

PLAN DE SALUD MENTAL 2017 - 2021

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN – JUSTIFICACIÓN	4
2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN	21
2.1. PLAN DE SALUD MENTAL 2002 -2010	21
2.2. DEMOGRAFÍA	33
2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	36
2.4. PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DE LA OFERTA SANITARIA	38
2.5. SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DE ARAGÓN	42
2.6. ACTIVIDAD ASISTENCIAL SALUD MENTAL	60
2.7. RECURSOS	73
2.8. FORMACIÓN – INVESTIGACIÓN.....	84
2.9. ASOCIACIONES	88
3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS	92
Línea Estratégica 1: Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL	93
Línea Estratégica 2: Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.....	97
Línea Estratégica 3: Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	105
Línea Estratégica 4: Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL.	110
Línea Estratégica 5: Facilitar un entorno que favorezca el DESARROLLO; AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.....	114
4. PROYECTOS	117
4.1 Proyecto ABORDAJE DEL TRASTORNO MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA	126
4.2 Proyecto ATENCIÓN INTEGRADA A TODOS LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE	132
4.3 Proyecto PROGRAMAS COLABORATIVOS ENTRE APS Y SALUD MENTAL.....	140
4.4 Proyecto ACTUACIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	145
4.5 Proyecto GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADULTOS.....	152
4.6 Proyecto PROCESOS DE REHABILITACIÓN.....	159
4.7 Proyecto TRASTORNO MENTAL EN FASE AGUDA (PROGRAMA SUBAGUDOS).	167
4.8 Proyecto PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A ADICCIONES.	171
4.9 Proyecto GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN INFANTOJUVENIL.	176
4.10 Proyecto ATENCIÓN TEMPRANA.....	180
4.11 Proyecto PSICOGERIATRÍA	183
4.12 Proyecto COORDINACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE AGITADO.	189
4.13 Proyecto PROTOCOLO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA.....	193
4.14 Proyecto SALUD MENTAL EN POBLACIONES ESPECÍFICAS: PERSONAS SIN HOGAR,	

PERSONAS JUDICIALIZADAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL	196
4.15 Proyecto SUFICIENCIA DE RECURSOS.....	201
4.16 Proyecto ESPACIO COLABORATIVO PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS DE TRABAJO COMPARTIDO	208
4.17 Proyecto ESTIGMA	213
4.18 Proyecto SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL.....	221
4.19 Proyecto ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL.....	225
4.20 Proyecto FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.	234
5. MEMORIA ECONÓMICA	237
6. METODOLOGÍA.....	239
7. PARTICIPANTES	242

ACRÓNIMOS Y SIGLAS UTILIZADAS

ACGS	Clasificación de Diagnósticos Ambulatorios.
APS	Atención Primaria de Salud.
CCAA	Comunidades Autónomas.
CIL	Centro de Inserción Laboral.
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos.
EAP	Equipo de Atención Primaria.
EASC	Equipo de Apoyo Social Comunitario.
FP	Formación Profesional.
IACS	Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud.
IASS	Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
IIS Aragón	Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón.
INAEM	Instituto Aragonés de Empleo.
LGTB	Lesbianas, Gays, Bisexuales y personas Transexuales.
NHS	National Health Service (Sistema sanitario público inglés).
OMS	Organización Mundial de la Salud (también WHO)
PIB	Producto Interior Bruto.
PPR	Plan Personal de Recuperación.
SNS	Sistema Nacional de Salud.
TD	Trastorno Disocial.
TGD	Trastorno Generalizado del Desarrollo.
TIC	Tecnología de la Información y de las Comunicaciones.
TLP	Trastorno Límite de la Personalidad.
TMC	Trastorno Mental Común.
TMG	Trastorno Mental Grave.
USM	Unidad de Salud Mental.
USMIJ	Unidad de Salud Mental Infantojuvenil.

1. INTRODUCCIÓN - JUSTIFICACIÓN

Con la publicación de la Ley General de Sanidad¹ la atención a las personas con problemas de salud mental adquiere los principios y características que venían rigiendo en los países de Europa en las décadas anteriores.

En el artículo 20 la Ley describe las líneas generales que modifican radicalmente la marginación de la oferta sanitaria en salud mental:

- Asistencia psiquiátrica en base a un modelo comunitario.
- Desinstitucionalización.
- Integración en la oferta sanitaria general.
- Defensa de los derechos ciudadanos de los pacientes con enfermedad mental.

El desfase temporal del inicio de la reforma en España permitía contemplar los aciertos y errores de experiencias anteriores, dificultades de atender la nueva cronicidad surgida con la desinstitucionalización y la necesidad de nuevas alternativas para afrontarla. Pero se producía en un entorno de cambios radicales en los sistemas sanitarios de occidente que abandonaban la planificación de los servicios enfocados para mejorar la salud y la equidad por la creación de mercados², el gerencialismo y la incorporación de la gestión empresarial^{3,4} a los centros sanitarios.

Los principios recogidos en la Ley General de Sanidad se implantaron con criterios homogéneos aunque con distintos ritmos en todas las Comunidades Autónomas. Los recursos de salud mental dispersos en distintas entidades y administraciones (Diputaciones, Ayuntamientos, Sanidad Nacional...) se integraron en Áreas Sanitarias mayoritariamente en Atención Especializada, con sus ventajas e inconvenientes, garantizándose la integración de unidades de agudos en hospitales generales pero perdiendo la accesibilidad de la Atención Primaria.

¹ Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986 General de Sanidad. BOE número 102 de 29/4/1986.

² Griffiths R. NHS Management inquiry report. London: DHSS (Griffiths Report) 1983

³ Enthoven, A. 1993. *The History and Principles of Managed Competition. Health Affairs, Supplement: 24-48.*

⁴ Saltman RB, von Otter C. *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems (State of Health). Published by Open University Press, 1992*

Los servicios de psiquiatría pasaron a llamarse servicios de salud mental, lo que supuso algo más que un cambio de nombre. La nueva organización priorizó la toma a cargo del paciente por los equipos ambulatorios y el desarrollo de unidades y programas de hospitalización parcial, atención ambulatoria, atención domiciliaria, rehabilitación psiquiátrica y alternativas residenciales a la larga estancia en hospitales psiquiátricos (pisos supervisados, miniresidencias, residencias de salud mental) y se procuró la disminución de camas y el progresivo cierre de estos hospitales psiquiátricos.⁵

A la par que la atención sanitaria a las personas con problemas de salud mental se “normalizaba”, en la oferta general de servicios se modificaba la legislación general que lo marginaba y estigmatizaba privándole de los derechos de ciudadanía. En este sentido se modificó el Código Civil en materia de tutela⁶, la Ley de Protección Jurídica del Menor⁷, la Ley de Enjuiciamiento Civil y el Código Penal.

Supusieron también cambios significativos y orientados a los nuevos objetivos: la modificación de la formación del médico residente en psiquiatría, la creación de las especialidades de psicología clínica y de enfermería en salud mental, que reflejaban la necesidad de una formación específica de los profesionales y de una atención interdisciplinar.

En el marco de la Unión Europea, la Conferencia de Helsinki, celebrada en Enero de 2005 bajo el lema “*Enfrentando desafíos, construyendo soluciones*”⁸, los y las representantes de los Ministerios de Salud de los 52 estados participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental. Esta Declaración considera la salud mental como una prioridad sanitaria, económica y social, y en consecuencia, insta a los sistemas sanitarios europeos a formular estrategias en salud mental, que integren la promoción y prevención de los factores determinantes y de riesgo asociados a los trastornos mentales, las intervenciones terapéuticas, la rehabilitación, los cuidados y el apoyo social, potenciando la atención comunitaria y las redes integrales de cuidados estableciendo la necesidad de profesionales competentes en las áreas citadas y

⁵ Desviat M. *La Reforma Psiquiátrica*. Rev Esp Salud Pública 2011, Vol. 85, N.º 5

⁶ Ley 13/1983, de 24 de octubre, de Reforma del Código Civil en materia de tutela. «BOE» núm. 256, de 26 de octubre de 1983, páginas 28932 a 28935

⁷ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor. BOE de 17 de Enero de 1996

⁸ *Enfrentando desafíos, Construyendo soluciones Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental Helsinki, Finlandia, 12-15 Enero 2005*

trabajando eficazmente para reducir el estigma asociado a la persona que sufre una enfermedad y su entorno familiar. Al mismo tiempo se reconoce la experiencia y conocimiento de los usuarios, de los servicios y de sus cuidadores, como base importante para la planificación y desarrollo de servicios de salud mental.

Siguiendo los compromisos fijados en Helsinki, y en respuesta a la evolución de las necesidades específicas en salud mental de la región europea, la Oficina Regional de la OMS para Europa ha desarrollado el Plan de acción europeo sobre salud mental (2013-2020)⁹. Este Plan complementa el Plan global de salud mental de la OMS para Europa y es coherente con los objetivos del marco político europeo sobre salud y bienestar (Salud 2020). También se adhiere a la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidades (2008) e incorpora las conclusiones del Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar firmado el 2008 (Organización Mundial de la Salud).

Este Plan, tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación. Asimismo, establece acciones claras para los Estados Miembros, la Secretaría y los asociados a nivel internacional, regional y nacional, y propone indicadores y metas clave que se pueden utilizar para evaluar la aplicación, los progresos y el impacto. En el núcleo del plan de acción se encuentra el principio mundialmente aceptado de que *“no hay salud sin salud mental”*.

El plan de acción se basa en seis principios y enfoques transversales:

- Acceso y cobertura universales: independientemente de la edad, sexo, posición social, raza, etnia u orientación sexual, y de acuerdo con el principio de equidad, las personas con trastornos mentales deberán poder acceder, sin riesgo de empobrecimiento, a servicios de salud y sociales, que les permitan recuperarse y gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr.

⁹ Mental Health Action Plan 2013 – 2020. World Health Organization. 2013

- Derechos humanos: las estrategias, acciones e intervenciones terapéuticas, en materia de salud mental, deben ajustarse a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y a otros instrumentos de derechos humanos.
- Práctica basada en evidencias: las estrategias e intervenciones terapéuticas, en materia de salud mental, tienen que basarse en pruebas científicas y/o en prácticas óptimas, teniendo en cuenta consideraciones de carácter cultural.
- Enfoque que abarque la totalidad del ciclo vital: las políticas, planes y servicios de salud mental han de tener en cuenta las necesidades sanitarias y sociales en todas las etapas del ciclo vital: lactancia, infancia, adolescencia, edad adulta y ancianidad.
- Enfoque multisectorial: la respuesta integral y coordinada con respecto a la salud mental requiere alianzas con múltiples sectores públicos, tales como los de la salud, educación, empleo, justicia penal, vivienda, social, etc.
- Emancipación de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales: las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales deben emanciparse y participar en la promoción, las políticas, la planificación, la legislación, la prestación de servicios, el seguimiento, la investigación y la evaluación en materia de salud mental.

El Consejo Interterritorial aprobó en el año 2006 la primera Estrategia de Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud¹⁰. Estas estrategias se enmarcan en un modelo comunitario de atención, estableciendo como principios básicos la autonomía de las personas, la continuidad de la atención sanitaria y de rehabilitación, la accesibilidad a los servicios, la comprensividad a través de la especificación y territorialización de los servicios, la equidad, la calidad, la recuperación tanto de los aspectos clínicos como de los de autonomía de las personas y la responsabilidad de las instituciones sanitarias frente a estos principios y valores.

¹⁰ *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007*

Esta estrategia fue evaluada¹¹ y adaptada para el periodo 2009 - 2013¹². En la evaluación se constató que el grado de implantación era muy diverso y escaso, excepto tres objetivos que fueron plenamente logrados, y uno que ni siquiera fue iniciado, los restantes se situaron entre iniciado y parcialmente logrado en una escala de cuatro puntos (objetivo no iniciado, objetivo iniciado, objetivo parcialmente logrado y objetivo logrado). En el nuevo documento se incluían las nuevas evidencias, ejemplos de buenas prácticas, la redefinición de algunas estrategias y objetivos y la incorporación de indicadores para su seguimiento.

Actualmente y tras una nueva evaluación realizada en 2015¹³ está pendiente de aprobación el documento que establece las estrategias y objetivos para el periodo 2015 - 2019¹⁴ que como nuevas aportaciones recoge la prevención del suicidio, la atención e intervención con las familias, la mejora de los sistemas de información, la autonomía y los derechos del paciente o la participación de los agentes e instituciones.

En el documento de Evaluación de la Estrategia (2009) se especifica que los objetivos logrados se refieren a aspectos relacionados con la participación, la formación de los profesionales y la investigación. Ninguno de los objetivos relacionados con la población o con la atención a los usuarios fue clasificado como logrado. Uno de ellos (el objetivo específico 6.2. *“Las Comunidades Autónomas establecerán un marco general que determine la implicación y el papel de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia en las personas con dependencia por enfermedad mental”*) se reconoce, a pesar de su importancia, por todas las CCAA como no iniciado.¹⁵

El desarrollo de estrategias de salud por parte del Ministerio responsable de sanidad supone, en el mejor de los casos, una priorización de las necesidades y un abanico de recomendaciones y objetivos que son difundidas a la sociedad, entidades, sociedades

¹¹ Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2009.

¹² Estrategia en Salud Mental Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid 2011.

¹³ Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015.

¹⁴ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Actualización 2015/19. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2015.

¹⁵ de Pedro Cuesta J. et al. Salud mental y salud pública en España: vigilancia epidemiológica y prevención. *Psiquiatr. Biol.* 2016;23(2):67-73.

científicas y Comunidades Autónomas pero que debido a la falta de competencias y financiación finalista no incide de forma significativa en la política y gestión de las Comunidades Autónomas. Incidencia todavía menor en el caso de la salud mental en el que se requieran acciones interdepartamentales. Como ejemplo puede observarse la escasa o nula aplicación de la Ley de Dependencia a las personas con trastornos de salud mental, una nueva manifestación de exclusión sobre medidas generales y normalizadas para el resto de ciudadanos.

En este marco de reformas y a la hora de plantearse las ideas, objetivos y actuaciones a proponer y realizar en el nuevo Plan de Salud Mental en Aragón, sería necesario, aunque sea sólo someramente, analizar cuáles han sido los logros alcanzados, los problemas o efectos no deseados de los cambios que se han ido produciendo y las prioridades a abordar.

Con toda seguridad no todos los análisis serán coincidentes y responderán a las distintas visiones o paradigmas que se tenga del trastorno mental y en último lugar de la narrativa que permite comprender la naturaleza del ser humano.

Posturas holísticas basadas en concepciones antagónicas: conductismo, psicoanálisis, antipsiquiatría, cognitivism, etc., expresan juicios divergentes sobre cómo conseguir el bienestar de las personas con problemas mentales. Desde opiniones que cuestionan la psiquiatría institucional y sus efectos al tratar aquello que establece como no normal¹⁶, hasta aquellos que responden que *“cualquier modelo requiere validarse y tener cualidades precisas: objetividad, fiabilidad, ser susceptible de verificación experimental, formalización de sus teorías y su aplicabilidad, que en el campo de la salud mental implica una imprescindible necesidad de ser operativo en la clínica”*¹⁷.

Según un informe de la London School of Economics and Political Science¹⁸ las reformas emprendidas tienen tres componentes principales: El traslado de enfermos desde los centros psiquiátricos a la comunidad, la implicación de los hospitales generales y el despliegue de servicios comunitarios alternativos.

