de los servicios sociales y educativos. Definición de los instrumentos y procedimientos Nº de menores derivados
2	5	Coordinar las actuaciones entre las unidades de salud mental infantojuvenil y las de adultos. Nº de casos en coordinación Evaluación de los resultados
3 Mejorar la colaboración de las unidades de salud mental infantojuvenil con los dispositivos dependientes de los servicios sociales y educativos mediante la creación de estructuras formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.		
3	1	Establecer un protocolo común entre los dispositivos de salud mental infantojuvenil y los servicios sociales de atención primaria para la intervención socio-educativa y acompañamiento familiar. Documento que recoge el protocolo Nº de personas atendidas Evaluación del protocolo
3	2	Implantar un programa de prevención y tratamiento conjunto entre los dispositivos de salud mental infantojuvenil y los servicios sociales de atención primaria para trastornos psicopatológicos detectados en menores que sufren un trato negligente por parte de su familia. Documento que recoge el protocolo Nº de personas atendidas Evaluación del protocolo
3	3	Implementar un procedimiento sistemático de evaluación psicológica general entre la población infantil en acogimiento residencial. Documento que recoge el protocolo Nº de personas atendidas Evaluación del protocolo
3	4	Desarrollar programas de formación del personal educativo de los centros y hogares en aspectos básicos de la psicopatología del niño y adolescente. Nº de actividades formativas desarrolladas Nº de profesionales incluidos en la formación Evaluación del programa formativo
3	5	Establecer una pauta de contactos programados entre los profesionales de los equipos de salud mental infantojuvenil con los servicios sociales de atención especializada para abordar en conjunto los casos de desprotección que requieren una intervención de carácter terapéutico. Documento que recoge el protocolo Nº de personas atendidas Evaluación del protocolo

3	6	Establecer una pauta de contactos programados entre los profesionales de los equipos de salud mental infantojuvenil y los especialistas de orientación educativa para tratar casos concretos.	Documento con el calendario de reuniones Nº de reuniones y contactos entre profesionales Evaluación de la actividad
3	7	Elaborar por parte del equipo de salud mental infantojuvenil pautas básicas de actuación y estrategias para el manejo psicológico y conductual de determinados casos en los centros educativos.	Documento que recoge el protocolo Nº de personas atendidas Evaluación del protocolo
3	8	Colaborar por parte del equipo de salud mental infantojuvenil, con los programas y experiencias educativas para alumnos con necesidades específicas, como las aulas terapéuticas.	Documento que recoge el protocolo Nº de personas atendidas Evaluación del protocolo
4 Promover actuaciones de promoción y prevención en salud mental infantojuvenil, favoreciendo la integración social y la erradicación del estigma.			
4	1	Elaborar, implantar y desarrollar un programa preventivo y de detección de situaciones de riesgo.	Documento que recoge el programa Nº de personas atendidas Evaluación del programa
4	2	Elaborar, implantar y desarrollar un programa de prevención del suicidio en la infancia y adolescencia, en coordinación con atención primaria, servicios sociales y entorno educativo.	Documento que recoge el programa Nº de personas atendidas Evaluación del programa
4	3	Elaborar, implantar y desarrollar un programa de psiquiatría perinatal y de atención al niño de 0 a 3 años.	Documento que recoge el programa Nº de personas atendidas Evaluación del programa
5		Mejorar la calidad de la atención psicoterapéutica, dentro de un enfoque multimodal, en sus aspectos de frecuencia, duración y tipos de intervención (individual, grupal, familiar).	Documento con criterios de calidad en psicoterapia Nº de personas en psicoterapia
6 Mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud mental infantojuvenil			
6	1	Desarrollar un plan de formación especializado para los profesionales de la Red de Salud Mental infantojuvenil y de asistencia pediátrica.	Nº de actividades formativas desarrolladas Nº de profesionales incluidos en la formación Evaluación del programa formativo
6	2	Desarrollar acciones formativas para profesionales y agentes de otras redes de atención infantojuvenil, tales como servicios sociales y educativos, en cuanto a promoción de la salud mental infantojuvenil y detección precoz de trastornos en este grupo de edad.	Nº de actividades formativas desarrolladas Nº de profesionales incluidos en la formación Evaluación del programa formativo
9. ATENCIÓN A LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y CRÓNICA.			
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION	
1 Definir, en el ámbito de Cantabria, la condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.			
1	1	Crear un registro de personas con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con los criterios que definen a la persona con trastorno mental grave y crónico en Cantabria.	Creación del registro Nº de personas incluidas en el registro Evaluación del registro
1	2	Definir el perfil y las actuaciones del gestor de caso, o profesional de la Red de Salud Mental asignado a cada persona incluida en el registro de personas con trastorno mental grave y crónico, como garante de la continuidad de cuidados y de la coordinación con los servicios sociales, favoreciendo la adherencia al tratamiento y evitando los abandonos.	Documento que recoge la definición y actuaciones del gestor de caso Nº de personas con gestor de caso asignado

2 Crear una vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico en Cantabria.			
2	1	Elaborar, por un grupo de expertos, el diseño de la vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico en Cantabria.	Documento que describe la vía asistencial
2	2	Diseñar un plan de tratamiento integral para cada persona afectada por trastorno mental grave y crónico.	Nº de personas con PTI completado
2	3	Incrementar el número de personas que, de acuerdo con sus necesidades, reciben tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial.	Nº de pacientes incluidos en programas de rehabilitación psicosocial
2	4	Promover la creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y de atención en domicilio, que fomenten la plena integración y permanencia de la persona con trastorno mental grave y crónico en el entorno donde reside.	
2	4	1 Ampliar los recursos residenciales (pisos tutelados y miniresidencias) disponibles para personas con trastorno mental grave y crónico, con arreglo a las necesidades detectadas en Cantabria y a las recomendaciones de sociedades científicas y organizaciones nacionales e internacionales, y con una adecuada distribución geográfica.	Nº de personas en un recurso residencial Nº de personas en lista de espera
2	4	2 Introducir, dentro de la vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico, un programa de tratamiento asertivo comunitario en cada área sanitaria.	Nº de áreas con un equipo asertivo comunitario Nº de pacientes atendidos Evaluación del programa
2	5	Priorizar, en los programas de formación de los profesionales, los temas relacionados con la atención a personas con trastorno mental grave y crónico y a sus familiares.	Nº de actuaciones formativas desarrolladas Nº de profesionales incluidos en los programas Evaluación de los programas formativos
3 Crear una unidad de coordinación con el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, que ocupe el espacio de interacción entre ambos sistemas, y propicie la promoción de la autonomía personal y la prevención de la dependencia.			
3	1	Garantizar el acceso a los centros de rehabilitación psicosocial mediante la indicación contenida en el plan individualizado de atención, independientemente del grado de dependencia reconocido al paciente.	Nº de pacientes que acceden a rehabilitación Nº de personas en lista de espera
3	2	Avanzar en la mejora de la valoración de la situación de dependencia derivada de un trastorno mental.	Documento de consenso sanitario y social para la valoración de la dependencia
4 Garantizar la protección de los derechos de las personas con trastorno mental crónico en los procesos terapéuticos y asistenciales que precisan por parte de la Red de Salud Mental y de los servicios sociosanitarios.			
4	1	Elaborar un informe sobre la situación actual de ejercicio de los derechos del paciente con trastorno mental en los dispositivos y servicios del sistema sanitario de Cantabria, que recoja las deficiencias encontradas e incluya una lista de recomendaciones	Informe de situación con recomendaciones.
4	2	Planificar y desarrollar una serie de actuaciones en función de las recomendaciones contenidas en el informe del grupo de expertos.	Plan de actuaciones Nº de actuaciones desarrolladas y evaluación
4	3	Elaborar y difundir una Carta de Derechos de Personas Usuarías de los Servicios de Salud Mental.	Carta elaborada y difundida
4	4	Mejorar la información sobre la situación jurídica de personas cuya capacidad haya sido modificada por resolución judicial.	Nº de personas con resolución judicial incluidas en el registro de personas con TMG
4	5	Mejorar la información y formación de los profesionales sanitarios sobre las normas que regulan su actividad y los derechos de las personas usuarias de los servicios.	Nº de actuaciones desarrolladas Nº de profesionales incluidos en los programas Evaluación de los programas
4	6	Revisar y actualizar, con el concurso de todas las agencias implicadas, el protocolo de ingresos involuntarios del año 2001.	Documento revisado y consensado
4	7	Proponer y promover la promulgación de nuevas disposiciones de carácter normativo que incorporen todos los principios, avances y recomendaciones en materia de salud mental asumidos desde que se aprobara la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria.	Documento con propuestas de nuevas disposiciones

5 Promover, a través de programas multisectoriales, campañas de información, sensibilización y divulgación, la lucha contra la estigmatización de las personas afectadas de trastorno mental grave y crónico, con especial incidencia en los ámbitos educativo, laboral y judicial.			
5	1	Mejorar el conocimiento, la información, las actitudes y los comportamientos sobre la enfermedad mental y las personas con trastornos mentales en los servicios sanitarios y sociosanitarios públicos y privados, en otros colectivos relacionados y en la población general.	
5	1	1 Colaborar con la Escuela Cántabra de Salud para potenciar el Aula de Salud Mental y sus diferentes secciones de experiencias de pacientes, boletines, guías informativas, cursos y actividades y blogs con información.	Nº de actuaciones realizadas y evaluación
5	1	2 Celebrar, en torno al Día Mundial de la Salud Mental, actos institucionales y actividades orientadas al conocimiento de la salud mental).	Nº de actividades realizadas y evaluación
5	1	3 Fomentar apariciones periódicas en los medios de comunicación con información relativa a la enfermedad mental y a las personas con trastornos mentales.	Nº de apariciones en medios de comunicación Evaluación de las actuaciones
5	1	4 Fomentar la coordinación con la Consejería de Educación para desarrollar diferentes actuaciones relacionadas con la persona con enfermedad mental grave y con el estigma.	Nº de actuaciones educativas contra el estigma Evaluación de las actuaciones
5	1	5 Diseñar programas específicos de formación en buenas prácticas relacionadas con el estigma de la enfermedad mental para profesionales de diferentes colectivos.	Nº de actuaciones desarrolladas y evaluación
5	2	Favorecer que las personas con problemas de salud mental y sus familiares se involucren en la estrategia contra el estigma y la discriminación.	
5	2	1 Apoyar desde las instituciones, y de manera especial desde la Red de Salud Mental, las actividades llevadas a cabo por los colectivos de personas con problemas de salud mental y sus familiares para vencer su propio autoestigma y convertirse en protagonistas del cambio.	Nº de actuaciones desarrolladas Evaluación de las actuaciones
5	2	2 Favorecer la creación de canales de difusión de los intereses, realidades, aspiraciones y necesidades del colectivo de personas con enfermedad mental y sus familiares.	Nº de proyectos de colaboración desarrollados Evaluación de los proyectos
5	2	3 Atender, estudiar y, en su caso, apoyar, la denuncia de prácticas discriminatorias o de fomento del estigma de la persona con enfermedad mental.	Nº de situaciones de discriminación atendidas Evaluación de los resultados
5	3	Fomentar y mejorar el acercamiento de las personas con enfermedad mental al mercado laboral, en especial en lo relativo a la empresa y a iniciativas singulares de empleo, como elemento fundamental para su visualización y su integración social plenas.	
5	3	1 Incentivar la creación de experiencias de economía social cuya finalidad sea mejorar el acceso al empleo de las personas afectadas por trastornos mentales.	Nº de iniciativas desarrolladas Personas con TMG que acceden a empleo
5	3	2 Promover experiencias de integración en empresa ordinaria de personas afectadas por trastornos mentales a través de programas específicos de becas de prácticas o ayudas para la formación y capacitación laboral de este colectivo.	Nº de iniciativas desarrolladas Nº de personas con TMG en empleo normalizado
5	3	3 Potenciar el proyecto INICIA y otros programas de rehabilitación laboral y formación para el empleo para personas con trastorno mental grave, a través de los agentes de formación con los que el Servicio de Empleo mantiene convenios.	Documento de evaluación del proyecto INICIA Nº de personas incluidas en rehabilitación laboral
5	3	4 Promover campañas específicas de sensibilización, conocimiento y contacto con el colectivo empresarial que faciliten a las personas con trastorno mental grave el acceso al empleo normalizado.	Nº de campañas promovidas Evaluación de las campañas
6 Establecer e implantar vías de participación efectiva de las personas con trastorno mental, y de sus familias, cuidadores y representantes, para la planificación y evaluación de aquellos aspectos de la atención a la salud mental que sean procedentes.			
6	1	Promover la creación de un órgano consultivo y de asesoramiento multisectorial e interdisciplinar, con participación de representantes de colectivos de personas con trastorno mental y sus familiares.	Constitución del órgano consultivo Nº de informes y temas tratados
6	2	Reforzar el respaldo a las asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental para que puedan actuar como interlocutores y ejerzan con eficacia funciones de apoyo mutuo y defensa de sus derechos.	Nº de actuaciones de apoyo a las asociaciones Evaluación de las actuaciones

10. TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL ABUSO DE ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS		
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION
1	Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica en Cantabria.	Documento que recoge el modelo
2	Instaurar planes asistenciales (vías clínicas) para el abordaje de las adicciones en Cantabria, especialmente para las consideradas prioritarias por su impacto sociosanitario, complejidad y necesidad de coordinación entre todos los dispositivos asistenciales.	
2	1 Instaurar un plan asistencial para el tratamiento del alcoholismo, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.	Documento que recoge el plan asistencial Evaluación de la implantación y resultados
2	2 Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la patología dual, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria, hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.	Documento que recoge el plan asistencial Evaluación de la implantación y resultados
2	3 Instaurar un plan asistencial para el tratamiento de la adicción a drogas ilegales, que incluya las secuencias de actuación de los diferentes dispositivos, desde la atención primaria hasta la Red de Salud Mental, con criterios de derivación y mecanismos de coordinación.	Documento que recoge el plan asistencial Evaluación de la implantación y resultados
3	Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de alcohol y otras drogas, especialmente en ciertos colectivos.	
3	1 Establecer la utilización de herramientas de detección e intervención breve en los centros de salud.	Protocolo de detección e intervención Nº de personas detectadas e intervenidas Evaluación de los resultados
3	2 Consolidar el programa "Jóvenes y Drogas" de intervención con adolescentes con conductas de riesgo asociadas al consumo de drogas.	Nº de personas detectadas e intervenidas Memoria del programa
3	3 Mejorar las estrategias de detección e intervención rápida en los pacientes atendidos en los diferentes dispositivos y programas de la Red de Salud Mental, de manera especial en los programas de atención a las psicosis, trastornos de la personalidad y trastorno mental grave.	Protocolo de detección e intervención Nº de personas detectadas e intervenidas Evaluación de los resultados
3	4 Establecer un diseño y recogida común de la información asistencial y de la evaluación de todos los servicios y dispositivos involucrados en el tratamiento de las adicciones.	Protocolo de recogida de información asistencial Evaluación del protocolo
4	Incluir a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental con los recursos sociales y sociosanitarios, de forma que se asegure la continuidad asistencial y de atención, de acuerdo con sus necesidades.	
4	1 Coordinar los recursos sanitarios y sociales en pacientes sometidos a medidas jurídico-penales, así como establecer los cauces de apoyo a la reinserción social y laboral.	Documento con el protocolo de coordinación Nº de personas atendidas en el protocolo Evaluación de los resultados
4	2 Establecer medidas de atención social acordes a la situación del paciente, buscando apoyos en instituciones sanitarias y en el sistema para la autonomía y atención a la dependencia, si se precisa.	Documento con el protocolo de coordinación Nº de personas atendidas en el protocolo Evaluación de los resultados
5	Planificar de manera conjunta en toda la red asistencial los programas de formación para los profesionales y las líneas de investigación en el campo de las adicciones.	
5	1 Establecer un plan bianual de formación para los profesionales de todos los dispositivos de la red de atención a las drogodependencias.	Nº de actividades formativas desarrolladas Nº de profesionales incluidos en la formación Evaluación del programa formativo
5	2 Establecer líneas prioritarias de investigación en el ámbito de las drogodependencias.	Documento que recoge las líneas prioritarias de investigación Nº de proyectos de investigación desarrollados Nº de artículos publicados

11. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS Y DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL			
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION	
1 Completar la red de dispositivos de salud mental de Cantabria.			
1	1	Revisar la cartera de servicios de salud mental en Cantabria, actualizando las definiciones y el papel de los diferentes dispositivos dentro de una red integrada, haciendo un inventario detallado de los programas en un proceso de constante actualización.	Documento con la cartera de servicios revisada Evaluación del documento
1	2	Actualizar los programas asistenciales en la Red de Salud Mental con un enfoque regional que supere las diferencias generadas por la existencia de diferentes áreas sanitarias.	Documento con propuestas de mejora Evaluación de las mejoras introducidas
1	3	Desarrollar nuevos programas, promoviendo la transversalidad entre los niveles sanitarios y las diferentes especialidades, para dar respuesta a los objetivos señalados en los diferentes programas del Plan de Salud Mental.	Nº de nuevos programas implantados Evaluación de los programas
2 Mejorar la gestión y la calidad de los servicios de la Red de Salud Mental de Cantabria.			
2	1	Revisar el funcionamiento de los dispositivos de la Red de Salud Mental, su distribución territorial y la metodología de trabajo de los profesionales.	
2	1	1 Optimizar la distribución de los cupos de población atendida en las unidades de salud mental.	Documento de revisión de cupos y propuestas Evaluación de los cambios introducidos
2	1	2 Promover la gestión clínica en el desarrollo de los programas asistenciales.	Nº de proyectos desarrollados de gestión clínica Evaluación de los proyectos desarrollados
2	2	Desarrollar iniciativas que potencien la utilización del modelo de eSalud Mental en la gestión y asistencia en la Red de Salud Mental de Cantabria.	Ver indicadores del programa "eSalud Mental"
2	3	Optimizar el trabajo de los equipos multidisciplinares, con la presencia de un número adecuado de profesionales de cada disciplina.	Incremento de profesionales de cada disciplina
2	4	Potenciar las diferentes vertientes (clínica, docente, investigadora y de gestión) en el trabajo de los profesionales de la Red de Salud Mental.	Documento que revise la asignación de la asistencia en función de las distintas vertientes
2	5	Potenciar la coordinación entre los dispositivos de la Red de Salud Mental y con otras agencias sanitarias y extrasanitarias.	
2	5	1 Potenciar la coordinación entre los profesionales de la Red de Salud Mental.	Nº de actuaciones de coordinación y evaluación
2	5	2 Potenciar la coordinación de los profesionales de la Red de Salud Mental con los profesionales de los servicios sociales.	Nº de actuaciones de coordinación y evaluación
2	5	3 Potenciar la coordinación de los profesionales de la Red de Salud Mental con los profesionales de otros entornos.	Nº de actuaciones de coordinación y evaluación
2	6	Establecer programas de evaluación de la satisfacción de los usuarios de la Red de Salud Mental de Cantabria.	Nº de actuaciones y evaluación de la satisfacción
2	7	Realizar estudios sobre la valoración del "clima laboral" entre los profesionales de la salud mental de Cantabria.	Nº de actuaciones y evaluación del clima laboral
3 Promover la participación en la gestión de la salud mental de todos los sectores involucrados.		Nº de actuaciones de coordinación y evaluación	

12. eSALUD MENTAL: SISTEMAS DE INFORMACIÓN Y NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA SALUD MENTAL		
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION
1 Proporcionar información de calidad sobre los problemas de salud mental y los recursos asistenciales en Cantabria.		
1	1	Establecer una página web institucional sobre la salud mental en Cantabria.
		Diseño e implantación de la web Evaluación de la actuación
1	2	Colaborar con la Escuela de Salud de Cantabria para aportar, mediante la creación de grupos de apoyo on line y blogs, información relacionada con enfermedades destinada a la consulta de los ciudadanos, prevención de la enfermedad mental y testimonios y experiencias tanto de pacientes como de familiares.
		Nº de actuaciones de colaboración desarrolladas Evaluación de las actuaciones
1	3	Implantar medidas dirigidas a favorecer que Internet sea un instrumento que promueva la salud mental y la prevención del suicidio.
		Nº de actuaciones llevadas a cabo en ese ámbito
2 Apoyar a los profesionales de atención primaria y de la Red de Salud Mental en el tratamiento de las personas con enfermedad mental a través de un programa de "ciber-psiquiatría de enlace".		
2	1	Desarrollar un programa de "ciber-psiquiatría de enlace".
		Documento que incluya el programa Evaluación del programa
2	2	Implementar actuaciones de "m-health" que incluyan intervenciones de tipo preventivo en grupos de riesgo de debutar con un trastorno mental o de recaída.
		Nº de actuaciones llevadas a cabo en ese ámbito Evaluación de los resultados
2	3	Implementar actuaciones de "m-health" que potencien la adherencia con el proceso terapéutico y mejoren el pronóstico de la enfermedad.
		Nº de actuaciones llevadas a cabo en ese ámbito Evaluación de los resultados
3 Desarrollar un sistema de información sanitaria en salud mental, integrado en el proceso de informatización de la red sanitaria general.		
3	1	Diseñar una historia clínica electrónica unificada y compartida entre los dispositivos de atención a la salud mental, que incorpore información relevante para la asistencia, la gestión y la investigación.
		Documento que recoge las necesidades y aspectos diferenciales de la Red de Salud Mental
3	2	Dotar a todos los dispositivos de la Red de Salud Mental de las infraestructuras y equipos informáticos necesarios.
		% de dispositivos con una adecuada dotación de infraestructuras y equipos informáticos
3	3	Definir un sistema de indicadores de seguimiento y evaluación de los servicios y programas de salud mental.
		Documento que recoge el sistema de indicadores Evaluación del grado de implantación
4 Disponer de información sobre el nivel de salud mental de las personas en contacto con el sistema sanitario, tanto en atención primaria como especializada.		
		Memoria con la evaluación de la información disponible y con recomendaciones
5 Disponer de información integrada sobre la organización, los dispositivos y los recursos sanitarios y sociales dedicados a la atención de las personas con problemas de salud mental en Cantabria.		
		Memoria con la evaluación de la información disponible y con recomendaciones

13. PSICOTERAPIA.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION
1 Delimitar y diferenciar en la cartera de servicios de Red de Salud Mental la psicoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas.		
1	1	Elaborar un catálogo de los tratamientos con psicoterapia aplicados en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental, de manera protocolizada y conforme a los criterios de calidad de la psicoterapia, incluyendo indicadores de evaluación de resultados y de eficacia.
		Documento con el catálogo de tratamientos psicoterapéuticos
1	2	Elaborar un catálogo de las intervenciones psicoterapéuticas aplicadas en todos los dispositivos de la Red de Salud Mental y en los programas de coordinación con atención primaria, de manera protocolizada y conforme a los criterios de calidad de la psicoterapia, incluyendo indicadores de evaluación de resultados y de eficacia.
		Documento con el catálogo de intervenciones psicoterapéuticas
1	3	Incluir en los sistemas de información de la actividad asistencial de la Red de Salud Mental registros diferenciados de la aplicación de la psicoterapia y de técnicas psicoterapéuticas, y de éstas con la evaluación, el psicodiagnóstico o el seguimiento de los pacientes.
		Objetivo e indicador recogido en eSalud Mental
2 Promover la psicoterapia y las intervenciones psicoterapéuticas en los servicios de la Red de Salud Mental		
2	1	Aumentar el número y porcentaje de pacientes con trastornos mentales en tratamiento psicoterapéutico individual.
		Nº de pacientes en tratamiento individual
2	2	Aumentar el número y porcentaje de pacientes con trastornos mentales y de sus familiares en tratamiento psicoterapéutico grupal.
		Nº de pacientes en tratamiento individual
2	3	Implementar protocolos con una respuesta rápida de intervención psicoterapéutica para pacientes con intentos de suicidio, víctimas de violencia en el ámbito doméstico y personas en situación de incapacidad temporal derivada de problemas en el ámbito laboral.
		Nº de protocolos de intervención rápida psicoterapéutica Nº de personas incluidas en los protocolos
3 Potenciar la formación de los profesionales y garantizar la calidad de la psicoterapia y de las intervenciones psicoterapéuticas.		
3	1	Elaborar planes anuales de formación en psicoterapia para psiquiatras y psicólogos clínicos de la Red de Salud Mental, que incluyan la supervisión clínica.
		Documento que recoge el plan de formación Nº de profesionales en formación y supervisión Evaluación del plan de formación
3	2	Elaboración planes anuales de formación en intervenciones psicoterapéuticas para todos los profesionales de la Red de Salud Mental, incluyendo actividades formativas con atención primaria y otras especialidades médicas, así como profesionales de los servicios sociales y del entorno educativo.
		Documento que recoge el plan de formación Nº de profesionales en planes de formación Evaluación del plan de formación
4 Fomentar la realización de proyectos de investigación en psicoterapia, comparando diferentes estrategias en determinados grupos de pacientes.		
		Nº de proyectos de investigación desarrollados Nº de artículos publicados Evaluación de la investigación en psicoterapia

14. FORMACIÓN EN SALUD MENTAL.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION
1 Potenciar la formación de los profesionales del sistema sanitario de Cantabria para atender adecuadamente las necesidades de la población en materia de salud mental.		
1	1 Realizar un análisis de las necesidades formativas de todos los profesionales de la Red de Salud Mental y de atención primaria en materia de salud mental, teniendo en cuenta la morbilidad, necesidades y demanda de la población de Cantabria.	Documento que recoge el análisis de necesidades en formación continuada
1	2 Elaborar un plan de formación continuada para los profesionales de la Red de Salud Mental, atención primaria y otras especialidades relacionadas con la atención a los problemas de salud mental.	Documento con el plan de formación continuada Evaluación del plan de formación
1	3 Desarrollar programas prioritarios en los problemas de salud mental y tratamientos más relevantes y complejos.	Nº de programas de formación impartidos Nº de profesionales incluidos en los programas Evaluación de los programas formativos
1	4 Incluir en la oferta formativa de especialistas en Cantabria la especialidad en Enfermería de Salud Mental.	Creación de la especialidad en Enfermería de Salud Mental
1	5 Incluir la titulación de especialista en Enfermería en Salud Mental como requisito para la incorporación de estos profesionales a los dispositivos y recursos de salud mental.	Incluir la titulación en Enfermería en Salud Mental como requisito para la incorporación
1	6 Potenciar en los programas de formación de especialistas el modelo de formación por competencias.	Documento que recoge el diseño de los nuevos programas formativos
1	7 Valorar las tareas docentes de los profesionales al asignar las cargas de trabajo asistencial en los dispositivos de la Red de Salud Mental.	Documento que recoge la valoración de las tareas docentes
2 Extender los programas de formación a profesionales de otros colectivos relacionados con la atención a las personas con problemas de salud mental.		
2	1 Ampliar el acceso a los programas de formación en salud mental a los profesionales de los servicios sociales.	Nº de cursos con participación de profesionales de los servicios sociales
2	2 Ampliar el acceso a los programas de formación en salud mental a los profesionales que trabajan en centros penitenciarios de Cantabria.	Nº de cursos con participación de profesionales de los centros penitenciarios
3 Aprovechar las oportunidades que para la formación continuada ofrece la utilización de las tecnologías de la información y comunicación (TIC).		
Nº de cursos impartidos utilizando las TIC		

15. INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS		INDICADORES DE EJECUCION
1 Potenciar la investigación en salud mental en Cantabria.		
1	1 Establecer e impulsar líneas prioritarias de investigación en salud mental en Cantabria.	Documento que recoge las líneas prioritarias de investigación en salud mental
1	2 Apoyar el desarrollo de proyectos de investigación de calidad, especialmente los incluidos en redes acreditadas de centros de investigación y grupos de excelencia en salud mental.	Incremento del nº de grupos de investigación y de proyectos con criterios de calidad
1	3 Promover programas formativos en metodología de la investigación en salud mental para profesionales de la Red de Salud Mental y especialistas en formación.	Nº de programas formativos desarrollados Nº de profesionales formados en investigación Evaluación de los programas de formación
1	4 Favorecer la estabilidad laboral de los investigadores en salud mental.	Nº de actuaciones para promover ese objetivo Valoración de las actuaciones
1	5 Valorar las tareas docentes de los profesionales al asignar las cargas de trabajo asistencial en los dispositivos de la Red de Salud Mental .	Documento que recoge la valoración de las tareas investigadoras

16. EVALUACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PLAN.

OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS			INDICADORES DE EJECUCION
1	Incluir en el sistema de información sanitaria en salud mental indicadores que permitan evaluar los objetivos del Plan de Salud Mental de Cantabria y aportar datos de calidad al sistema nacional de información sanitaria.		Documento con los indicadores del plan
2	Desarrollar una evaluación continua del grado de ejecución de los objetivos señalados en el Plan de Salud Mental de Cantabria.		
2	1	Crear un grupo de trabajo para la evaluación del desarrollo del Plan de Salud Mental de Cantabria	Acta de la creación del grupo de trabajo
2	2	Informar a los profesionales y a la sociedad en su conjunto del desarrollo del Plan de Salud Mental de Cantabria.	
2	2	1 Celebrar jornadas de trabajo con los profesionales de la Red de Salud Mental y de otros entornos para discutir aspectos relacionados con la evaluación y desarrollo del Plan de Salud Mental.	Nº de jornadas de trabajo celebradas Evaluación de las jornadas de trabajo
2	2	2 Difundir los avances en el desarrollo del Plan de Salud Mental y los informes de evaluación elaborados por el grupo de trabajo en la página web institucional sobre la salud mental en Cantabria	Nº de visitas de la página web

OTROS PROYECTOS (propuestas de la EESSMM no recogidas en otros programas del Plan)

			INDICADORES DE EJECUCION
1	Desarrollar un proyecto de atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental mediante la coordinación y el apoyo a los dispositivos y profesionales de la red de asistencia este grupo de población.		Documento que recoge el proyecto Nº de personas incluidas en el proyecto Evaluación del proyecto
2	Desarrollar un proyecto de atención a personas sometidas a tratamiento por sentencia judicial, mediante la coordinación con el medio judicial.		Documento que recoge el proyecto Evaluación del proyecto
3	Desarrollar un proyecto de atención a personas con trastorno mental internadas en centros penitenciarios, mediante la coordinación y el apoyo a los centros y profesionales donde se encuentra este grupo de población.		Documento que recoge el proyecto Evaluación del proyecto
4	Desarrollar un proyecto de atención a la salud mental de personas inmigrantes.		Documento que recoge el proyecto Evaluación del proyecto
5	Desarrollar un proyecto específico de atención a la salud mental de la mujer.		Documento que recoge el proyecto Evaluación del proyecto
6	Analizar, dentro de los estudios epidemiológicos y asistenciales formulados como objetivos del presente Plan, la influencia de las desigualdades sociales y de género en la detección, evaluación y tratamiento de los trastornos mentales		Documento que recoge el análisis y las recomendaciones

Referencias bibliográficas.

■ Referencias bibliográficas.

1. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
2. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Política Social. (2011). *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*.
3. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*.
4. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2013). *Plan de Salud de Cantabria 2014-2019*.
5. Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). *Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies*. European neuropsychopharmacology. 15(4):357-76.
6. Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, J.F., Peña, C., García-Quintanal, R., & Labrador, M. (1986). *Two stage design in a community survey*. The British Journal of Psychiatry. 149:88-97.
7. Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, J.F., Peña, C., Aldama, J., Samaniego, C., Menéndez, J., et al. (1987). *A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity*. Psychological medicine. 17(1): 227-41.
8. Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P., et al. (2001). *Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study*. The British Journal of Psychiatry. 179:308-16.
9. Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España*. Medicina clínica. 126(12):445-51.
10. Weller, W.E, Minkovitz, C.S, & Anderson, G.F. (2003). *Utilization of medical and health-related services among school-age children and adolescents with special health care needs (1994 National Health Interview Survey on Disability [NHIS-D] Baseline Data)*. Pediatrics. 112(3):593-603.
11. Juszczak, L., Melinkovich, P., & Kaplan, D. (2003). *Use of health and mental health services by adolescents across multiple delivery sites*. The Journal of adolescent health. 32(6):108-18.
12. Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003). *Mental health of children and adolescents in Great Britain*. International review of psychiatry. 15(1-2):185-7.
13. Gobierno de España. Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Informe anual 2012*.
14. Andlin-Sobocki, P., & Rossler, W. (2005). *Cost of psychotic disorders in Europe*. European Journal of Neurology. 12 Suppl. 1:74-7.
15. Olesen, J., & Leonardi, M. (2003). *The burden of brain diseases in Europe*. European Journal of Neurology. 10(5): 471-7. World Health Organization. (2001). *The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope*. Geneve.
16. Hu, T.W. (2006). *Perspectives: an international review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003*. The journal of mental health policy and economics. 9(1):3-13.
17. Salvador-Carulla, L.(2007). *[Comment. The economics of mental health in Spain. An unsolved issue?]*. Gaceta sanitaria / SEESPAS. 21(4):314-5.

18. Alonso, J., & Lepine, J.P.(2007). Committee ESMS. *Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. The journal of clinical psychiatry. 68 Suppl. 2:3-9.
19. Das-Munshi, J., Stewart, R., Ismail, K., Bebbington, P.E., Jenkins, R, Prince, M,J. (2007). *Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey*. Psychosomatic medicine. 69(6):543-50.
20. Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., et al. (2007). *No health without mental health*. Lancet. 8;370 (9590):859-77.
21. Levy, B.S., Sidel, V.W. (2009). *Crisis económica y salud pública*. Medicina Social. 4 (2):92-8.
22. Unión Europea. (2008). *Pacto Europeo sobre Salud Mental*.
23. De Hert, M., Schreurs, V., Vancampfort, D., Van Winkel, R. (2009). *Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review*. World Psychiatry. 8(1):15-22.
24. Sáiz-Ruiz, J. et al. (2008). *Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica*. Actas españolas de psiquiatría. 36(5):251-264.
25. Sociedad Española de Psiquiatría. (2003). *Consenso de la SEP sobre patología dual*.
26. British Psychological Society. (2011). *Psychosis with Coexisting Substance Misuse: Assessment and Management in Adults and Young People*. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK).
27. Birchwood, M.J., Fowler, D., & Jackson, C. (2000). *Early Intervention in Psychosis: A Guide to Concepts, Evidence and Interventions*. Wiley. Chichester (UK).
28. National Institute for Clinical Excellence. (2002). *Clinical Guideline 1. Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care*. London: NICE.
29. Singh, S. P., Wright, C., & Burns, T. (2003). *Developing early intervention services in the NHS: a survey to guide workforce and training needs*. Psychiatric Bulletin, 27, 254–258.
30. Mueser, K.T., & Lewis, S. (2000). *Treatment of substance misuse in schizophrenia*. In Buckley, P., & Waddington, J. (Eds.). *Schizophrenia and Mood Disorders: The New Drug Therapies in Clinical Practice* (pp. 286-296). Oxford: Butterworth & Heinemann.
31. Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E., & Fox, M. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. New York: The Guilford Press.
32. Kessler, R.C., & Ustun, T.B. (Ed.). (2011). *Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders. The WHO World Mental Health Surveys*. Geneva.
33. Ensínck, K.T., Schuurman A.G., van den Akker, M. Metsemakers, J.F., Kester, AD.D., Knottherus, J.A., et al. (2002). *Is there an increased risk of dying after depression?* American Journal of Epidemiology. 156:1043-8.
34. Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P.J., & Angst, J. (2002). *Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years*. Journal of Affective Disorders, 68: 167–181.
35. Zheng, D., Macera, C.A., Croft, J.B., Giles, W.H., Davis, D., & Scott, W.K.I. (1997). *Major depression and all-cause mortality among white adults in the United States*. Annals of Epidemiology, 7: 213-218.
36. Lawrence, D., Jablensky, A.V., Holman, C. D., et al. (2000). *Mortality in Western Australian psychiatric Mortality in Western Australian psychiatric patients*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 35, 341-347.