¹⁶Whitaker, R., Cosgrove L *Psychiatry Under the Influence Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform*. Palgrave Macmillan; Edición: 2015.

¹⁷Capellá A. (2001). *Modelos paradigmas en salud mental*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 80, 425-427.

¹⁸Medeiros H, McDaid D, Knapp M and the Mheen Group. *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and Opportunities*. London School of Economics and Political Science January 2008.

El informe analiza las dificultades que los países de Europa han tenido que superar para implantar las reformas a partir de la Ley italiana de 1978 que exigía el cierre de los centros psiquiátricos de internamiento. Las conclusiones son positivas para los resultados de estos cambios aunque también describe nuevos problemas y situaciones que hay que reconducir. En síntesis las razones para mantener y profundizar en estrategias comunitarias serían las siguientes:

- Mejora la accesibilidad de los pacientes a los servicios.
- Mejora la satisfacción de los pacientes.
- Ajusta los servicios a las necesidades reales.
- Mejora el *continuum* asistencial.
- Mejora la adherencia al tratamiento.
- Reduce la estigmatización.
- Promueve la rehabilitación.
- Estabiliza los síntomas con más facilidad.

Algunos trabajos^{19,20} que analizan de forma rigurosa la atención a pacientes crónicos parecen demostrar la efectividad y un mejor coste/resultados cuando están basados en estrategias comunitarias. Algunas recomendaciones son las siguientes:

- Desarrollo de servicios comunitarios de salud mental.
- Integración de los servicios de salud mental en la atención primaria.
- Acceso equitativo a una evaluación y tratamiento adecuados de las condiciones de salud física.
- Desarrollo de la red psicosocial: incluyendo instalaciones de vivienda, actividades profesionales y de ocio, programas de rehabilitación vocacional y otras actividades que son necesarias para promover la inclusión social.
- Desarrollo de servicios institucionales especializados para aquellos con necesidades más complejas.
- Capacitación del personal de salud mental.

¹⁹ Caldas JM, Killaspy H. Long-term mental health care for people with severe mental disorders. European Union 2011.

²⁰ Killaspy H et al. Quality of care and its determinants in longer term mental health facilities across Europe; a cross-sectional analysis. BMC Psiquiatría 2016.

- Lucha contra el estigma y la exclusión social: incluida la difusión de información.
- Apoyo a las familias.
- Participación de usuarios de servicios y cuidadores en todos los aspectos de la atención.

Hasta qué límite deben seguir reduciéndose camas de larga estancia en hospitales psiquiátricos es otra de las cuestiones en discusión.²¹ Aunque no hay conclusiones definitivas las experiencias parecen recomendar que una mezcla bien diseñada de servicios comunitarios con servicios institucionalizados según complejidad pudiera ser una decisión acertada.

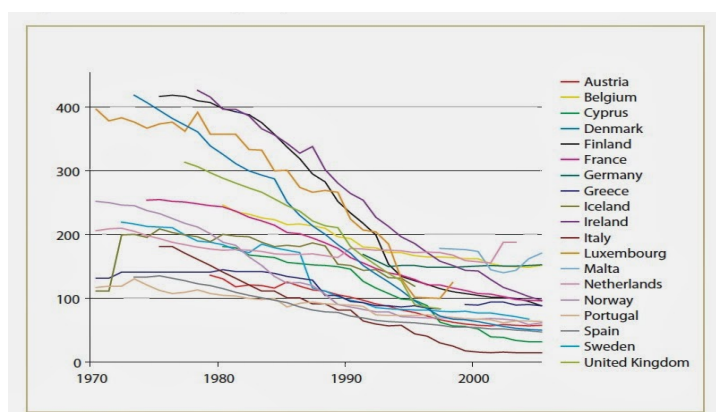


Figura 1. Disminución del número de camas psiquiátricas. European health for all database

Junto a estas consideraciones sobre la atención a la salud mental deben tenerse en cuenta algunas cuestiones planteadas en los **servicios sanitarios generales** y que inciden especialmente en el campo de la salud mental.

La participación de los pacientes²² en el diseño de proyectos asistenciales es el recurso más importante del que se dispone para mejorar la calidad de la atención, la colaboración de los pacientes representa una reconceptualización radical de su papel, debiéndose estructurar su participación en todas las etapas de su proceso.

Según la European Network on Patient Empowerment (ENOPE)²³, un paciente activo es aquel que:

²¹Tyrer P. Has the closure of psychiatric beds gone too far? Yes. *BMJ* 2011;343:d7457.

²²Glenn, Robert. (2015). Patients and staff as health care codesigners. *BMJ*, 350, 7714.

²³<http://www.enope.eu/patient-empowerment.aspx>

- Entiende su estado de salud y su efecto en su cuerpo.
- Se siente capaz de participar en la toma de decisiones con sus profesionales de la salud. Se siente capaz de tomar decisiones informadas sobre el tratamiento.
- Comprende la necesidad de hacer los cambios necesarios a su estilo de vida para la gestión de su condición.
- Capaz de desafiar y hacer preguntas a los profesionales de la salud que prestan su cuidado.

En los servicios sanitarios, más en los de salud mental, la relación tradicional entre el paciente y los profesionales se ha basado en la supremacía de los conocimientos de los facultativos, el “hacer lo mejor para el paciente” pero sin conocer sus preferencias ni adaptarse a sus características individuales. Los profesionales se hacían cargo de toda la toma de decisiones, de sus propias responsabilidades y de las del paciente, manejando casi con exclusividad una información que no sólo les afectaba a ellos. El paternalismo o el despotismo científico han guiado la relación con los pacientes históricamente, situando al paciente en una posición de total dependencia representando un papel pasivo en el cuidado de su salud.

Entre los profesionales sanitarios perviven actitudes paternalistas y de resignación respecto a la recuperación de las personas con enfermedad mental, presentando sólo una actitud moderadamente favorable a la información y participación de los pacientes.²⁴

En la participación de los pacientes es imprescindible contar con las asociaciones de familiares, ya de larga tradición en España, y que asumen en general las reformas comunitarias. Mayor relevancia sería todavía contar con asociaciones de pacientes que participaran en las decisiones de planes, estrategias, guías..., todavía por desgracia escasas y que pone de relieve la marginación y estigmatización de estas personas.

La continuidad de la asistencia es una de las variables con peor valoración en las evaluaciones que se realizan del Sistema Nacional de Salud²⁵ y en especial en los procesos crónicos. En este caso la todavía mayor fragmentación de la asistencia entre

²⁴Gómez M. *La participación de los usuarios, ¿qué opinan los profesionales?* En Carmona, J. y Noriega, F. (eds.) (2009), *Gestión Clínica en Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría.*

²⁵Kringo DS. *Building primary care in a changing Europe WHO Regional Office for Europe. 2015.*

distintos dispositivos sanitarios e instituciones obliga a considerar medidas que garanticen la coordinación entre los profesionales y la disponibilidad de la información clínica y social.

En 2013, The Lown Institute convocó una conferencia desde la que se impulsó el movimiento **Right Care Alliance**²⁶, promovido por Shannon Brownlee a partir de la publicación de *Overtreated*²⁷ que, en su capítulo uno, recoge la siguiente afirmación: *“la mayoría de prácticas clínicas no han sido nunca contrastadas científicamente, cuando alguien ha metido la nariz, ha resultado que muchas de ellas no ofrecían un buen balance entre daños y beneficios”*.

Un extracto de la declaración promovida por The Lown Institute contendría los siguientes puntos:

- La medicina moderna ofrece beneficios importantes pero, al mismo tiempo, también tiene una gran capacidad de provocar daños.
- El uso exagerado de los servicios está muy extendido y tácitamente aceptado por el sistema sanitario moderno.
- El uso exagerado expone a los pacientes a yatrogenias.
- El uso exagerado distrae recursos que podrían ser empleados en necesidades sanitarias reales o en inversiones en otros sectores no sanitarios que influyen en la salud de las personas como servicios sociales, educación, nutrición, etc.
- La industria del sector sanitario puede distorsionar las decisiones clínicas, hasta el extremo de traicionar la confianza de los pacientes.

Durante los últimos años, diversas entidades y asociaciones han promovido iniciativas en este sentido: Choosing Wisely, Do not do recommendations NICE, Too much medicine British Medical Journal, Less is more JAMA Network, Mayo Clinic Proceedings, Value-Based Health Care Harvard Business Review, Proyecto Essencial AQuAS...

²⁶<http://rightcarealliance.org/about/>

²⁷*Overtreated - Why too much Medicine is Making us Sicker and Poorer. Shannon Brownlee. Bloomsbury Publishing 2007.*

La incorporación de nuevos diagnósticos, la dificultad para soportar el malestar y la soledad a la vez que el incremento del arsenal de medicamentos facilita el sobrediagnóstico y la polimedicación en el campo de la salud mental.

Por ejemplo, en el informe de la Agencia de Tecnología OSTEBA²⁸ se concluye sobre el TDA/H que la preocupación social y sospecha diagnóstica por el TDA/H se ha extendido desproporcionadamente más allá de su incidencia real, a pesar de la abundancia de investigación sigue sin existir consenso en muchos de los aspectos que conforman este trastorno, se difunde que su causa es exclusivamente neurológica y determinada genéticamente y va en detrimento del criterio que acepta la multifactorialidad etiológica y la recomendación de considerar el abordaje farmacológico como parte, no siempre prioritaria ni imprescindible, de un tratamiento integral que debe incluir siempre otras medidas terapéuticas y con frecuencia no se siguen las recomendaciones sanitarias más básicas y prudentes en cuanto a la prescripción de metilfenidato, como son las de la AEMPS, y a que se realizan prescripciones fuera de las indicaciones autorizadas (*offlabel*).

En el mismo sentido podrían interpretarse el aumento de diagnósticos relacionados con patología afectiva y el incremento en el consumo de psicofármacos.

Como se demuestra en distintos estudios²⁹ los problemas de salud mental no se distribuyen homogéneamente en la población. En España un 16% de hombres y un 27% de mujeres presentan riesgo de mala salud mental, presentando un claro gradiente según clase social. En hombres representa el 12% de los de clase I y aumenta progresivamente a 18% en los de clase V; en mujeres varía del 19% en las de clase I a 32% en las de clase V, siendo siempre superior a los hombres. También se muestran desigualdades según el país de origen, se observan grandes diferencias en hombres de clases favorecidas, del 5% en hombres de países ricos hasta el 22% en hombres de países pobres; y en mujeres de clases desfavorecidas, del 19% en mujeres de países ricos hasta el 31% en el caso de mujeres de países pobres.

²⁸ Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C. Evaluación de la situación asistencial y recomendaciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA Nº 2007/09.

²⁹ Borrell C, Artazcoz L. Políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008;22 (5):465-73.

Sin embargo son las clases menos favorecidas y grupos marginados como transeúntes, indigentes, población reclusa... las que más dificultades presentan para acceder a los servicios sanitarios y la continuidad de la asistencia. La atención a la salud mental está sufriendo importantes **desajustes en la equidad**.³⁰

En algunos estudios³¹ realizados sobre la crisis económica se observa cómo exacerba los problemas de salud mental y las tasas de suicidio, compensándose, en parte, estos efectos según el entorno social y económico. Los profesionales de atención primaria están en una posición clave para la promoción de actividades sociales y fortalecer las redes sociales en la comunidad.

Sirvan estas primeras páginas para enmarcar de forma general los antecedentes, los resultados, incógnitas y desafíos en los que se plantea el Plan de Salud Mental para Aragón, planificación que, por otra parte, sienta las bases para la colaboración entre Departamentos del Gobierno de Aragón y de otras administraciones para generar en un futuro planes más integradores y transversales, que éste, circunscrito al ámbito sanitario casi exclusivamente.

Este nuevo Plan mantiene en su redacción la habitual estructura, común a documentos similares de otras Comunidades Autónomas, de:

- Introducción y justificación.
- Análisis de la situación actual.
- Líneas estratégicas y objetivos.

A esta planificación se incorporarán una serie de proyectos destinados a materializar intervenciones orientadas según los objetivos planteados. Éstos se acompañan de cronograma, recursos humanos, materiales e infraestructuras, e indicadores para la evaluación.

El documento final debe recoger estos proyectos, pero también debe permitir la incorporación de otros nuevos así como la reformulación de los primeros según sus evaluaciones. Se trata, en definitiva, de un documento dinámico, flexible, que se irá

³⁰<https://crazywisefilm.com/2015/09/09/dr-allen-frances-overdiagnosis/>

³¹Fernández A et al. *British Journal of General Practice*, March 2015.

reescribiendo en función del cumplimiento de objetivos planteados y de los que se vayan planteando.

Los proyectos, de forma individual o agrupados por áreas temáticas, serán seguidos por un grupo de trabajo, que asegure la participación constante y el máximo consenso con los profesionales que vayan a implementarlos, con los usuarios y sus familiares y con los responsables de la gestión.

La metodología propuesta para su elaboración incluye la máxima participación posible desde los usuarios y familiares, asociaciones, entidades concertadas, profesionales, servicios sociales, y desde otros ámbitos relacionados con la salud mental.

2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

2.1. PLAN DE SALUD MENTAL 2002 -2010

La articulación y regulación del Sistema Nacional de Salud, por medio de la Ley General de Sanidad, y la descentralización del Estado con la progresiva transferencia de la competencia en sanidad a las Comunidades Autónomas, constituyen el punto de partida y el marco que han permitido el desarrollo de la atención a la salud mental en las última décadas.

En el año 2002, tras las transferencias de la asistencia sanitaria a la Comunidad de Aragón, se elaboró el Plan de Salud Mental³² para el periodo 2002 - 2010, Plan que ha supuesto un paso muy importante en la evolución de la atención a la Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Aragón ya que sentó las bases de la atención a la Salud Mental en Aragón, permitiendo dirigir un verdadero tránsito de un sistema basado en un modelo tradicional, centrado en la hospitalización como eje central de la intervención, para evolucionar hacia un modelo de atención comunitaria basado en la potenciación de los recursos asistenciales de tipo ambulatorio, capaces de atender los problemas de salud mental en el propio entorno social donde vive el individuo, reconociendo los factores psicosociales y sociales que inciden en el proceso de enfermedad y en el curso y evolución del trastorno. Para ello se establecieron unas prioridades estratégicas que permitirían extender el nuevo modelo de atención a la Salud Mental a todo el ámbito de la Comunidad.

Siendo necesario valorar la ejecución y puesta en práctica de los avances del Plan de Salud Mental de Aragón se realizó su evaluación el año 2011 y, a pesar de haber transcurrido seis años sin que se hayan dado a conocer sus resultados, seguramente algunas de sus conclusiones y recomendaciones pueden seguir siendo vigentes.

La evaluación del Plan analiza las prioridades presentadas y distribuidas en 8 líneas estratégicas, un entramado de dispositivos para los que se establecen los estándares de recursos que deben estar disponibles por número de habitantes, y finalmente una

³² *Plan Estratégico 2002 -2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Consejería de Salud, Consumo y Servicios Sociales. Noviembre 2002.*

serie de actuaciones prioritarias que en la práctica son objetivos de estructura y recursos considerados idóneos.

Los resultados más significativos de la **evaluación del Plan Estratégico 2002-2010** y de sus ocho líneas estratégicas y sus objetivos correspondientes han sido las siguientes:

Línea Estratégica 1:

Potenciación de la atención comunitaria y promoción de la Salud Mental

- La promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales deben ser entendidas como enfoques conceptualmente distintos pero relacionados entre sí.
- La promoción de la Salud Mental, a pesar de la importancia que conceptualmente se le adjudica, es una de las líneas menos desarrolladas en los sectores. Incluso, existen diferencias en cuanto al concepto y/o de conocimiento sobre el significado de la Promoción de la Salud y el papel que debe desempeñar en el conjunto de las acciones de la Unidad de Salud Mental. La estrategia de diseño y ejecución de los programas de promoción y prevención de la Salud Mental se enfrenta a la fragmentación de responsabilidades y a la falta de directrices comunes desde y sobre qué tipo de acciones es preciso realizar, quién debe ejecutarlas y cómo deben ser llevadas a cabo. Esa falta de estrategia tiene como consecuencia:
 - Falta de información intersectorial (educación, atención a adicciones, servicios sociales), desconociéndose en cada uno de estos ámbitos la aportación que cada sector puede dar en beneficio de la asistencia sanitaria al TMG.
 - Insuficiente coordinación de todos los servicios del Sistema de Salud y de Rehabilitación implicados en el abordaje de los trastornos mentales.
- La prevención indicada de los trastornos mentales tiene como objetivo la reducción de los síntomas y en última instancia, de los trastornos mentales. Ésta utiliza estrategias de promoción de la salud mental como uno de los medios para

lograr estos objetivos. Las premisas para la implantación de un programa de prevención en Salud Mental deberían ser:

- Los trastornos mentales tienen múltiples determinantes.
- Una prevención efectiva puede reducir el riesgo de padecer trastornos mentales.
- La implantación de programas de prevención será guiada por la evidencia disponible.
- Los programas y políticas exitosos deberán ser ampliamente difundidos.
- Una prevención efectiva requiere vínculos intersectoriales (vivienda, empleo, servicios sociales, educación, justicia, etc.).
- Resulta necesario desarrollar un sistema integral y accesible de bases de datos que provean información de los programas y políticas basada en la evidencia, de sus resultados y de las condiciones que son necesarias para realizar una implantación efectiva.

En cuanto a la situación de la promoción de la salud en los distintos sectores sanitarios, en los sectores de Zaragoza II, Huesca, Barbastro, Teruel y Alcañiz no se realiza prácticamente ninguna acción de esta naturaleza. El sector Zaragoza I realiza acciones en el medio familiar y asesoría educativa. El sector de Calatayud también describe actuaciones en varios ámbitos. En el nivel operativo, se ha podido comprobar:

- Falta de tiempo y de percepción por parte de muchos profesionales de la importancia de desarrollar Programas de Prevención en los 3 niveles: universal, selectiva e indicada.
- Ausencia de programas específicos en áreas de especial interés en salud mental: infancia, adolescencia, adicciones, psicogeriatría.
- Insuficiente desarrollo comunitario (poca participación de las organizaciones de usuarios).

Por tanto, el nivel de desarrollo de esta línea estratégica en la Comunidad Autónoma no está en consonancia con la importancia de la prevención en el ámbito de la salud pública. Faltan objetivos definidos y programas de actuación especialmente en prevención selectiva y prevención indicada por lo que el nuevo plan de salud mental debería realizar propuestas en este sentido.

En cuanto al desarrollo de acciones encaminadas a la coordinación entre las USM y los equipos de atención primaria, se constata que no existe una coordinación específica entre ellos, ni lo facilitan los sistemas de información.

En la revisión de líneas de formación e investigación se observa que no está sistematizada en todos los sectores una formación específica en detección temprana de trastornos mentales, de la que se beneficiarían pediatras y médicos de atención primaria. Sí que es más generalizada la realización de reuniones y sesiones clínicas de forma periódica, aspecto clave para el buen funcionamiento del proceso asistencial y la correcta transmisión de los objetivos institucionales.

En cuanto a la coordinación con otras Instituciones de cuya intervención se realiza únicamente de forma puntual a demanda de una de las partes pero no hay mecanismos de colaboración estables.

Para mejorar la accesibilidad a las USM y aspectos citados anteriormente, se hace imprescindible intervenir en la coordinación entre atención primaria y salud mental, en la implantación de un adecuado sistema de información y, previamente, reorganizar la dependencia de profesionales de enfermería especialista en salud mental y psicología clínica en las USM.

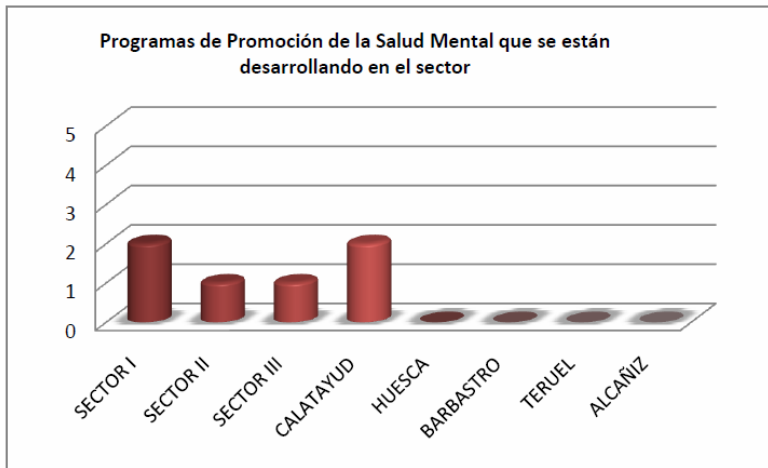


Tabla 1

Línea Estratégica 2:

Creación de una red de dispositivos sociosanitarios de Salud Mental.

- Se han obtenido avances importantes en la disponibilidad de recursos, especialmente en las provincias de Huesca y Teruel. Siendo el Sector II el que necesita un aumento de camas en la Unidad de Corta Estancia.
- Una gran parte de la rehabilitación está a cargo de Instituciones sin ánimo de lucro concertadas, siendo esencial la colaboración entre éstas y el Sistema Público de Salud, dependiendo la calidad de esta relación de la actitud de los profesionales para hacer fluir la información necesaria en el itinerario asistencial. (Tabla 2)

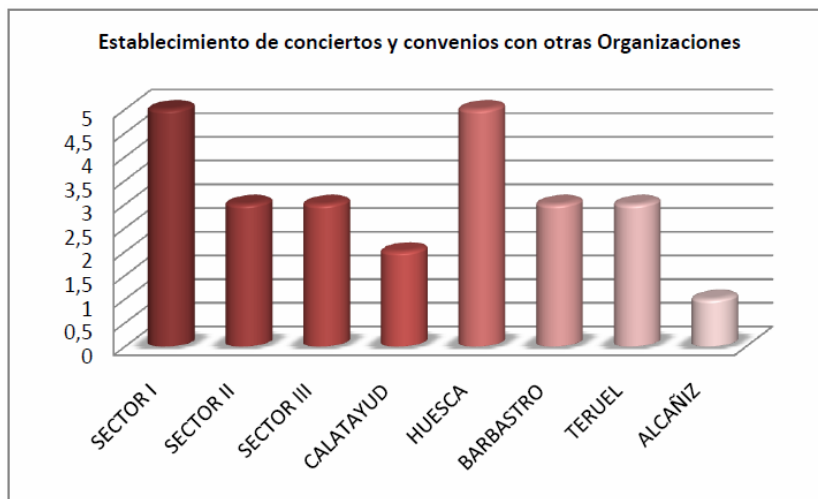


Tabla 2

- Los centros que gestionan las Asociaciones o Fundaciones adjudicatarias, cumplen correctamente su misión realizando una atención adaptada a las necesidades de la población asignada.
- Se ha realizado un esfuerzo apreciable de transformación de las Unidades de hospitalización de agudos convencionales en Unidades de Corta Estancia y en la conversión de las consultas externas hospitalarias en Unidades de Salud Mental que constituyen el eje del modelo comunitario de atención a la salud mental en la actualidad.
- Se han transformado los antiguos hospitales psiquiátricos en un modelo de hospitalización permeable de media y larga estancia en el que se respetan los derechos de las personas

Línea Estratégica 3:

Reorganización de la atención psiquiátrica hospitalaria

- Durante el estudio del desarrollo de la línea estratégica número 1, “Desarrollo de criterios claros y protocolos escritos de derivación de los pacientes a otros niveles asistenciales”, ha quedado en evidencia que la derivación de pacientes entre atención primaria y las USM presenta una gran variabilidad.
- La derivación de pacientes a UME y ULE se decide a través de las subcomisiones de Sector y se ratifica en la Comisión de Ingresos a nivel autonómico, en estas comisiones están representados todos los Sectores, por su correspondiente coordinador y todas las entidades concertadas.
- No existen Unidades para la atención a pacientes refractarios. Un Centro Autonómico para pacientes de estas características es reclamado por la gran mayoría de los profesionales de la especialidad.
- No existe un censo de pacientes con TMG que se corresponda con los integrados en la red de rehabilitación. Sería aconsejable disponer de un registro de pacientes con TMG a través de un Sistema de Información común.
- Programas estructurados de Psiquiatría de enlace existen únicamente en los tres sectores de la ciudad de Zaragoza.

Línea Estratégica 4

Integración social del enfermo mental

- Uno de los objetivos para el desarrollo esta estrategia son el conjunto de programas de soporte para el mantenimiento de la persona con TMG insertada en su medio familiar y social. Para que esta segunda parte de la atención sanitaria pueda finalizar en un verdadero proceso de integración social son precisos determinados recursos bajo la fórmula de desarrollo de programas y estructuras: Centros ocupacionales, Programas de empleo protegido, Programas de acompañamiento, respiro o atención domiciliaria, de soporte comunitario a personas con enfermedad mental crónica y de atención domiciliaria para pacientes con enfermedad mental crónica.

- Las acciones de apoyo a las familias con asesoramiento, formación y psicoeducación son de momento limitadas.

Línea Estratégica 5

Atención prioritaria a colectivos de riesgo

La atención de salud mental a la población Infantojuvenil:

- Se realiza de forma desigual en los distintos sectores, el sector Calatayud no dispone de USM Infantojuvenil.
- Resulta de gran importancia la coordinación interinstitucional en este colectivo por la especial relevancia y las implicaciones de esta población en edad escolar con el sistema educativo, social y judicial.
- El centro de día infantojuvenil no resuelve necesidades específicas para personas de fuera de Zaragoza, ni para aquellos casos graves que precisan un tratamiento más intensivo; sería necesario implantar recursos que permitan una atención en régimen residencial.

La atención a personas con adicciones:

- El sistema de atención a las adicciones está completamente separado de la atención a la salud mental y está encuadrado en otra red de prestación de servicios, y existen dificultades en la relación entre ambos sistemas, máxime cuando se comparten intervenciones como la atención a la patología dual, en utilización de recursos, hospitalizaciones o la atención a pacientes menores de edad, entre otras.

La atención a pacientes sometidos a procesos penales:

- Se encuadra en el Programa para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) y en consultas en centros penitenciarios, en ellos colaboran psiquiatras del sector Zaragoza II.

- Existen carencias como la regulación de estas colaboraciones, la coordinación que asegure continuidad asistencial, y la atención a pacientes refractarios, ya que no se dispone de un recurso de hospitalización para este perfil.

La atención en psicogeriatría:

- Se observa un creciente prevalencia de cuadros específicos en personas mayores cómo: deterioro cognitivo, depresión del anciano y situaciones complejas socio-sanitarias (pérdida de autonomía, abandono...). Una alternativa interesante para paliar esta situación debería estar encaminada al establecimiento de una coordinación complementaria con las residencias del IASS, con una colaboración entre ambas prestaciones que sitúe a los pacientes como destinatarios de adecuadas intervenciones sanitarias y sociales.

Línea Estratégica 6

Sistema de Información de Salud Mental

- Salvo en el caso de los Hospitales con el sistema de información específico del Hospital, las USM carecen de un modelo de sistema de información y del software y el hardware para poderse comunicar con los Hospitales, la Atención Primaria y el resto de servicios concertados.
- Carencia de un sistema de información de Salud Mental unificado para la Comunidad Autónoma que responda a las necesidades de información:
 - Historia Clínica unificada e informatizada.
 - Número de ingresos psiquiátricos del Sector en UCE con CMBD.
 - Informes altas psiquiátricas UCE y urgencias.
 - Gasto farmacéutico de la USM.
 - Información epidemiológica sobre incidencia y prevalencia sobre el TMG y TMC (ejemplo: censo de TMG, fallecimientos ocurridos en el Sector con Trastorno Mental y por suicidio).
 - Gestión de agendas.

- Actividad de los diferentes dispositivos.
- Creación de nuevos indicadores más ajustados a la realidad de la atención a la salud mental.

Línea Estratégica 7

Política de Calidad

- Las peculiaridades de una red de salud mental heterogénea y con carencias en sistemas de información, dificultan las políticas de calidad que incluyan la perspectiva del usuario.
- El contrato de gestión clínico asistencial transmite desde los servicios centrales directrices sobre objetivos y estrategias. Muchos de los profesionales (psicólogos y profesionales de enfermería) tienen una dependencia y objetivos distintos de los anteriores al pertenecer a un nivel de atención distinto.

Línea Estratégica 8

Reactivación del compromiso institucional con los profesionales

- En todos los sectores existen comisiones, sesiones o foros de discusión.
- La parte más débil de la formación se encuentra en la Formación Continuada especialmente de personal sanitario no médico (psicólogos, personal de enfermería, trabajadores sociales) que tienen poca oferta de programas de formación continuada especializada en salud mental.

LAS CONCLUSIONES GENERALES SON LAS SIGUIENTES:

Necesidad de integrar el Sistema de atención a la Salud Mental en la Atención Especializada.

La orientación comunitaria de la salud mental no está en contradicción con su dependencia de la Atención Especializada. La atención a la Salud Mental se ha situado hasta la fecha en una posición intermedia que ha limitado considerablemente su desarrollo. Este posicionamiento ambiguo ha privado a los dispositivos de Salud Mental de alcanzar un desarrollo armónico con el resto de la cartera de servicios y de disponer de algunos instrumentos organizativos imprescindibles para la práctica clínica, como el poder disponer de un sistema de información, que sin embargo, está totalmente implantado en Atención Primaria y Especializada.

Definir claramente las funciones directivas y de coordinación.

Uno de los problemas provocados por la heterogeneidad de los profesionales e instituciones implicados en la atención a la Salud Mental es la gran dificultad existente para ejercer el liderazgo y hacer llegar el mensaje de los contratos de gestión y de los objetivos del Plan Estratégico a muchos profesionales que trabajan aislados en unidades que no tienen responsable, o en sectores donde no hay un liderazgo definido.

La dirección de salud mental necesita una estructura apropiada en recursos humanos para desarrollar la capacidad operativa y ejercer el liderazgo que le corresponde.

La figura del coordinador (no los coordinadores) presenta una gran debilidad a la hora de ejercer el liderazgo, o no aparecen claras las funciones entre las jefaturas de servicio y coordinaciones, por lo que se deben buscar soluciones alternativas que aseguren adecuadamente la coordinación intra e interinstitucional entre los diferentes dispositivos tanto de salud mental como de Atención Primaria.

Desarrollo del Sistema de Información.

Sin sistema de información no es posible conocer el perfil de los pacientes ni realizar los estudios descriptivos imprescindibles para conocer la situación epidemiológica del sector. Todas las USM tienen la Historia Clínica en soporte papel.

Proceso Asistencial de Atención al Trastorno Mental Grave.