37. Harris, E.C., & Barraclough, B. (1998). *Excess mortality of mental disorder*. The British Journal of Psychiatry, 173: 11-53.
38. Mathers, C., Stein, C., Ma, D., Rao, C., Inoue, M., Tomijima, N., et al. (2002). *Global Burden of Disease 2000: Version 2 methods and results*. Geneva: WHO.
39. Bertolote, J.M, & Fleischmann, A. (2009). *A global perspective on the magnitude of suicide mortality*. En: Wasserman, D., & Wasserman, C. (Eds.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press. (pp. 91-98).
40. Patton, G.C, Coffey, C., Sawyer, S.M., Viner, R.M., et al. (2009). *Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data*. Lancet, 374: 881-892.
41. World Federation for Mental Health (2012). *Depression: a global crisis*.
42. World Health Organization (2012). *Public health action for the prevention of suicide*. A framework. Geneva.
43. Appleby, I. (1992). *Suicide in psychiatric patients: risk and prevention*. The British Journal of Psychiatry. 161: 749-758.
44. United Nations. (1996). *Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies*. New York: U.N. Department of Policy Coordination and Sustainable Development, ST/ESA/245.
45. World Health Organization. (2008). *MH GAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva.
46. Coid, J. (2003). *Epidemiology, public health and the problem of personality disorder*. British Journal of Psychiatry. 182(44): 3-10.
47. Black, D.W., Noyes, R., Pfohl, B., Goldstein, R.B., & Blum, N. (1993). *Personality disorders in obsessive-compulsive volunteers, well comparison subjects and first degree relatives*. American Journal of Psychiatry. 150, 1226-1232.
48. Aragones, E., Salvador-Carulla, L., Lopez-Muntaner, J., Ferrer, M., & Pinol, J.L. (2013). *Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases*. Gac.Sanit., 27, (2) 171-174.
49. Folk, M. L., Hayes, R. D., Chang, C.K., Stewart, R., Callard, F.J., & Moran, P. (2012). *Life expectancy at birth and all-cause mortality among people with personality disorder*. J. Psychosom. Res., 73 (2): 104-107.
50. Livesley, W.J. (2012). *Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: the importance of integrated domain-focused treatment*. Psychodyn.Psychiatry, 40 (1), 47-74.
51. Skodol, A.E., Pagano, M.E., Bender, D.S., Shea, M.T., Gunderson, J.G., Yen, S., et al. (2005). *Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years*. Psychological Medicine, 35:443-451.
52. van Luyn, B., Akhtar, S., & Livesley, J. (Eds.) (2007). *Severe Personality Disorders*. Cambridge University Press. London.
53. Hoek, H.W. (2006). *Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders*. Current Opinion in Psychiatry, 19:389-394.
54. Morande, G., & Casas, J. (1997). *Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines*. Pediatr. Integral, 2 (3), 243-260.

55. Rojo, L., Livianos, L., Conesa, L., García, A., Domínguez, A., Rodrigo, G., et al. (2003). *Epidemiology and risk factors of eating disorders: a two-stage epidemiologic study in a Spanish population aged 12-18 years*. *Int. J. Eat. Disord.*, 34 (3): 281-291.
56. Ruiz, P.M., Alonso, J.P., Velilla, J. M., Lobo, A., Martín, A., Paumard, C., et al. (1998). *Estudio de prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza*. *Rev. Psiquiatr. Infanto-Juv.*, 3: 148-162.
57. Smink, F., van Hoeken, D., & Hoek, H.W. (2012). *Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates*. *Curr. Psychiatry Rep.*, 14(4): 406-414.
58. Simon, J., Schmidt, U. & Pilling, S. (2005). *The health service use and cost of eating disorders*. *Psychological Medicine*, 35, 1543–1551.
59. Gobierno de España. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
60. Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholm, L, & Olesen, F. (2005). *Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study*. *Psychological Medicine*, 8, 1175-1184.
61. Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004). *Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. *Acta Psychiatr Scand*, 109 (Suppl. 420): 38–46.
62. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Anxiety disorders*. NICE quality standards.UK.
63. Gobierno de España. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
64. Soler, P.A., & Gascón, J. (2012). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*. 4ª Edición. Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales. Comunicación y Ediciones Sanitarias.
65. London School of Economics and Political Science. Centre for Economic Performance, Mental Health Policy Group (2006) *The depression report: a new deal for depression and anxiety disorders*. Centre for Economic Performance special papers, CEPOP15. Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science, London, UK.
66. Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.
67. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E.E. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in The National Comorbidity Study Replication*. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602.
68. Gobierno de España. (2014). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES)*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
69. Essex, M.J., Kraemer, H.C., Armstrong, J.M., Boyce, W.T., Hill, H., Klein, M.H., et al. (2006). *Exploring Risk Factors for the Emergence of Children's Mental Health Problems*. *Arch. Gen. Psychiatry*, 63:1246-1256.

70. Cawthorpe, D., Wilkes, T.C., & Noseworthy, T.W. (2007). *Priority-Setting for Children's Mental Health: Clinical Usefulness and Validity of the Priority Criteria Score*. Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 16(1): 18-26.
71. Tsuang et al. (eds.) (1995). *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York, Wiley.
72. Gobierno de Cantabria. (2010). *Atlas de la Salud Mental en Cantabria*. Consejería de Sanidad.
73. Catford, J. (2011). *The new social learning: connect better for better health*. Health Promot Int, 26(2), 133-135.
74. Gibbons, M. C., Fleisher, L., Slamon, R. E., Bass, S., Kandadai, V., & Beck, J. R. (2011). *Exploring the potential of Web 2.0 to address health disparities*. J Health Commun, 16 Suppl 1, 77-89.
75. Christensen, H., Reynolds, J., & Griffiths, K. M. (2011). *The use of e-health applications for anxiety and depression in young people: challenges and solutions*. Early Interv Psychiatry, 5 Suppl 1, 58-62.
76. Robinson, E., Titov, N., Andrews, G., McIntyre, K., Schwencke, G., & Solley, K. (2010). *Internet treatment for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance*. PLoS One, 5(6), e10942.
77. Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., Robinson, E., Peters, L., & Spence, J. (2010). *Randomized controlled trial of Internet cognitive behavioural treatment for social phobia with and without motivational enhancement strategies*. Aust N Z J Psychiatry, 44(10), 938-945.
78. Reynolds, J., Griffiths, K., & Christensen, H. (2011). *Anxiety and depression - online resources and management tools*. Aust Fam Physician, 40(6), 382-386.

**Expertos
que han participado
en los grupos de trabajo
del Plan de Salud Mental
de Cantabria 2015-2019.**

■ Dirección del Plan (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales):

- Carlos León Rodríguez.
- Rafael Navarro Ortega.
- Manuel Ortega Mendi.
- Germán Romero Ruíz.

■ Coordinador del Plan:

- Jesús Artal Simón. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

■ Editores del Plan:

- Luis Gaité Pindado. HUMV
- Sara Herrera Castanedo. HUMV
- Javier de la Dehesa Sáinz de los Terreros. HUMV.
- Ismael Lastra Martínez. HUMV.
- Andrés Herrán Gómez. HUMV.
- Ana Isabel de Santiago Díaz. HUMV.

■ Expertos de los grupos de trabajo:

- José Luis Vázquez Barquero. HUMV.
- Elena Oceja Setién. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Victoria Alastrué Javierre. HUMV.
- Sandra Alonso Bada. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Marta Alonso Sánchez. HUMV.
- Dulce Álvarez. Fundación SBS.
- Roberto Álvarez. CERMI.
- Marta Arrieta Rodríguez. Centro Hospitalario P. Menni.
- Ana Julia Ayestarán Ruíz. HUMV.
- María Ángeles Bedia Gómez. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Héctor Balsa Vidal. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Ana Bezanilla Igarreda. HUMV.
- Socorro Blanco Incera. Observatorio de Salud Pública.
- Isabel Bolado Alonso. HUMV.
- Alejandra Bolado Peña. Consejería de Educación, Cultura y Deporte.
- Raquel Bustillo García Cuétara. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Gabriel Calcedo Giraldo. HUMV.
- Dolores Casares Gómez. HUMV.
- Tomás Castillo Arenal. AMICA.