No se ha podido identificar un proceso de atención al Trastorno Mental Grave definido y uniforme para toda la Comunidad Autónoma de Aragón. Esta carencia provoca la variabilidad en el proceso asistencial no sólo a nivel de Sector, sino también a nivel de la Unidad de Salud Mental. En muchos casos el itinerario del paciente también es diferente incluso a nivel del profesional.

Proceso Asistencial de Atención al Trastorno Mental Infantojuvenil.

La atención al Trastorno Mental Infantojuvenil no se ha desarrollado de acuerdo a las expectativas de los profesionales y a las necesidades de la población. Este tipo de oferta de Servicios es considerada por los principales involucrados en la prestación de servicios de Salud Mental como la prioridad absoluta para el desarrollo de nuevas acciones y el fortalecimiento de las ya existentes. La detección temprana del trastorno mental en este grupo de población es un elemento esencial para mejorar la evolución y reducir los impactos personales y sociales del mismo.

Proceso asistencial de Atención al Trastorno Mental Común.

La demanda de atención al trastorno mental común ha crecido enormemente a lo largo de estos años provocando una gran presión en Atención Primaria y a su vez una gran cantidad de derivaciones a la USM con las consiguientes demoras en la atención en éstas últimas. Prácticamente todos los profesionales consultados consideran la *psiquiatrización* de los problemas comunes y la disminución de la tolerancia al sufrimiento como elementos decisivos en este aumento de la demanda asistencial en las USM.

La relación entre atención primaria y las USM no está articulada, y esto es el causante de que exista una gran variabilidad y falta de criterios comunes y consensuados para la derivación e interconsulta.

2.2. DEMOGRAFÍA

En Aragón el índice de envejecimiento es del 136% (La 5ª CA más envejecida de España), con escasa natalidad y un número de habitantes en descenso.

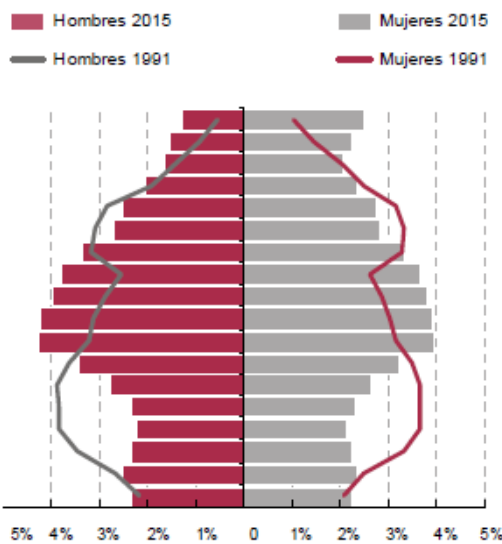
Estructura de la población por edad y sexo. Año 2015.

Unidad: número de habitantes.

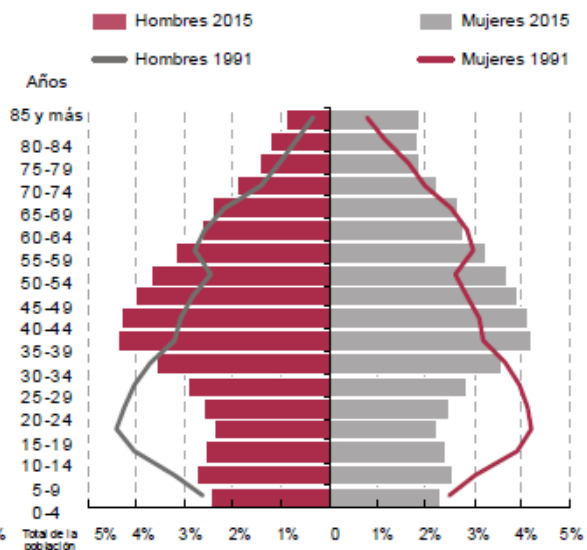
	Aragón				España			
	Total	Hombres	Mujeres	%	Total	Hombres	Mujeres	%
Total	1.317.847	652.687	665.160	100	46.624.382	22.890.383	23.733.999	100
0 a 14	185.289	95.237	90.052	14,06	7.019.924	3.607.328	3.412.596	15,06
15 a 34	278.448	142.843	135.605	21,13	10.533.437	5.336.723	5.196.714	22,59
35 a 54	415.553	213.993	201.560	31,53	15.011.850	7.591.562	7.420.288	32,20
55 a 64	161.260	80.274	80.986	12,24	5.485.186	2.678.498	2.806.688	11,76
65 a 84	227.194	103.100	124.094	17,24	7.271.240	3.252.586	4.018.654	15,60
85 y más	50.103	17.240	32.863	3,80	1.302.745	423.686	879.059	2,79

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2015.

Pirámide de población. Aragón.
Años 1991 y 2015.



Pirámide de población. España.
Años 1991 y 2015.

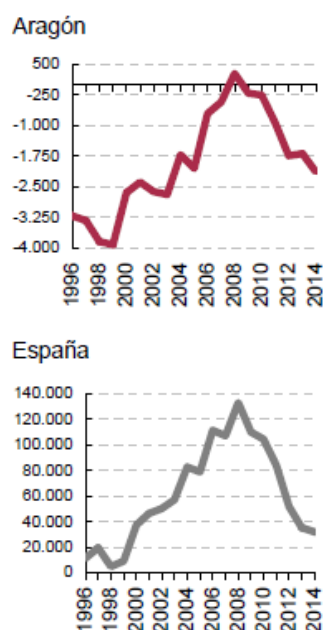


Indicadores demográficos del MNP. Año 2014.

	Aragón	España
Tasa Bruta de Natalidad	8,73	9,17
Edad media de la madre al primer hijo	31,48	30,55
Número medio de hijos por mujer (ISF)	1,34	1,32
Tasa específica de abortos	8,58	10,46
Tasa Bruta de Mortalidad	10,35	8,48
Edad media de defunción		
Hombres	77,37	76,05
Mujeres	83,56	82,61
Principales causas de defunción por sexo (%)		
Hombres: Tumores	32,71	33,38
Mujeres: Sistema circulatorio	33,57	32,85
Tasa Bruta de Nupcialidad	3,18	3,45
Edad media al primer matrimonio		
Hombres	34,62	34,42
Mujeres	32,42	32,28
Matrimonios exclusivamente civiles (%)	60,77	68,34
Disoluciones matrimoniales (%)	59,18	65,14

Fuente: Movimiento Natural de la Población. Instituto Aragonés de Estadística e Instituto Nacional de Estadística.

Evolución del saldo vegetativo.



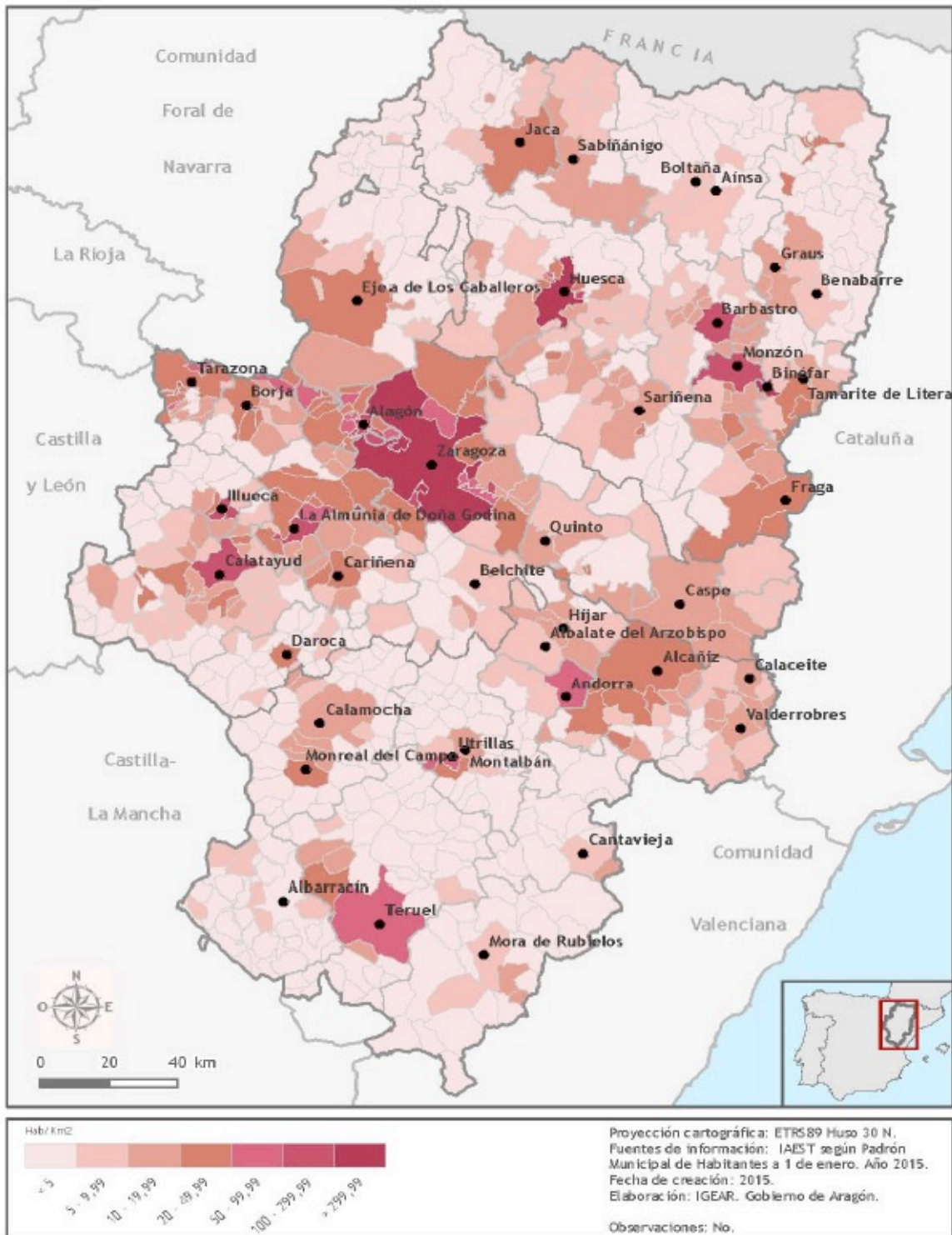
Aragón es uno de los territorios con menor densidad demográfica de Europa, en 47.720 Km² residen 1.230.000 habitantes en 731 municipios. En más de la mitad de las comarcas la densidad es inferior a 10 y el 95% del territorio corresponde a zonas que pueden considerarse como rurales. En Zaragoza reside casi el 75% de la población.

Población según tamaño del municipio. Año 2015.

Unidad: habitantes y porcentaje.

	Aragón		España	
	Población	%	Población	%
Total	1.317.847	100	46.624.382	100
Capitales de provincias	752.782	57,12	14.961.656	32,09
Municipios que no sean capitales	565.065	42,88	31.662.726	67,91
Hasta 100 habitantes	10.261	0,78	72.436	0,16
De 101 a 500 habitantes	82.464	6,26	661.567	1,42
De 501 a 1.000 habitantes	58.238	4,42	735.181	1,58
De 1.001 a 5.000 habitantes	179.978	13,66	4.385.332	9,41
De 5.001 a 10.000 habitantes	77.797	5,90	3.861.973	8,28
De 10.001 a 20.000 habitantes	156.327	11,86	4.983.746	10,69
Más de 20.000 habitantes	0	0,00	16.962.491	36,38

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2015.



2.3. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

Nivel de estudios

La población que reside en Aragón presenta niveles de estudios semejantes a la población española. Con un porcentaje algo superior en personas que sólo han alcanzado el nivel de educación primaria.

	Aragón		España	
	Personas	% sobre el total	Miles de personas	% sobre el total
Total	1.100.880	100,00	38.517.183	100,00
Educación primaria o inferior	287.721	26,14	9.728.870	25,26
Educación secundaria de 1ª etapa	238.722	21,68	9.859.638	25,60
Educación secundaria de 2ª etapa	263.956	23,98	8.173.188	21,22
Educación superior	310.480	28,20	10.745.610	27,90
No consta	0	0,00	9.877	0,03

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística con datos de la Encuesta de Condiciones de Vida. Año 2015. Instituto Nacional de Estadística.

Nivel económico

El PIB/persona en Aragón es el 5º más alto de las CCAA. Tiene un porcentaje menor de paro que la media española. El ingreso medio anual por persona es de 12.427 € (España 10.419 €).

Unidad: porcentaje.		
	Aragón	España
Tasa de empleo	49,2	46,4
Tasa de paro	16,3	22,1
Tasa de paro de jóvenes	41,2	48,3
Parados de larga duración	52,9	60,8

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística según EPA. INE.

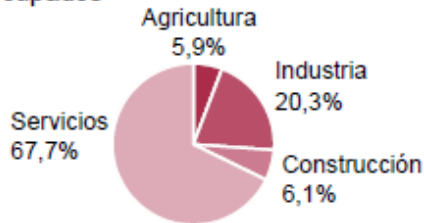
Tasa de empleo: ocupados sobre población de 16 y más años.

Tasa de paro: parados sobre población activa.

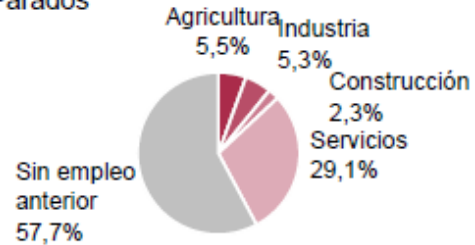
Tasa de paro de jóvenes: parados pertenecientes a la población entre 15 y 24 años.

Parados de larga duración: porcentaje de parados que lo han estado más de 12 meses sobre el total de parados.

Ocupados



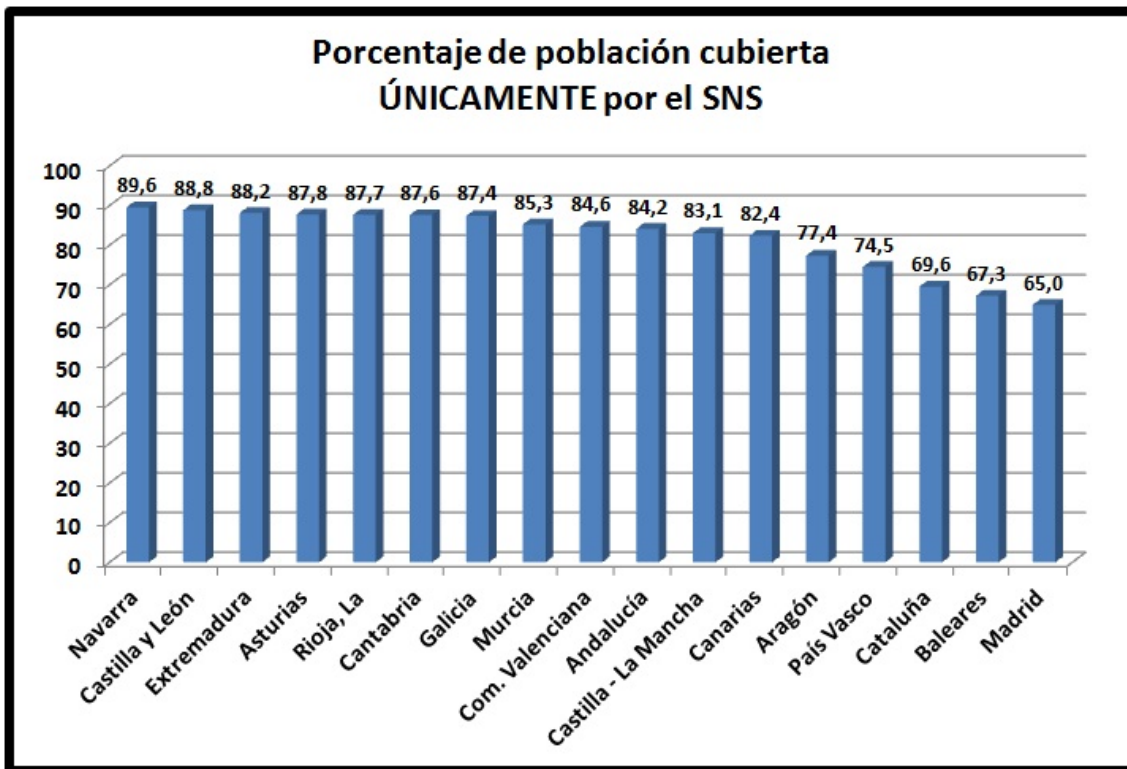
Parados*



* Sólo se clasifican por sector económico los parados que han dejado su último empleo hace 12 meses o menos.
Fuente: Instituto Aragonés de Estadística según la Encuesta de Población Activa. Instituto Nacional de Estadística.

Aseguramiento sanitario:

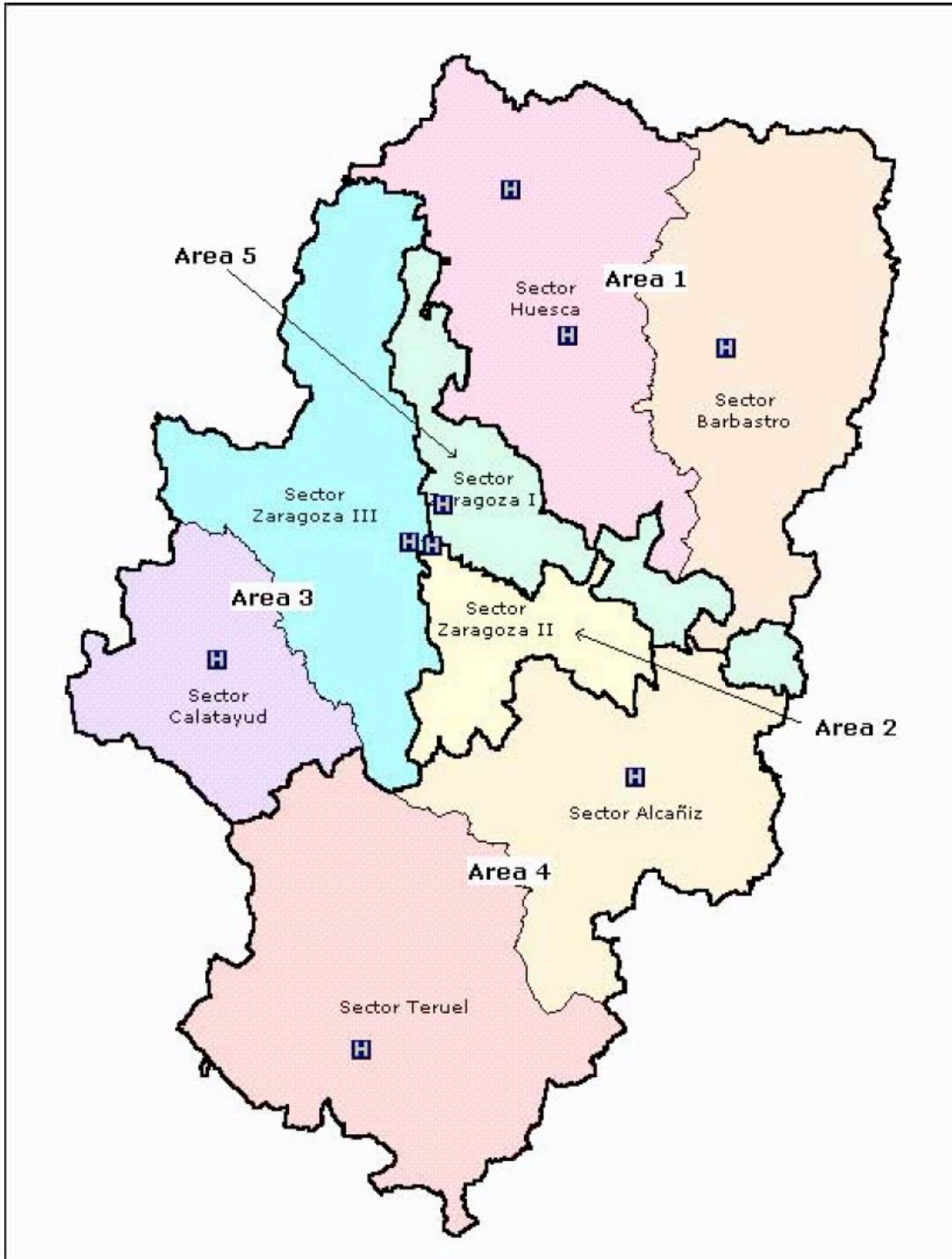
Aragón, según la Encuesta Europea de Salud es la 5ª CCAA con menos población con personas aseguradas únicamente por el SNS³³: 77,4%. Sin embargo el porcentaje de camas privadas (17,93%) es de los más bajos entre las CCAA. El gasto sanitario directo de bolsillo es de 124 €/persona/año, el 5º más alto del SNS.



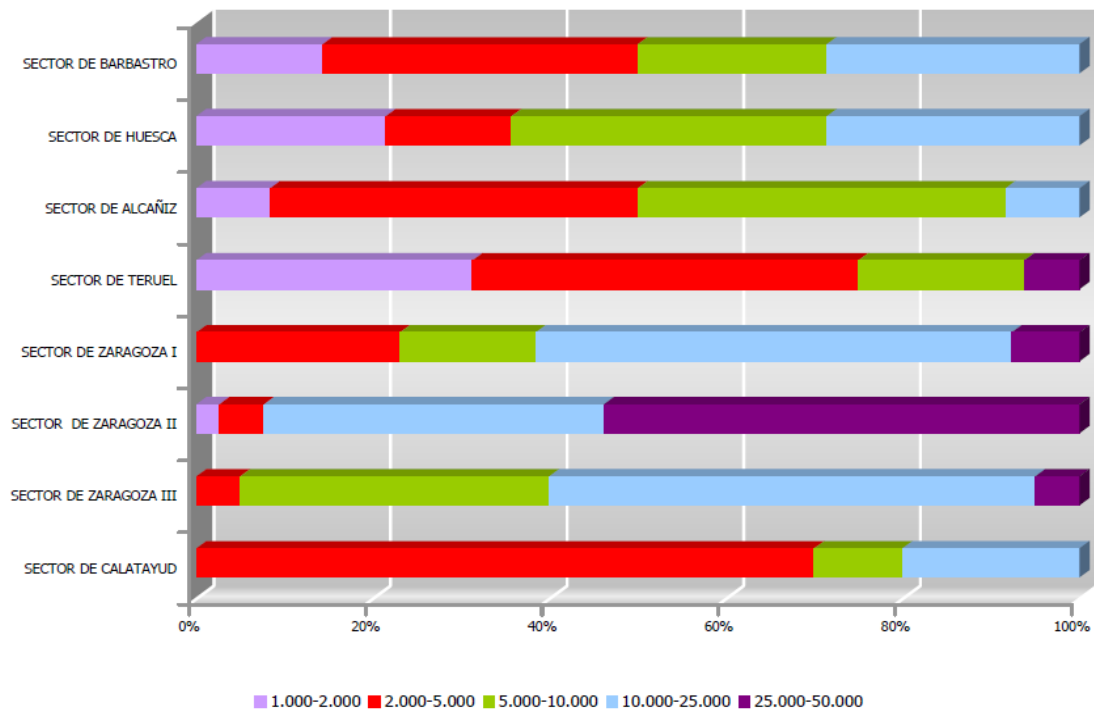
³³<http://saludinerop.blogspot.com.es/2016/04/clase-social-y-tipo-de-aseguramiento.html>

2.4. PLANIFICACIÓN Y ORDENACIÓN DE LA OFERTA SANITARIA

La actual **organización territorial** del Sistema de Salud de Aragón queda estructurada en 8 sectores, constituidos por distintas zonas de salud, cada una de las cuales incluyen una serie de municipios con sus respectivas entidades singulares de población.



Los Sectores Sanitarios³⁴ están formados mayoritariamente por zonas de salud de entre 2.000 - 5.000 habitantes. Las zonas más reducidas, entre 1.000 - 2.000 habitantes, se concentran fundamentalmente en el Sector de Teruel. En los Sectores de Zaragoza predominan las zonas de 10.000 - 25.000 habitantes.



La **Cartera de Servicios** para cada Centro y Unidad³⁵ está organizada por técnicas y procedimientos y autorizada a nivel de Unidad Clínica y con una población asignada. La autorización se realiza en una Comisión integrada por técnicos de evaluación y representación de los pacientes.

³⁴ Mapa Sanitario Comunidad Autónoma de Aragón. Departamento de Salud y Consumo

³⁵ <http://www.boa.aragon.es/cgibin/EBOA/BRSCGI?CMD=VEROBJ&MLKOB=199568560707>

Los recursos humanos y físicos que integran la oferta sanitaria general de Aragón son superiores a los del Sistema Nacional de Salud.³⁶

Personal médico en atención especializada por 1000 hab.

Aragón (AR)	España (ES)
2,15	1,81

Personal médico atención primaria por 1000 personas asignadas

Aragón (AR)	España (ES)
0,88	0,76

Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas

Aragón (AR)	España (ES)
0,73	0,65

Personal de enfermería en atención especializada por 1000 hab.

Aragón (AR)	España (ES)
4,3	3,14

Personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas

Aragón (AR)	España (ES)
0,73	0,65

Camas hospitalarias en funcionamiento por 1000 hab.

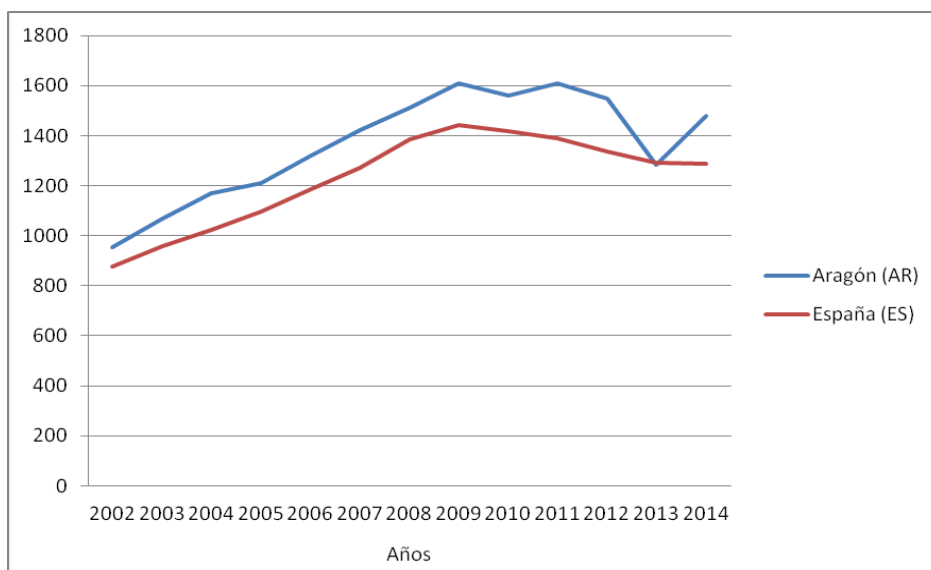
Aragón (AR)	España (ES)
3,67	2,97

Quirófanos en funcionamiento por 100 000 hab.

Aragón (AR)	España (ES)
9,56	9,37

Número de psiquiatras por 10.000hab.

Aragón (AR)	España (ES)
0,87	0,86



Evolución del gasto sanitario públicos por habitante protegido.

³⁶<http://inclasns.msssi.es/>

El gasto sanitario³⁷ por habitante es superior en Aragón al del Sistema Nacional de Salud. En el año 2014 en Aragón era de 1478 € y en España de 1289 €.

El mayor gasto por habitante en Aragón se produjo en los años 2009 y 2011 (1610 €) habiendo descendido en 132 € por persona.

³⁷<http://inclasns.mssi.es/main.html>

2.5. SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DE ARAGÓN

Factores de Riesgo

Diversos estudios señalan que la alta frecuencia de problemas de salud mental está asociada, fundamentalmente, con la pobreza, bajos niveles educativos, desempleo, enfermedad crónica, discapacidad, etc.

Desde una perspectiva de género, las diferencias socioeconómicas entre sexos influyen especialmente en la salud mental de las mujeres, así como la desigualdad producida por la distribución “clásica” de tareas, con la asignación a la mujer de la función de atender el cuidado del hogar y de la familia. A estas desigualdades hay que añadirle la mayor prevalencia de problemas de salud mental en mujeres que han sufrido violencia machista.

La salud mental también interrelaciona con la salud física. Esta interrelación tiene especial relevancia en la etapa de envejecimiento, ya que las personas mayores constituyen un colectivo de riesgo donde, a los factores que afectan a la población adulta, se les asocian otros específicos (enfermedades, discapacidad, inactividad, precariedad económica, soledad...).

La Encuesta Nacional de Salud³⁸ incluye algunos indicadores útiles para la valoración de los **factores de riesgo** en Aragón.

Los hombres declaran tener mejor estado de salud que las mujeres. Considerando la población mayor de 15 años, un 79% de hombres y un 71% de mujeres valoran su estado de salud como muy bueno o bueno. En Aragón los hombres valoran peor su estado de salud que en el conjunto de España.

El nivel de estudios aumenta el porcentaje de población que considera su estado de salud bueno o muy bueno. Según la situación laboral, los porcentajes más altos de valoración positiva del estado de salud corresponden a los estudiantes, le siguen las personas que trabajan, mientras que los porcentajes más bajos corresponden a los incapacitados para trabajar.

³⁸ <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/encuestaResDetall2011.htm>

- La valoración positiva de su **estado de salud** se obtiene a partir de la pregunta: “en los últimos 12 meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?”

CC.AA.	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía (AN)	78,31	70,41	74,32
Aragón (AR)	75,35	71,60	73,46
Asturias, Principado de (AS)	73,33	67,11	70,09
Baleares, Illes (IB)	81,07	77,52	79,30
Canarias (CN)	73,64	64,14	68,87
Cantabria (CB)	78,80	76,01	77,37
Castilla y León (CL)	80,09	69,28	74,63
Castilla - La Mancha (CM)	83,73	72,46	78,14
Cataluña (CT)	80,52	73,60	76,99
Comunitat Valenciana (VC)	78,91	68,95	73,89
Extremadura (EX)	80,66	66,34	73,45
Galicia (GA)	74,74	63,63	68,99
Madrid, Comunidad de (MD)	83,31	77,64	80,38
Murcia, Región de (MC)	76,04	68,27	72,20
Navarra, C. Foral de (NC)	83,06	78,38	80,70
País Vasco (PV)	79,67	71,26	75,34
La Rioja (RI)	82,46	74,60	78,50
Ceuta (CE)	79,09	71,02	74,91
Melilla (ML)	81,03	77,51	79,34
España (ES)	79,34	71,33	75,27

Porcentaje de población con valoración positiva de su estado de salud

El nivel socioeconómico está relacionado con el estado de salud percibido, ya que a medida que se desciende en la clase social, basada en la ocupación según la clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología, disminuye la valoración positiva del estado de salud, tanto en hombres como en mujeres.