- María Ángeles Cobo Fernández. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Benedicto Crespo-Facorro. HUMV. CIBERSAM.
- María Jesús Cuesta Núñez. HUMV.
- Javier de la Dehesa Sáinz de los Terreros. HUMV.
- Luis Gaité Pindado. HUMV.
- Esther García Usieto. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Andrés Gómez del Barrio. HUMV.
- Juan Gómez de Tojeiro Roce. Centro Hospitalario P. Menni.
- Ana María Gutiérrez Pérez. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Blanca Fernández-Abascal Puente. HUMV.
- Carlos Fernández Viadero. HUMV.
- Lourdes Lasa Aznar. Hospital de Laredo.
- Jesús García Merino. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- José Ramón Gómez Novo. HUMV.
- Pilar García Pelayo. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- César González-Blanch Bosch. HUMV.
- Sara González González. HUMV.
- Marta González Pescador. HUMV.
- Enrique Gutiérrez Mora. Gerencia de Atención Primaria de Laredo.
- Sara Herrera Castanedo. HUMV.
- Sara Hortelano Aldaco. Fundación Marqués de Valdecilla.
- Oscar Fernández Torre. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Fernando Hoyuela Zatón. HUMV.
- María José Ibiricu Garde. Consejería Educación, Cultura y Deporte.
- Carmen Iglesias García. HUMV.
- Ismael Lastra Martínez. HUMV.
- María Eugenia Lera. Gerencia de Atención Primaria de Santander.
- Fernando López Baños. Gerencia de Atención Primaria Torrelavega.
- Luis Mariano López López. Observatorio de Salud Pública.
- Ignacio Madariaga Zamalloa. Centro Hospitalario P. Menni.
- Rosa Marañón González. HUMV.
- Vanessa Martín Muñoz. Hospital de Laredo.
- Carmen Martín Núñez. Fundación SBS.
- Miguel Ángel Martínez Antón. HUMV.
- Obdulia Martínez García. HUMV.
- Armando Martínez Rosales. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Silvia Mendieta Caviedes. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Inmaculada de Mier González. HUMV.
- Carlos Mirapéix Costas. Fundación Investigación Psicoterapia Personalidad.
- Antonia Molino Galán. HUMV.

- Pablo Montoya del Corte. ASCASAM.
- María Ángeles Navarro Noguera. Consejería Educación, Cultura y Deporte.
- Rafael Navarro Ortega. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Emma Noval Aldaco. HUMV.
- Clara Ortega Benito. Instituto de Medicina Legal.
- Soraya Otero Cuesta. HUMV.
- Gema Pardo García. HUMV.
- Beatriz Payá González. HUMV.
- Clara Pedrejón Molino. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Nicolás Peña Sarabia. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Daniel Pereda Baure. Gerencia de Atención Primaria de Santander.
- Oscar Pérez González. Observatorio de Salud Pública.
- Carmen Pernía Higuera. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Carlos Portilla Sisniega. Gerencia de Atención Primaria de Santander.
- Raquel Prats. Centro Hospitalario P. Menni.
- Roque Prego Dorca. HUMV.
- Amador Priede Díaz. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Lourdes Prieto Redondo. Gerencia de Atención Primaria de Santander.
- Dolores Prieto Salceda. Observatorio de Salud Pública.
- Covadonga Quirós Vila. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Mariluz Ramírez Bonilla. HUMV.
- Ana María Rivas Veiga. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Teresa Rodríguez Fernández. Hospital de Laredo.
- Constantino Rodríguez Vicario. HUMV.
- Eloy Rodríguez Rodríguez. HUMV.
- Victoria Rojo García. HUMV.
- Antonia Rueda Gutiérrez. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- María Ángeles Sáenz Garnica. HUMV.
- Susana Samaniego Peña. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Luisa San Martín Corujo. HUMV.
- Ana Isabel de Santiago Díaz. HUMV.
- Monserrat Serradel Cabra. Gerencia Atención Primaria de Santander.
- Deirdre Luisa de Sierra Biddle. HUMV.
- Alfonso Tazón Alonso. ASCASAM.
- Karnele Urquijo. ADANER.
- José María Vallejo. Gerencia Atención Primaria de Torrelavega.
- Oscar Vallina Fernández. Hospital Sierrallana de Torrelavega.
- Javier Vázquez Bourgón. HUMV.
- Leticia Viadero Cervera. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
- Concepción Villacorta Alonso. HUMV.

Anexos

■ 1. Breve historia de la salud mental de Cantabria.

La atención a las personas con problemas de salud mental en Cantabria ha seguido, desde un punto de vista histórico, un curso similar a la evolución que ha experimentado en el resto de España, aunque con algunas características diferenciadoras, en gran medida relacionadas con el hecho singular que supuso la creación de la Casa de Salud Valdecilla, y que daría lugar al actual Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Desde mediados del siglo XIX en España la asistencia psiquiátrica estaba vinculada a las diputaciones. Los hospitales para enfermos mentales estaban separados del resto de los hospitales públicos. Un hecho diferenciador y pionero en nuestro país resultó la novedosa organización de la asistencia a la enfermedad mental diseñada en Santander en el año 1928 con la creación de la Casa de Salud Valdecilla. En dicha Institución, y promovida por la figura del psiquiatra Wenceslao López Albo (primer director de dicho hospital y futuro primer responsable del Servicio de Neuropsiquiatría) se creó el Servicio de Neuropsiquiatría, que debía responsabilizarse de la atención aguda de las personas con enfermedades mentales, neurológicas y neuroquirúrgicas, asumiendo también la “observación y tránsito de los pacientes psiquiátricos difícilmente curables y crónicos hasta su traslado a los manicomios”.

Para ello se dotó dicho servicio con una unidad de admisión aguda (el Pabellón número 20), un consultorio para tratamiento ambulatorio y un “Servicio Social” anexo al consultorio, destinado al control de la psicopatología en el medio sociofamiliar. Para el desempeño de la labor asistencial se incorporó a dicho servicio un equipo multidisciplinar de profesionales, incluyendo como hecho novedoso y digno de reseñar la propuesta de creación de un equipo de “enfermeras y asistentes sociales visitadoras” que deberían responsabilizarse del desarrollo de labores asistenciales y preventivas en la comunidad. Esta forma de organizar la asistencia supuso una transformación radical en el tratamiento de las personas con enfermedad mental, pues por primera vez dichos pacientes eran ingresados en un hospital general y se promovía también en nuestro país un modelo de asistencia comunitaria. Este hecho innovador situó a Santander y al Servicio de Psiquiatría como modelo a seguir en España.

En 1972 la Diputación de Santander, que había asumido en 1969 la titularidad de dicha institución a través de la Fundación Pública de Servicios Hospitalarios Marqués de Valdecilla, estableció un convenio con el Instituto Nacional de Previsión, por el que se creó, un año después, el primer centro médico nacional existente en España (Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla). En él se integraba toda la estructura del Servicio de Psiquiatría, aunque separándose los servicios de Neurología y Neurocirugía, de nueva creación. En dicho período la dotación de personal del Servicio de Psiquiatría se potenció notablemente, incrementándose el número de psiquiatras y dotándose también de dos psicólogos, dos trabajadores sociales y un amplio equipo de enfermería psiquiátrica y auxiliares de enfermería.

Representa también un hecho significativo para la asistencia psiquiátrica en Cantabria, la creación en el año 1958 del Sanatorio Psiquiátrico Nuestra Señora del Rosario (actualmente Centro Hospitalario Padre Menni), perteneciente a la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. El objetivo inicial de su creación fue subsanar las carencias que existían en la atención a la enfermedad mental, especialmente en el caso de las mujeres aquejadas de trastornos psiquiátricos. A lo largo de su existencia, dicha institución se ha ido adaptando a las diferentes circunstancias sociales y sanitarias de Cantabria y en la actualidad proporciona plazas de internamiento de media y larga estancia en régimen de hospitalización completa para pacientes psiquiátricos mediante convenios con el Servicio Cántabro de Salud.

En 1975, se inauguró el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas para ocuparse de la rehabilitación psiquiátrica y psicosocial de las personas con trastornos mentales crónicos. Esta labor se lleva a cabo de forma integral e individualizada por un equipo multidisciplinar de profesionales, compuesto por psiquiatras, psicólogos, médicos, enfermeros, auxiliares de clínica psiquiátrica, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y educadores. Su labor ha sido, y sigue siendo, esencial para la atención en régimen de hospitalización de media y larga estancia de pacientes con patología psiquiátrica crónica y grave.

En 1996 se aprobó por unanimidad en el Parlamento de Cantabria la Ley de Salud Mental de Cantabria, siguiendo las directrices marcadas por el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 y la Ley General de Sanidad de 1986. Desde ese momento se estableció una concepción diferente de la atención a la salud mental, integrada en el Sistema Nacional de Salud y tomando las áreas de salud como base del desarrollo de los servicios psiquiátricos, situándose la puerta de entrada a dichos servicios en los centros de atención primaria. El nivel especializado quedó configurado en torno a las unidades ambulatorias de salud mental, en las que actúan equipos multidisciplinarios, desplazándose la hospitalización a las unidades de psiquiatría de los hospitales generales y completándose la organización asistencial con una amplia red de estructuras intermedias y apoyos comunitarios para la rehabilitación e integración social de los pacientes. En este esquema, los recursos asistenciales se conciben como una unidad funcional que permite abordar con una perspectiva integral el tratamiento, la rehabilitación de los pacientes y la prevención de la enfermedad.