El nivel de estudios también está relacionado con las enfermedades crónicas, de manera que los porcentajes de padecer trastornos crónicos tienden a disminuir a medida que aumenta el nivel de estudios. En Aragón la población que manifiesta padecer una enfermedad o problema de salud crónico es mayor que en España.

- La existencia de **enfermedades crónicas** se obtiene de la pregunta: “¿padece alguna enfermedad o problema de salud de una duración de al menos 6 meses?”

	SÍ	NO
TOTAL	42,5	57,6
ANDALUCÍA	41,6	58,4
ARAGÓN	50,3	49,7
ASTURIAS, PRINCIPADO DE	45,7	54,3
BALEARIS, ILLES	41,6	58,4
CANARIAS	38,7	61,3
CANTABRIA	52,0	48,0
CASTILLA Y LEÓN	41,3	58,7
CASTILLA-LA MANCHA	38,5	61,5
CATALUÑA	46,5	53,5
COMUNITAT VALENCIANA	42,4	57,6
EXTREMADURA	44,0	56,0
GALICIA	36,9	63,1
MADRID, COMUNIDAD DE	40,5	59,5
MURCIA, REGIÓN DE	41,9	58,1
NAVARRA, COMUNIDAD FORAL DE	43,6	56,4
PAÍS VASCO	45,8	54,2
RIOJA, LA	38,9	61,2
CEUTA	38,1	61,9
MELILLA	22,3	77,7

Porcentaje de población que manifiesta tener una enfermedad crónica

- **Índice de dependencia**, se le pregunta a las personas de 65 y más años “si pueden realizar por sí mismas una serie de actividades concretas (cuidado personal, tareas domésticas, movilidad), si pueden realizarlas con ayuda o si no pueden realizarlas de ninguna manera.”

La dependencia funcional es más frecuente en mujeres que en hombres. En Aragón el número de personas mayores de 65 años con dependencia es superior a la del resto de España.

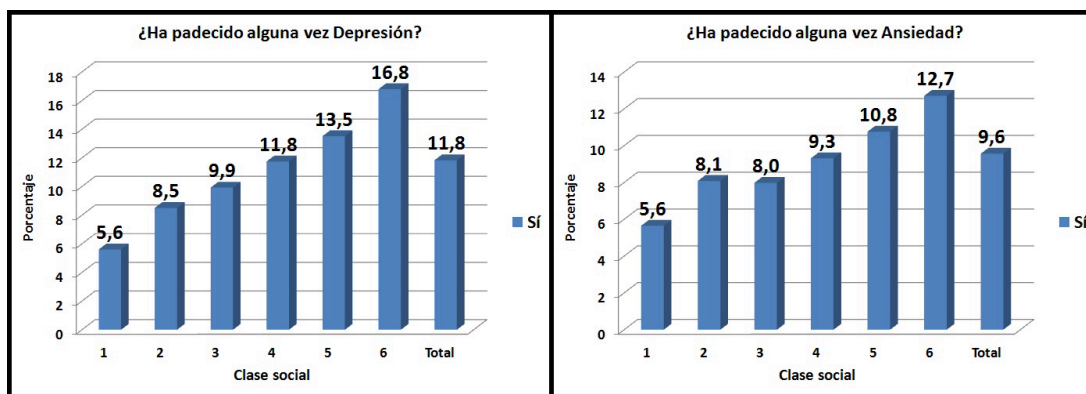
COMUNIDAD AUTÓNOMA	%
Andalucía (AN)	48,24
Aragón (AR)	53,86
Asturias, Principado de (AS)	53,37
Balears, Illes (IB)	43,89
Canarias (CN)	41,14
Cantabria (CB)	50,88
Castilla y León (CL)	56,29
Castilla - La Mancha (CM)	50,91
Cataluña (CT)	51,92
Comunitat Valenciana (VC)	50,67
Extremadura (EX)	51,26
Galicia (GA)	55,55
Madrid, Comunidad de (MD)	48,40
Murcia, Región de (MC)	48,55
Navarra, C. Foral de (NC)	53,01
País Vasco (PV)	54,55
La Rioja (RI)	53,19
Ceuta (CE)	47,37
Melilla (ML)	50,50
España (ES)	50,37

Porcentaje de población que manifiesta depender para hacer tareas cotidianas

Las conclusiones de los estudios realizados para analizar la repercusión de la crisis económica en los trastornos de salud mental se observa que³⁹ **“las dificultades económicas contribuyen a una peor salud mental.”** El estudio IMPACT, realizado en consultas de Atención Primaria en España, muestra un incremento significativo de los trastornos mentales más frecuentes. Los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19% aproximadamente entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8% y los trastornos por abuso de alcohol un 5%. También se observan diferencias de género, con un aumento de la dependencia de alcohol en mujeres durante el periodo de crisis. El desempleo constituye el factor de riesgo más importante para este aumento. Paralelamente se observa, en los últimos años, un aumento del consumo de fármacos antidepressivos, aunque no una variación al alza significativa en otros grupos de psicofármacos.

³⁹ Gili M et al. *Gac Sanit.* 2014;28(S1):104–108

Analizando la información de la Encuesta Nacional de Salud se observa que sobre la clase social, tanto en hombres como en mujeres, existe un claro gradiente creciente en la prevalencia de sintomatología depresiva conforme se desciende en la escala social, incluidas las formas más graves.



<http://saludinerop.blogspot.com.es/2016/06/ha-padecido-alguna-vez-segun-clase.html>

	2004	2006	2015
Andalucía (AN)	31,2	30,5	35,7
Aragón (AR)	11,3	13,5	14,4
Asturias, Principado de (AS)	13,6	13,0	16,7
Baleares, Illes (IB)	14,3	13,1	21,7
Canarias (CN)	24,4	29,4	28,5
Cantabria (CB)	13,8	11,8	14,9
Castilla y León (CL)	25,8	24,6	18,3
Castilla - La Mancha (CM)	30,0	28,3	28,5
Cataluña (CT)	12,6	13,4	13,9
Comunitat Valenciana (VC)	20,8	19,6	25,3
Extremadura (EX)	37,1	37,5	29,0
Galicia (GA)	21,1	21,5	19,4
Madrid, Comunidad de (MD)	9,5	11,9	15,1
Murcia, Región de (MC)	24,3	27,4	31,8
Navarra, C. Foral de (NC)	12,7	10,5	9,6
País Vasco (PV)	11,2	10,4	10,9
La Rioja (RI)	17,1	22,5	17,1
Ceuta (CE)	37,3	44,5	31,0
España (ES)	20,1	20,3	22,1

Evolución de la tasa de pobreza por CCAA

En Aragón la **tasa de pobreza** (si sus ingresos no alcanzan el umbral de riesgo de pobreza) es menor que en el conjunto de España, pero ha crecido del 11,3% en el 2004 a 14,4% en 2015.

El porcentaje de **clases sociales bajas** también es inferior en Aragón, el porcentaje es superior en las mujeres.

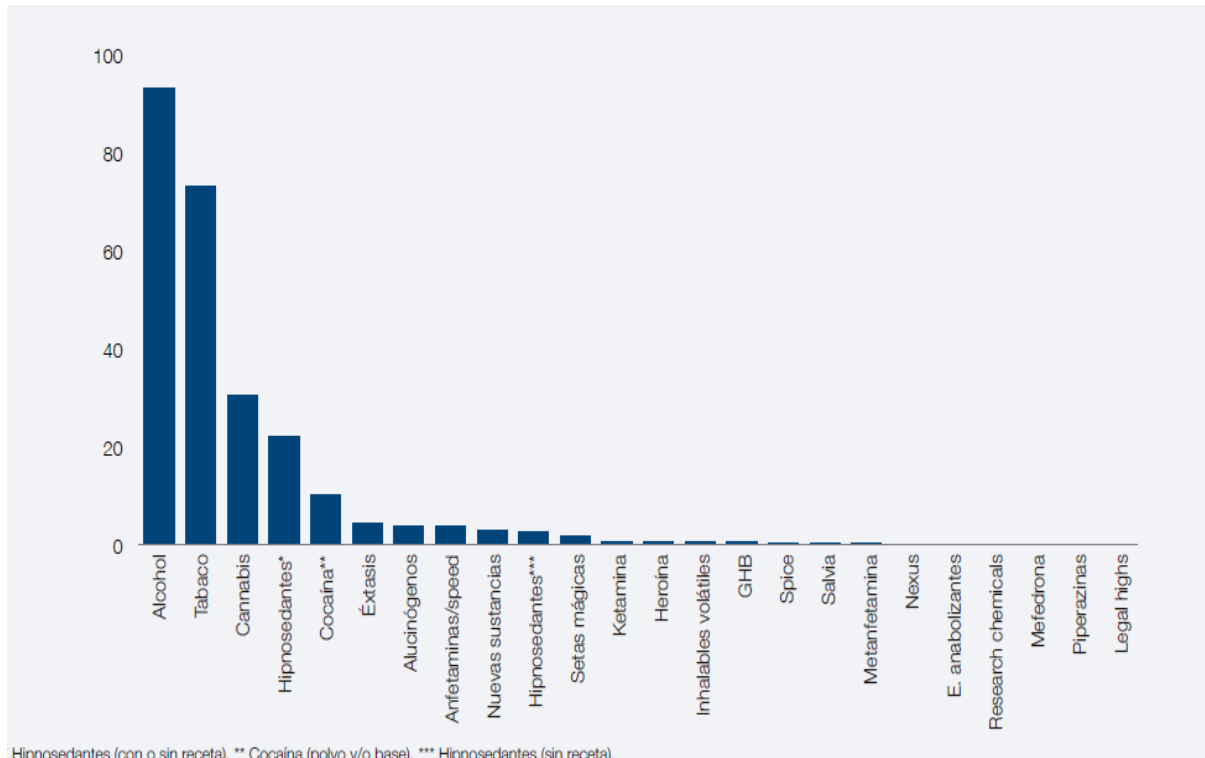
	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía (AN)	53,65	55,96	54,80
Aragón (AR)	44,25	46,46	45,36
Asturias, Principado de (AS)	48,77	52,66	50,77
Baleares, Illes (IB)	47,88	48,52	48,20
Canarias (CN)	55,07	56,62	55,83
Cantabria (CB)	46,88	47,16	47,02
Castilla y León (CL)	46,21	50,77	48,51
Castilla - La Mancha (CM)	59,97	58,63	59,32
Cataluña (CT)	43,54	43,74	43,64
Comunitat Valenciana (VC)	46,60	48,39	47,50
Extremadura (EX)	55,12	54,02	54,58
Galicia (GA)	50,01	51,00	50,52
Madrid, Comunidad de (MD)	33,16	35,96	34,60
Murcia, Región de (MC)	50,36	53,58	51,93
Navarra, C. Foral de (NC)	43,77	44,26	44,01
País Vasco (PV)	32,67	41,55	37,22
La Rioja (RI)	48,54	46,87	47,71
Ceuta (CE)	46,24	52,32	49,32
Melilla (ML)	47,75	64,90	55,75
España (ES)	46,42	48,28	47,36

Porcentaje de población de clase social baja

Más de uno de cada cuatro adultos que padecen un problema de salud mental grave también tienen un problema de **abuso de sustancias**. Según un estudio⁴⁰ realizado por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, se han identificado dos grupos principales de consumidores de drogas con patología dual, cada uno de los cuales presenta un perfil diferente. En uno de ellos predominan personas con trastornos psiquiátricos, y en el otro con drogodependencia. Entre un 30% y un 50% de los pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico en Europa padece algún trastorno mental, además de trastornos relacionados con el consumo de determinadas sustancias, en particular, el alcohol, sedantes o cannabis. Los pacientes que acuden por el consumo de tóxicos a un centro de rehabilitación, la comorbilidad que presentan, en la mayoría de los casos, tienen otro perfil, cuyos factores en el

⁴⁰ Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004). *Drogas en el punto de mira. Comorbilidad: el consumo de drogas y los trastornos mentales*. Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

diagnóstico son el consumo de heroína, anfetaminas o cocaína y uno o varios trastornos de la personalidad, seguidos de depresión y ansiedad, y en menor medida, trastornos psicóticos.



Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas. Edad 15-64 años

En Aragón el número de personas de 15 y más años que declaran un consumo medio diario de alcohol en cantidad considerada de riesgo para la salud es muy superior al porcentaje en el conjunto de España.

	Hombres	Mujeres	Total
Aragón (AR)	3,36	1,64	2,49
España (ES)	1,96	1,24	1,59

Consumo de Alcohol considerado de riesgo. Edad superior a 15 años

⁴¹ Estadísticas 2015 Alcohol, Tabaco y drogas ilegales. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid 2016

El Porcentaje de consumidores de cánnabis entre la población de 15 a 64 años es inferior en Aragón y superior en la población entre 14 y 18 años

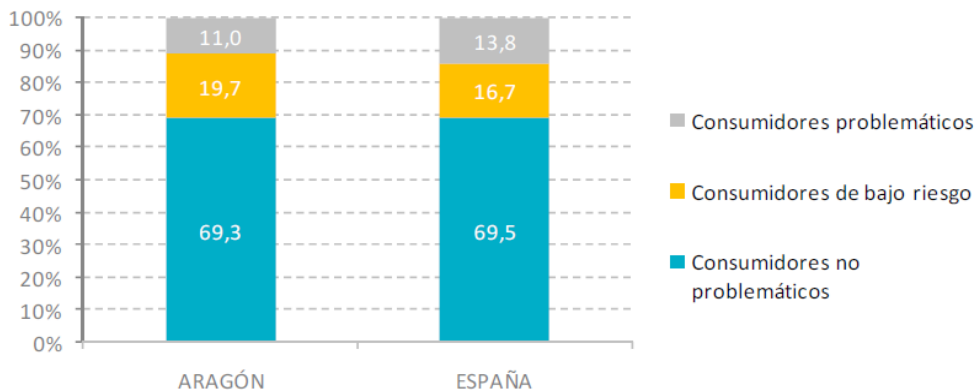
	Hombres	Mujeres	Total
Aragón (AR)	10,68	4,64	7,74
España (ES)	12,94	5,41	9,21

Porcentaje de consumidores de cánnabis entre la población de 15 a 64 años

	Hombres	Mujeres	Total
Aragón (AR)	29,0	23,4	26,2
España (ES)	28,0	23,0	25,4

Porcentaje de consumidores de cánnabis entre la población de 14 a 18 años

En Aragón, entre los estudiantes⁴² que han consumido cánnabis la mayoría presentan un consumo no problemático, el 69,3%, mientras que el 19,7% manifiesta un consumo de bajo riesgo y el 11% un consumo problemático (el porcentaje de consumidores problemáticos en la Comunidad no destaca sobre el contemplado en el ámbito nacional).

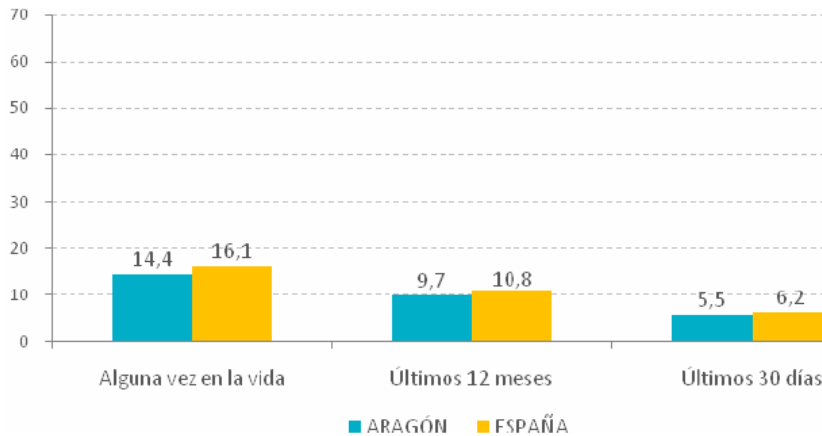


Categorización de resultados de la escala CAST en la población de estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años (%). Aragón-España 2014.

En Aragón, el 14,4% de los estudiantes han consumido alguna vez hipnosedantes (con o sin receta médica), mientras que aquellos que los consumieron en los últimos 30 días

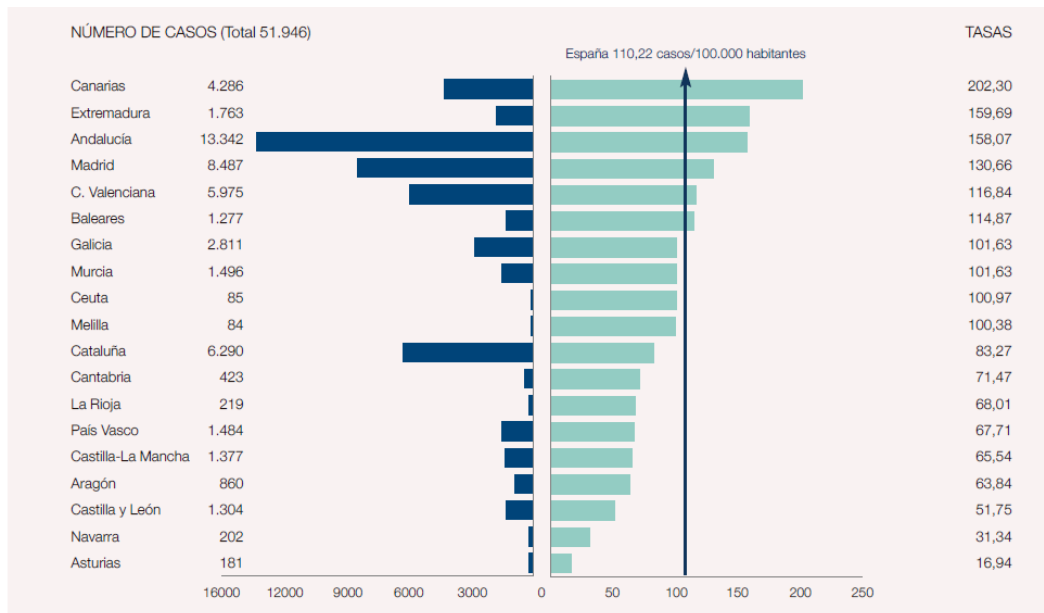
⁴²Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 2014 Informe Aragón. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales, Igualdad. 2015.

representan el 5,5% del alumnado. El consumo de este tipo de sustancias en la Comunidad no destaca sobre los valores nacionales. Por término medio, en Aragón el primer consumo de hipnosedantes se produce a los 13,9 años, promedio similar al obtenido a nivel estatal.



Prevalencia de consumo de hipnosedantes (con o sin receta médica) alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y últimos 30 días entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%). Aragón- España 2014.

El número de personas que iniciaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas fue inferior en Aragón a la media de España

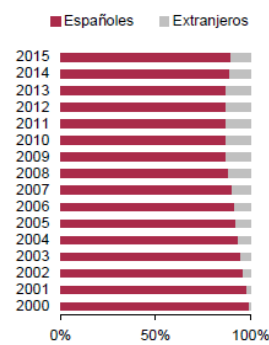


Número y tasa (por 100.000 habitantes) de admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, según Comunidad/Ciudad Autónoma. España, 2013.

Son varias las afecciones psiquiátricas que se ha demostrado que son más frecuentes entre la **población inmigrante**⁴³: “al malestar psicológico específico, por el propio hecho migratorio y adaptativo, se suman las dificultades en la detección y tratamiento de dicho malestar por el desconocimiento de los profesionales de la salud. Por todo ello, la progresiva sensibilización de los médicos en temas culturales y de inmigración resulta imprescindible, así como el desarrollo, desde las instituciones, de programas y recursos específicos para el abordaje de este problema”.

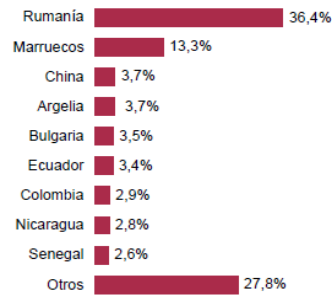
En Aragón la población extranjera representa el 10%, siendo los territorios de origen más frecuentes Rumania, Magreb y Latinoamérica.

Evolución de la distribución de la población según nacionalidad. Aragón.

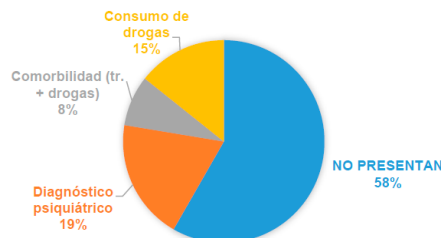


Nacionalidades con mayor presencia. Aragón. Año 2015.

Unidad: porcentaje sobre el total de extranjeros.



En Aragón residen 2482 personas en centros penitenciarios (2357 hombres y 125 mujeres). Diversos estudios realizados en España⁴⁴ constatan también la alta prevalencia de trastornos mentales en la **población que ingresa en prisión**, que oscila entre un 41% y un 50%, en España, comparando la población reclusa con la población general, la prevalencia de trastornos mentales y la comorbilidad entre estos y la adicción a sustancias, es cuatro y quince veces superior respectivamente entre quienes están cumpliendo la pena privativa de libertad.



⁴³ García-Campayo J, Sanz-Carrillo C. Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío Med Clin 2002;118:187-91

⁴⁴ Monge Rodríguez, N. Estudio de la salud mental de la población reclusa. Grado en Criminología 2015/2016.

CC.AA.	Años					
	2006			2011		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía (AN)	14,61	25,37	20,14	16,49	25,21	20,92
Aragón (AR)	11,39	23,83	17,68	11,50	15,76	13,65
Asturias, Principado de (AS)	15,07	31,34	23,57	18,20	21,04	19,69
Balears, Illes (IB)	18,80	31,46	25,14	13,00	20,29	16,64
Canarias (CN)	19,50	36,77	28,17	26,88	29,47	28,18
Cantabria (CB)	9,15	15,94	12,68			
Castilla y León (CL)	10,89	17,60	14,30	15,46	20,15	17,84
Castilla - La Mancha (CM)	11,17	22,11	16,62	9,10	20,34	14,63
Cataluña (CT)	18,94	27,85	23,43	14,57	22,51	18,66
Comunitat Valenciana (VC)	16,86	31,03	24,00	20,42	28,70	24,62
Extremadura (EX)	10,70	25,46	18,26	11,81	25,15	18,45
Galicia (GA)	15,50	28,21	22,14	12,47	19,35	16,07
Madrid, Comunidad de (MD)	18,92	28,94	24,10	18,35	22,26	20,41
Murcia, Región de (MC)	15,24	25,33	20,27	16,82	27,48	22,09
Navarra, C. Foral de (NC)	18,75	32,12	25,48	17,44	27,25	22,42
País Vasco (PV)	9,92	20,79	15,58	11,43	20,80	16,26
La Rioja (RI)	10,20	14,29	12,23	10,90	24,01	17,52
Ceuta (CE)	15,70	30,28	23,13	12,56	26,75	20,14
Melilla (ML)	15,70	30,28	23,13	8,05	3,21	5,78
España (ES)	15,55	26,84	21,31	16,76	23,89	20,41

Salud mental en prisiones españolas. Fuente: Arroyo-Cobo, JM.

Se calcula que aproximadamente un tercio de las personas con **discapacidad Intelectual** presenta trastornos mentales⁴⁵. De hecho, en España aproximadamente 82.000 personas con discapacidad intelectual también presentan trastornos mentales y/o trastornos de conducta. Sin embargo, la cobertura actual de servicios no alcanza el 5% de esta población.

En las personas con discapacidad intelectual la presentación del trastorno se ve especialmente mediada por el grado intelectual alcanzado y por la capacidad de comunicación verbal del sujeto. Mientras que en las personas con discapacidad ligera y una buena comunicación verbal el trastorno mental puede presentarse de forma muy similar aunque menos compleja que en los adultos con intelecto normal, en el caso de las personas con discapacidad moderada o grave y con menor o nulo nivel capacidad de comunicación verbal, los trastornos mentales pueden presentarse como perturbaciones y regresiones de la conducta, señales físicas y/o quejas inespecíficas. Un último factor que incide en el infradiagnóstico y en la falta de tratamiento de los

⁴⁵Trastornos de la salud mental en las personas con discapacidad intelectual. Declaración FEAPS. Informe Técnico FEAPS 2015.

trastornos mentales es la carencia histórica que los profesionales han encontrado en cuanto a la disponibilidad, especificidad y fiabilidad de instrumentos para el diagnóstico.

Morbilidad en Salud Mental

En la Encuesta Nacional de Salud el 13,65% de la población aragonesa adulta se considera en **riesgo de mala salud mental** (obtiene tres o más puntos en el cuestionario de salud mental general GHQ-12.). El porcentaje es mayor en mujeres que en hombres y en los dos casos es muy inferior al conjunto nacional.

CC.AA.	Años					
	2000			2014		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Andalucía (AN)	14,14	3,41	8,33	13,15	3,35	8,01
Aragón (AR)	9,11	2,61	5,85	10,80	3,38	6,95
Asturias, Principado de (AS)	16,89	3,52	10,3	15,91	5,32	10,26
Balears, Illes (IB)	8,69	1,56	8,20	10,28	4,84	7,42
Canarias (CN)	11,54	2,13	7,73	10,82	3,46	7,03
Cantabria (CB)	7,09	0,82	4,46	8,69	2,77	5,72
Castilla y León (CL)	11,04	2,51	6,29	11,56	3,83	7,62
Castilla - La Mancha (CM)	10,39	2,26	7,39	11,58	3,47	7,42
Cataluña (CT)	10,03	3,37	6,20	9,25	3,12	6,04
Comunitat Valenciana (VC)	10,58	3,81	6,84	9,67	3,36	6,46
Extremadura (EX)	9,51	1,85	5,61	7,90	1,98	4,91
Galicia (GA)	12,59	3,65	9,39	16,24	4,80	10,31
Madrid, Comunidad de (MD)	6,50	2,12	4,53	7,12	2,63	4,73
Murcia, Región de (MC)	11,32	3,43	6,31	8,96	4,48	6,72
Navarra, C. Foral de (NC)	9,98	3,66	7,01	10,10	2,32	6,16
País Vasco (PV)	8,42	3,42	6,74	9,66	4,46	6,94
La Rioja (RI)	15,33	3,74	6,60	14,84	1,80	8,33
Ceuta (CE)	2,08	4,31	4,60	8,76	4,89	6,85
Melilla (ML)	2,53	2,09	1,25	12,42		6,44
España (ES)	10,82	3,03	6,98	10,84	3,49	7,02

La tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, por 100.000 habitantes es muy similar, tanto en hombres como en mujeres a la tasa española. Si se comparan la serie anual de registros parece observarse un aumento tanto en hombres como en mujeres.

En Aragón, en **Atención Primaria**⁴⁶, si se analizan los diagnósticos (EDC-ACG) en personas mayores de 15 años, los relacionados con trastornos de la salud mental no se encuentran entre los más frecuentes. El diagnóstico “trastornos del comportamiento” aparece con una tasa total del 76,1/1.000 (58,4 en hombres; 93,1 en mujeres), en segundo lugar se encuentra el diagnóstico de “ansiedad y neurosis” aparece con una tasa total del 58,5/1.000 (40,2 en hombres; 76 en mujeres).

Código EDC	Descripción EDC	Edad media	Tasa Hombres	Tasa Mujeres	Tasa Global
CAR11	Trastornos metabolismo de los lípidos	62,5	233,4	233,3	233,3
CAR14/15	Hipertensión	69,9	212,0	231,9	222,2
MUS01	Signos y síntomas musculoesqueléticos	58,1	179,3	241,8	211,2
EAR11	Infección tracto respiratorio superior	49,7	177,4	237,5	208,1
MUS14	Lumbalgia	57,7	160,2	220,3	190,8
SKN02	Dermatitis y eczema	51,3	157,1	201,9	180,0
PSY03	Tabaquismo	47,4	127,0	94,4	110,3
GSU08	Venas varicosas de extremidades inferiores	62,8	38,8	163,3	102,4
NUT03	Obesidad	58,5	66,0	90,1	78,3
ALL03	Rinitis alérgica	45,0	70,6	84,1	77,5
END0609	Diabetes Mellitus	69,4	85,6	67,4	76,3
PSY04	Problemas de comportamiento	61,8	58,4	93,1	76,1
PSY06	Problemas familiares y sociales	63,8	51,9	89,6	71,1
GSI01	Signos y síntomas no específicos	54,1	51,0	68,9	60,1
SKN17	Otros trastornos de la piel	59,0	54,8	64,7	59,8
FRE10	Contracepción	34,2	3,0	112,0	58,7
PSY01	Ansiedad, neurosis	50,8	40,2	76,0	58,5
END02	Osteoporosis	71,4	7,7	103,8	56,8
DEN02	Trastornos dentales	48,9	48,6	54,9	51,8
MUS15	Bursitis, sinovitis, tenosinovitis	57,8	43,5	59,7	51,8
EYE01	Signos y síntomas oftalmológicos	58,3	43,4	59,6	51,7
RES01	Signos y síntomas respiratorios	60,2	54,0	49,5	51,7
END05	Otros trastornos endocrinos	53,8	20,5	78,6	50,2
END04	Trastornos tiroideos	57,8	15,4	82,9	49,9
ALL04	Asma sin estatus asmático	48,3	38,0	56,8	47,6
GAS08	Reflujo gastroesofágico	61,9	41,8	51,1	46,5
GUR08	Infecciones del tracto urinario	56,6	16,7	73,8	45,8
EAR08	Sordera, hipoacusia	63,7	45,4	45,4	45,4
EYE02	Ceguera y baja visión	54,2	39,5	50,8	45,3
GAS07	Diarrea	47,4	36,3	43,7	40,1
MUS03	Artropatías degenerativas	69,6	21,5	56,9	39,6
GSU03	Neoplasia benigna y no especificada	53,8	18,5	58,9	39,1
GUR11	Incontinencia	75,4	18,4	58,3	38,8
SKN01	Abrasiones y contusiones	53,1	32,7	42,5	37,7
EYE08	Glaucoma	70,6	32,8	40,6	36,8
RES02	Infección tracto respiratorio bajo	61,8	32,7	39,8	36,4
EYE05	Trastornos de la refracción	42,7	29,7	42,6	36,3

Fuente: Sistema ACGs. OMIAP. BDU

EDC: Expanded Diagnosis Clusters. Edad en años. Tasas por 1000 habitantes

EDC Mayores de 15 años

⁴⁶ Atención Primaria 2014. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón.