Todo ello permitió un avance considerable en la provisión de servicios dedicados a la atención a los problemas de salud mental de nuestra comunidad. Así, en consonancia con esta filosofía, en 1998 se redactó el Primer Plan Regional de Salud Mental de Cantabria, que sentó las bases de un modelo de atención comunitaria a la salud mental en nuestra comunidad (Gobierno de Cantabria, 1998), que además fue evaluado en cuanto a su nivel de implantación en el año 2002 (1).

En el año 2001, con las transferencias sanitarias del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), Cantabria asumió las competencias para organizar su sistema asistencial y construir su propia red de atención a la salud mental. Esta red ha ido experimentando un crecimiento progresivo en cuanto al número de profesionales que trabajan en ella y el número de dispositivos existentes. Sin embargo, aunque todos estos esfuerzos reseñados han permitido aumentar los recursos y mejorar la atención a las personas con problemas de salud mental tanto en Cantabria como en el resto de España, lo cierto es que se ha constatado que el acceso a dichos recursos es desigual entre las diferentes comunidades autónomas o incluso entre las áreas sanitarias de una misma comunidad autónoma (2).

En cuanto a la atención a las drogodependencias en Cantabria, en 1985 se pusieron en marcha las primeras actuaciones para la atención de las personas con drogodependencias, y en 1991 se aprobó el Plan Autonómico sobre Drogas (Decreto 68/1991) con el objetivo de dar respuesta a los problemas de las drogas en nuestra comunidad.

La Ley de Cantabria 5/1997, de 6 de Octubre, de Prevención, Asistencia e Incorporación Social en materia de Drogodependencias, modificada posteriormente por la Ley de Cantabria 7/2004, de 27 de diciembre, de Medidas Administrativas y Fiscales, constituye el marco normativo que regula todas las medidas dirigidas a la prevención, atención, incorporación social, coordinación y participación en materia de drogodependencias en nuestra comunidad autónoma.

Mediante el Decreto 88/2013, de 26 de diciembre, las unidades de atención ambulatoria de drogodependencias se integraron en la estructura del Servicio Cántabro de Salud, dependiendo de las gerencias de atención primaria, y coordinadas funcionalmente con la Red de Salud Mental de Cantabria.

Del mismo modo, el Decreto 89/2013, de 26 de diciembre, estableció la integración en el Servicio Cántabro de Salud de las funciones y personal del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, dependiendo de la Gerencia de Atención Especializada de Santander (Hospital Marqués de Valdecilla).

Ambos procesos, la integración funcional de la red de drogodependencias y la integración orgánica del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas en el Servicio Cántabro de Salud, largamente esperados por los profesionales de la salud mental, permitirán consolidar una auténtica red de servicios con continuidad entre los dispositivos, y que resultará crucial para la atención a los pacientes con patología dual.

Un hecho significativo en el desarrollo de la asistencia sanitaria y, como es lógico, de la atención a la enfermedad mental lo constituyó la creación en el año 1972 de la Facultad de Medicina de

Santander, íntimamente vinculada al Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, y en la que desde el primer momento el Servicio de Psiquiatría asumió la docencia de las asignaturas Psicología Médica, Psiquiatría y Clínica Psiquiátrica. Dicha actividad docente, que fue en los primeros años asumida por profesores asociados, daría lugar posteriormente a la creación en 1992 de una cátedra de Psiquiatría. También a partir del año 1972 se refuerzan las labores docentes del equipo de psiquiatría en la Escuela de Enfermería del Centro Hospitalario Marqués de Valdecilla, asumiendo la docencia de las asignaturas relacionadas con la salud mental.

Otro hecho significativo en cuanto a la actividad docente del Servicio de Psiquiatría, lo constituyó su integración, desde el primer momento de su creación (año 1978), en el Programa Nacional de Formación de Especialistas (Programa Médico Interno Residente -MIR-), que sustituyó en el ámbito local al Programa de Formación de Médicos Internos de la Casa de Salud Valdecilla, y en el que el Servicio de Psiquiatría también participaba. También se incorporó desde un principio (año 1994) en el programa de formación de Psicología Clínica (Programa Psicólogo Interno Residente -PIR-).

En Junio de 1991 se creó la Unidad de Investigación en Psiquiatría de Cantabria (UIPC) como una institución integrada en el Departamento de Medicina y Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Dicha unidad fue designada oficialmente por la Organización Mundial de la Salud como Centro Colaborador de la O.M.S. para la investigación y docencia en salud mental, y sus investigadores participan en grupos de investigación en el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM). Además, en el año 2009, el Consejo Científico Externo del IFIMAV (Instituto de Formación e Investigación Marqués de Valdecilla”, Fundación “Marqués de Valdecilla”) ha evaluado al grupo como “grupo consolidado”, dentro del Área de Neurociencias.

Globalmente podemos considerar que el movimiento asociativo en salud mental en España, y también en Cantabria, surgió para ser un soporte y complemento a la estructura asistencial, pues las personas con enfermedades mentales y sus familias tienen necesidades no satisfechas por el sistema público. Su objetivo es, por tanto, la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus familias, y la defensa de sus derechos.

Entre las principales asociaciones existentes en Cantabria podemos citar a AMICA, ASCASAM y ADANER Cantabria. AMICA tuvo sus orígenes cuando en 1984 un grupo de profesionales y familiares pusieron en marcha una iniciativa social que ha tenido un amplio despliegue de programas, centros y servicios de apoyo, como respuesta a las necesidades planteadas por personas con todo tipo de discapacidades en cada etapa de la vida, incluyendo a personas con enfermedad mental. Destacan sus proyectos de formación y empleo, que han permitido crear puestos de trabajo protegido para muchas personas con discapacidades psíquicas, así como la búsqueda de oportunidades en empresas ordinarias.

En el año 1990 se constituyó ASCASAM (Asociación Cántabra Pro Salud Mental), que tiene entre sus principales objetivos agrupar a todas las personas afectadas por una enfermedad mental y a sus familiares, así como representar y defender sus intereses y sus derechos. También participa en proyectos de reinserción social e integración laboral, y para corregir la imagen social de la persona con enfermedad mental.

Un ejemplo de actuación colaborativa interinstitucional fue la puesta en marcha en 1998 del Proyecto INICIA, dedicado al desarrollo de acciones de rehabilitación sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica. Enmarcado en el programa comunitario Horizon III, promovido por el Gobierno de Cantabria y desarrollado por el Centro Hospitalario Padre Menni, Asociación ASCASAM y AMICA. La iniciativa ha supuesto poner en común servicios de orientación, apoyos personales, alojamiento, rehabilitación psicosocial y laboral, formación, empleo y búsqueda de trabajo en las empresas ordinarias.

ADANER Cantabria (Asociación en Defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa y Bulimia) fue creada en el año 1999 por un grupo de familiares de enfermos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) de Cantabria. Sus fines y objetivos primordiales son contribuir a la mejora de la calidad de vida y la atención recibida por los enfermos con TCA. Entre sus actuaciones en Cantabria destacan los programas de atención telefónica, los grupos de apoyo para familiares, los grupos de acogida, los talleres de imagen corporal y la atención psicológica.

Además desarrolla su actividad en Cantabria un amplio número de asociaciones de enfermos y familiares de enfermos dedicados a la promoción de la salud en enfermedades psiquiátricas específicas, como es el caso de las alteraciones relacionadas con el consumo excesivo de alcohol (Alcohólicos Anónimos), la atención a las ludopatías, la enfermedad de Alzheimer, problemas de salud mental relacionados con el maltrato, emigración, etc.

Todas estas circunstancias comentadas, que ya son parte de la historia sanitaria de Cantabria, y que han tenido que ver con la trayectoria de muchos profesionales y las vivencias, necesidades y anhelos de muchas personas con enfermedad mental y sus familias nos sitúan frente a nuevos retos, cuyo abordaje nos permitirá ir construyendo el futuro de la salud mental en esta región.

■ Referencias:

- (1) Gaité, L., Solanas, C., & de Santiago, A. (2002). *Plan de Salud Mental de Cantabria: análisis de situación y perspectivas de futuro 1998-2001*. Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Gobierno de Cantabria.
- (2) Vázquez-Barquero, J.L., García, J., & Torres-González, F. (2001). *Spanish psychiatric reform: what can be learned from two decades of experience?*. Acta Psychiatr. Scand. Suppl., 410: 89-95.

■ 2. Marco legal de la salud mental de Cantabria.

I Legislación en el ámbito nacional.

Existen leyes de ámbito nacional que afectan a todo el territorio del Estado y a la organización de la salud mental en nuestra comunidad:

■ Constitución Española de 1978.

En su artículo 43 reconoce el derecho que tienen todos los ciudadanos a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. Por su parte, el artículo 149.1.16 establece la competencia exclusiva del Estado para establecer las bases y coordinación general de la sanidad.

■ Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Abril 1985.

Este informe no tiene carácter normativo, pero ha tenido gran importancia y trascendencia para todas las elaboraciones posteriores, a efectos de introducir la reforma psiquiátrica, tal y como se ha comentado.

■ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La Ley General de Sanidad determina las características fundamentales sobre las que se debe apoyar el Sistema Nacional de Salud, constituyendo el marco que configura las líneas maestras para la protección de la salud de los ciudadanos. Entre sus características fundamentales podemos señalar que recoge de forma explícita la inclusión de toda la población como beneficiaria de las prestaciones del sistema sanitario, la atención integral a la salud, la integración de todos los recursos sanitarios dentro de un dispositivo único y, finalmente, considera como elementos fundamentales la búsqueda de la calidad, la evaluación y el control de las prestaciones. Estas características fundamentales del Sistema de Salud también son aplicables para la enfermedad mental, equiparándose estos problemas de salud al resto de las enfermedades somáticas.

■ Estudio y Recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España. Madrid 1991.

Aunque no constituye un documento normativo, sus conclusiones han influido claramente sobre el desarrollo de la reforma psiquiátrica. En este estudio se realiza una revisión exhaustiva sobre cuál es el estado de la asistencia al enfermo mental, se denuncian ciertas situaciones consideradas

como no adecuadas y se formulan recomendaciones a las distintas administraciones públicas sobre la estructuración de la salud mental.

■ **Ley Orgánica 1/ 2002, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.**

Esta Ley en su artículo 763 aborda el internamiento no voluntario, por razón de trastorno psíquico, en un centro psiquiátrico y somete dicho internamiento a las máximas garantías procesales.

■ **Legislación en el ámbito de Cantabria.**

En función de la normativa vigente, Cantabria ha creado su propio cuerpo legislativo en relación con la salud mental:

■ **Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria, modificada por Ley Orgánica 11/1998, de 30 de diciembre.**

En su artículo 25 establece que es competencia de la Comunidad Autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la “Sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud”, y en ese sentido se incluye también, específicamente, la sanidad mental dentro del apartado B 1H del Real Decreto 2330/1982, de 24 de julio, de traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma en materia de sanidad.

■ **Ley de Salud Mental de Cantabria 1/1996, de 14 de mayo.**

Esta Ley expone el modelo y las actuaciones que en materia de salud mental debe seguir la Comunidad Autónoma de Cantabria, basándose en los siguientes fundamentos: a) La organización debe tener un planteamiento integral que aborde tareas preventivas, asistenciales, rehabilitadoras, de reinserción social y de promoción de la salud mental; b) Se deben evitar las discriminaciones, integrando los cuidados de salud mental en la red sanitaria general y en el entorno del paciente, asegurando así una estrecha coordinación entre los servicios sanitarios y sociales; c) Garantizar el mayor nivel de eficacia y coordinación organizando la atención en torno a sectores de población agrupados según el mapa sanitario regional, de la que se responsabilizarán de forma integral y continuada los equipos multiprofesionales de la salud mental de cada área de salud.

■ **Decreto 88/1998, de 9 de noviembre, de Acción Concertada en materia de reserva y ocupación de plazas en estructuras asistenciales de tipo hospitalario e intermedio para personas con enfermedad mental.**

Según la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria, la atención psiquiátrica debe desinstitucionalizarse, y para ello realizarse preferentemente fuera del hospital, en las unidades de salud mental y en las estructuras intermedias, como centros de día, hospitales de día, pisos y residencias tutelados, así como talleres protegidos. Este Decreto permite, así, la concertación de plazas en centros asistenciales e igualmente, y debido a la escasez de este tipo de plazas, aconseja establecer conciertos con las distintas entidades prestadoras de servicios similares en Cantabria, muchas de ellas instituciones de carácter social sin ánimo de lucro.

■ **Ley de Cantabria 7/1999, de 28 de abril, de Protección de la Infancia y de la Adolescencia.**

Normativa a escala autonómica que se hace indispensable en orden a que la Comunidad de Cantabria se acomode a los principios y preceptos puestos de manifiesto en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

■ **Decreto 88/2001, de 31 de agosto, de Regulación del Consejo Asesor de Salud Mental.**

Este decreto tiene por objeto regular el Consejo Asesor sobre Salud Mental de Cantabria, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12 de la Ley de Cantabria 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental.

■ **Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de Atención y Protección a las Personas en Situación de Dependencia.**

Esta Ley se refiere a la población que se encuentra en estado de “dependencia”, definiendo dicho estado como aquel en que se encuentran las personas que por razón de la disminución o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tiene necesidad de ayuda y/o asistencia importante para la realización de su vida cotidiana.

■ **Decreto 24/2002, de 7 de marzo, de Estructura Orgánica de la Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales.**

Este Decreto establece el Servicio de Salud Mental y Trastornos Adictivos como una de las unidades en las que se estructura la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria, y regula, asimismo, las competencias que corresponden a dicho Servicio.

■ **Decreto 58/2002, de 30 de mayo, por el que se desarrollan los procedimientos relativos a la Protección de Menores y a la Adopción y regula el registro de Protección de la Infancia y la Adolescencia.**

El decreto regula los procedimientos administrativos en materia de protección de menores, acogimiento y adopción. Esta regulación aspira a fundir en única norma la dispersa legislación vigente en la materia.

■ **Ley 7/2002, de 19 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.**

Dicha Ley supone un nuevo marco normativo en nuestra Comunidad sobre el que ha de pivotar todo el Sistema Sanitario Público de Cantabria. En lo que a la salud mental se refiere establece que, la atención a los problemas de salud mental se llevará a cabo según lo dispuesto en la Ley 1/1996, de 14 de mayo, de Salud Mental de Cantabria, en las disposiciones reglamentarias que la desarrollen y en el plan autonómico de salud mental y asistencia psiquiátrica. Igualmente establece que, las unidades de salud mental y las denominadas estructuras intermedias, tales como los centros de día psiquiátricos y los centros dedicados a tratamientos específicos, tendrán la consideración de centros especializados de diagnóstico y tratamiento, incluso cuando se ubiquen en dependencias adscritas a las estructuras de atención primaria.

■ **Decreto 127/2006, de 7 de diciembre, por el que se integran en el servicio Cántabro de Salud las funciones y personal del Hospital Santa Cruz de Liencres y de la Unidad de Salud Mental de Santander y se establece el procedimiento para la integración del personal funcionario y laboral en la condición de personal estatutario.**

Este decreto permitió a algunos facultativos (psiquiatras y psicólogos clínicos) integrarse en la Red de Salud Mental del Servicio Cántabro de Salud al adquirir la condición de personal estatutario.

■ **Ley de Cantabria 2/2007 de 27 de marzo, de Derechos y Servicios Sociales (Actualizada en enero de 2014)**

Tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho de la ciudadanía de Cantabria a la Protección social, así como la ordenación, organización y desarrollo, en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma, de un sistema público e integrado de servicios sociales.

■ **Ley de Cantabria 3/2009, de 27 de noviembre, de creación del Instituto Cántabro de Servicios Sociales (actualizada en enero de 2012).**

Se crea, con la denominación de Instituto Cántabro de Servicios Sociales, un organismo adscrito a la Consejería que tenga atribuidas las competencias en materia de servicios sociales del Gobierno de Cantabria, con la finalidad de ejercer las competencias de provisión de servicios y prestaciones de servicios sociales y la gestión de centros y servicios sociales.

- **Ley de Cantabria 8/2010, de 23 de diciembre, de garantía de derechos y atención a la infancia y la adolescencia.**

Tiene como finalidad la atención integral y protección de la infancia y adolescencia, garantizando a todas las personas menores que se encuentren o residan en Cantabria el ejercicio de los derechos que les reconocen la Constitución Española, la Convención de las Naciones Unidas de Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, la Carta Europea de los Derechos del Niño y el ordenamiento jurídico en su conjunto.

- **Decreto 90/2013, de 26 de diciembre, por el que se integran en el Servicio Cántabro de Salud las funciones y personal de las Unidades de Atención Ambulatoria de Drogodependencias y del Centro de Salud Bucodental, y se establece el procedimiento para la integración del personal funcionario y laboral en la condición de personal estatutario.**

Mediante este decreto las unidades de atención ambulatoria de drogodependencias se integran en las gerencias de atención primaria del Servicio Cántabro de Salud.

- **Decreto 89/2013, de 26 de diciembre, por el que se integran en el Servicio Cántabro de Salud las funciones y personal del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas, y se establece el procedimiento para la integración del personal funcionario y laboral en la condición de personal estatutario.**

Mediante este decreto el Centro de Rehabilitación Psiquiátrica de Parayas se integra orgánicamente en la Gerencia de Atención Especializada de Santander (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla) del Servicio Cántabro de Salud.