Si se analizan los diagnósticos (EDC-ACG) en personas menores de 15 años los relacionados con trastornos de la salud mental tampoco se encuentran entre los más frecuentes. Al igual que en adultos aparece el diagnóstico “trastornos del comportamiento” con una tasa total del 51,8/1.000 (61,9 en niños; 41,2 en niñas), y “ansiedad y neurosis” con una tasa total del 38,2/1.000 (44,3 en niños; 31,8 en niñas).

Código EDC	Descripción EDC	Edad media	Tasa Hombres	Tasa Mujeres	Tasa Global
EAR11	Infección tracto respiratorio superior	6,1	465,6	473,5	469,5
SKN02	Dermatitis y eczema	6,9	340,1	357,9	348,8
GSI03	Fiebre	4,7	170,2	165,5	167,9
EAR01	Otitis media	5,2	131,4	139,5	135,3
RES05	Tos	5,4	135,0	129,5	132,3
GAS07	Diarrea	5,2	138,8	125,5	132,3
RES02	Infección tracto respiratorio bajo	4,1	114,2	95,0	104,8
MUS01	Signos y síntomas musculoesqueléticos	8,9	97,3	91,5	94,5
SKN09	Exantemas	4,5	94,5	92,8	93,7
DEN02	Trastornos dentales	7,2	94,2	92,7	93,5
SKN01	Abrasiones y contusiones	7,3	94,2	85,6	90,0
EYE07	Conjuntivitis, queratitis	4,8	86,8	78,3	82,6
ALL04	Asma sin estatus asmático	8,2	91,5	58,2	75,2
GSI01	Signos y síntomas no específicos	7,2	70,3	74,9	72,5
GSU10	Dolor abdominal	8,1	60,2	70,8	65,4
INF06	Síndromes virales	6,4	64,5	66,3	65,4
SKN17	Otros trastornos de la piel	7,3	60,5	60,4	60,5
EYE02	Ceguera y baja visión	9,8	52,8	62,4	57,5
GSI05	Náuseas, vómitos	5,2	51,1	56,9	53,9
REC02	Laceraciones	6,5	66,3	40,6	53,7
EAR09	Faringitis y amigdalitis crónicas	8,1	58,3	45,5	52,1
PSY04	Problemas de comportamiento	8,6	61,9	41,2	51,8
CAR08	Soplo cardíaco	6,9	53,1	46,7	50,0
END03	Estatura baja	8,2	38,8	45,7	42,2
ALL03	Rinitis alérgica	10,5	44,0	34,6	39,4
MUS17	Otros trastornos musculoesqueléticos	8,2	43,6	34,6	39,2
PSY06	Problemas familiares y sociales	8,2	40,2	37,6	39,0
EYE05	Trastornos de la refracción	10,5	36,4	41,6	38,9
PSY01	Ansiedad, neurosis	9,4	44,3	31,8	38,2
DEN01	Trastornos bucales	5,3	37,6	38,8	38,2

EDC Menores de 15 años

En el conjunto de los Equipos de Atención Primaria se han atendido 58.463 pacientes, siendo los diagnósticos más frecuentes: “ansiedad” y “depresión”.

	Esquizofrenia	Psicosis afectivas	Ansiedad	T. Conversión	Depresión	Trastornos Alimentación	Total
ALCAÑIZ	289	296	1492	117	502	136	2832
BARBASTRO	462	654	2081	166	967	170	4500
CALATAYUD	192	195	1207	79	398	80	2151
HUESCA	491	652	2502	164	883	199	4891
TERUEL	315	310	1714	128	542	166	3175
ZARAGOZA I	757	906	4742	354	1533	575	8867
ZARAGOZA II	1556	1776	9391	689	2929	993	17334
ZARAGOZA III	1314	1618	7783	544	2500	954	14713
Total	5376	6407	30912	2241	10254	3273	58463
Hombres	3096	2397	9725	734	3130	530	19612
Mujeres	2280	4010	21187	1507	7124	2743	38851
Edad Media	52	57	51	51	56	36	52

Fuente: OMI-AP 2014

Si se analiza el CMBD de los **hospitales de Aragón** se observa que el motivo de diagnóstico más frecuente es 430-psicosis, 428-trastornos de personalidad y control de impulsos, 427-neurosis excepto depresiva, 426-neurosis depresiva y 751-abuso o dependencia de alcohol.

TRASTORNOS MENTALES							
	H G SJORGE	H Obispo POLANC	HCU	HU Miguel Servet	H Royo Villanova	H NS GRACIA	TOTAL
425 - Reacción de Adaptación Aguda y Disfunción Psicosocial	18	17	10	10	16		71
428 - Trastornos De Personalidad Y Control De Impulsos	67	24	53	28	26	43	241
427 - Neurosis Excepto Depresiva	27	22	59	19	40		167
430 - Psicosis	364	119	281	237	177		1.178
431 - Trastornos Mentales De La Infancia	9	4	20	7	3		43
424 - Proc. Quirúrgico Con Diagnostico Principal De Enfermedad Mental	1		2	1	1		5
432 - Otros Diagnósticos De Trastorno Mental	2	1	8		1	1	13
426 - Neurosis Depresivas	34	9	24	51	49		167
429 - Alteraciones Orgánicas y Retraso Mental	18	4	14	7	9		52
total CDM 19	540	200	471	360	322	44	1.937

USO DE DROGAS/ALCOHOL Y TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS INDUCIDOS							
	H G SJORGE	H Obispo POLANC	HCU	HU Miguel Servet	H Royo Villanova	H NS GRACIA	TOTAL
749 - Abuso o Dependencia de Alcohol, Alta Voluntaria	8	3	1	4	9		25
744 - Abuso o Dependencia de Opiáceos con cc	1	3	1	2	1		8
745 - Abuso o Dependencia de Opiáceos sin cc	6	1		9	3		19
750 - Abuso o Dependencia de Alcohol, Con cc	13		6	5	7		31
746 - Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas, Alta Voluntaria	3	2	1		3		9
747 - Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas con cc	4	3	1	2			10
751 - Abuso o Dependencia de Alcohol, sin cc	13	16	11	23	46		109
748 - Abuso o Dependencia de Cocaína u Otras Drogas sin cc	12	2	19	13	12		58
743 - Abuso o Dependencia de Opiáceos, Alta Voluntaria		2		1	1		4
total CDM 20	60	32	40	59	82		273

La edad de las personas ingresadas más frecuente ha sido en el intervalo de edad de 15 a 44 años

	Hombre		Mujer	
	Casos	%	Casos	%
75 a. o más	54	2,25	120	5,00
65 - 74 a.	74	3,09	113	4,71
45 - 64 a.	383	15,97	402	16,76
15 - 44 a.	629	26,23	578	24,10
1 - 14 a.	20	0,83	25	1,04
Total	1.160	100,00	1.238	100,00

En la Red de **Rehabilitación e Inserción Social** reciben atención los siguientes pacientes

Centro de Día	404 pacientes
Media estancia	113 pacientes
Larga Estancia	549 pacientes
Pisos	112 pacientes
Acompañamiento	79 pacientes
Inserción laboral	161 pacientes
Comunidad Terapéutica	45 pacientes

El nivel de cumplimentación de la escala HoNOS que realizaron los centros de día a los pacientes activos en obtuvo una puntuación media del 99,7%. El promedio de la puntuación de la escala HoNOS en los pacientes activos de los diferentes centros de día osciló entre los 8,4 puntos y los 26,9 con una media de 17,13 puntos. La cumplimentación de la escala de cronicidad en los diferentes centros de día tuvo un valor promedio de 94,5%, similar a la de 2011. El promedio de la escala de cronicidad osciló entre los 39,5 y los 50,9 puntos, con un valor promedio de 46,28 puntos.

La tabla siguiente recoge los diagnósticos principales que incluyen al 80% de los pacientes activos de los Centros de Día de Salud Mental.

DESCRIPCION CIE 10	N	%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	151	23,5%
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	47	7,3%
ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	46	7,2%
ESQUIZOFRENIA.	38	5,9%
TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS.	30	4,7%
TRASTORNO BIPOLAR.	30	4,7%
TRASTORNOS MIXTOS Y OTROS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	16	2,5%
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, NO ESPECIFICADO	15	2,3%
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, NO ESPECIFICADO	15	2,3%
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	15	2,3%
TRASTORNO ESQUIZOTIPICO	14	2,2%
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	12	1,9%
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO DEPRESIVO	9	1,4%
OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS DE ORIGEN NO ORGANICO	9	1,4%
PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA	9	1,4%
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	8	1,2%
TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA PERSONALIDAD.	8	1,2%
TRASTORNO DELIRANTE	7	1,1%
DISTIMIA	7	1,1%
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MANIACO	7	1,1%
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANSIOSA (EVASIVA, ELUSIVA)	6	0,9%
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MIXTO	6	0,9%
TRASTORNO ESQUIZOIDE DE LA PERSONALIDAD	6	0,9%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION	6	0,9%

El nivel de cumplimentación de la escala HoNOS y de cronicidad realizado por los centros hospitalarios de salud mental a los pacientes activos fue del 100% y 86% respectivamente. El promedio de la escala HoNOS en los pacientes activos (ingresados) de los diferentes centros osciló entre los 11,7 puntos y los 26,5. El promedio de la escala de cronicidad osciló entre los 55,9 y los 60,3 puntos.

La tabla siguiente recoge los diagnósticos principales de los pacientes activos de los Hospitales de Salud Mental.

DESCRIPCION CIE 10	N	%
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	151	26,5%
ESQUIZOFRENIA RESIDUAL	77	13,5%
ESQUIZOFRENIA HEBEFRENICA	41	7,2%
ESQUIZOFRENIA CATATONICA	29	5,1%
ESQUIZOFRENIA INDIFERENCIADA	28	4,9%
ESQUIZOFRENIA.	24	4,2%
TRASTORNOS ESQUIZOAFECTIVOS.	24	4,2%
ESQUIZOFRENIA SIMPLE	14	2,5%
RETRASO MENTAL MODERADO.	12	2,1%
TRASTORNO BIPOLAR.	11	1,9%
RETRASO MENTAL LEVE.	10	1,8%
TRASTORNOS DE IDEAS DELIRANTES PERSISTENTES.	7	1,2%
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MANIACO	7	1,2%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN REMISION	6	1,1%
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	5	0,9%
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	5	0,9%
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD, NO ESPECIFICADO	5	0,9%

El número de pacientes que en el año 2015 requirieron **incapacidad temporal** por trastornos de salud mental fue de 6351, siendo los diagnósticos más frecuentes: reacción al estrés, depresión y trastornos distímicos. El número de días de baja laboral fue de 293.160, con una duración media por paciente de 60 días.

Grupo CIE9	Nº Pacientes
Reacción aguda al stress. Reacción de adaptación.	4.370
Trastorno depresivo.	940
Trastorno distímico.	589
T. personalidad.	160
Psicosis.	119
Esquizofrenia.	60
Psicosis afectivas.	57
Otros Trastornos y trastornos de alimentación no especificados.	16
Trastornos Obsesivos compulsivos.	16
Trastorno mental inducido por drogas.	12
Trastornos somatomorfos.	12
Total	6.351

2.6. ACTIVIDAD ASISTENCIAL SALUD MENTAL

Atención Primaria.

Promoción comunitaria de la salud mental.

Se entiende por actividad comunitaria⁴⁷ realizada por un EAP a toda aquella acción en salud dirigida a promover la salud y/o el bienestar de la comunidad que presenta los siguientes criterios:

- La actividad no debe ser una actividad puntual o aislada, sino que forma parte de un proyecto o programa más amplio.
- Los profesionales del centro de salud participan en ella de alguna manera en representación del EAP, no es una participación a título personal.
- La comunidad a la que va dirigida ha participado en el origen o en el desarrollo de la actividad, de una forma más activa que como público pasivo. También puede ser una actividad intersectorial, es decir, en la que colaborarán sectores diferentes al sanitario.

En el censo del estudio realizado por la autora anteriormente citada se observa la escasa importancia que estas actuaciones tienen en el ámbito de la salud mental. En el catálogo de actuaciones de promoción comunitaria de salud se relacionan los siguientes proyectos:

Adolescencia, participación comunitaria, alcohol.

Alcohol.

Alcohol, cáncer femenino, salud medioambiental.

Alcohol, diabetes, inmigración.

Demencia.

Desarrollo infantil, relaciones familiares, salud mental.

Educación, salud mental, crianza.

Manejo estrés.

Mascotas, alcohol.

Relajación, modulación de la voz, salud mental.

⁴⁷ *Benedé, B. Actividades comunitarias desarrolladas en la atención primaria de salud a través de los equipos de atención primaria de Aragón. Tesis Doctoral 2015.*

Salud mental.

Trastornos depresivos.

Técnicas relajación, control ansiedad.

Violencia de género, salud emocional, habilidades para la vida diaria.

Estrategias y técnicas de control de estrés.

Interconsultas solicitadas

Los pacientes derivados desde Atención Primaria a las USM representan un porcentaje inferior al 3% del total de las derivaciones.

	ALCAÑIZ	BARBASTRO	CALATAYUD	HUESCA	TERUEL	S- I	S-II	S-III	TOTAL
PSICOGERIATRIA	1	0	0	51	2	4	5	12	75
PSICOLOGIA	168	216	94	569	175	718	944	802	3686
CORTA ESTANCIA	101	1	118	146	31	236	564	830	2027
USMIJ	44	170	49	96	43	215	303	470	1390
LARGA ESTANCIA	2	0	5	1	0	24	11	8	51
MEDIA ESTANCIA	22	0	17	16	7	41	21	11	135
SALUD MENTAL	450	1198	310	763	430	1680	3315	2112	10258
ATENCIÓN TEMPRANA	12	11	2	3	1	34	86	14	163
U. DESINTOXICACION	4	90	1	34	1	12	31	11	184
TOTAL	804	1686	596	1679	690	2964	5280	4270	17969
	71117	107480	47255	107534	74933	196383	387465	300082	1292249
Derivaciones/1.000 hb	11,31	15,69	12,61	15,61	9,21	15,09	13,63	14,23	13,91

Actividad Unidades de Corta Estancia

	H.S. Jorge	H.O. Polanco	HCU
Estancias	6994	3799	9164
Ingresos Programados	141	8	145
Ingresos Urgentes	490	226	489
Traslados Internos	16	5	43
Ingresos Totales	631	234	634
EM	11,08	16,24	14,45
IO	91,25	86,74	96,56
Peso GRD	1,27	1,13	1,17
% reingresos	49,85	26,90	38,11
	HMS	HRV	HNSG
Estancias	6937	7557	2593
Ingresos Programados	5	78	30
Ingresos Urgentes	422	476	20
Traslados Internos	29	11	0
Ingresos Totales	427	554	50
EM	16,25	13,64	51,86
IO	100,47	86,27	71,04
Peso GRD	1,17	1,09	1,03
% reingresos	32,4	44,36	10,24

SALUD	Estancias	37044
	Ingresos Programados	407
	Ingresos Urgentes	2123
	Traslados Internos	104
	Ingresos Totales	2530
	EM	14,64
	IO	90,68

Consumo y evolución de fármacos en Salud Mental

El número de envases prescritos por recetas en el periodo 2015/2012 ha crecido un 5,65%

	2012	2013	2014	2015	15/12
Nº envases	1.931.966	1.954.434	2.029.333	2.041.159	5,65%

Su impacto sobre el número de recetas totales ha evolucionado, en el mismo periodo, de un 6,93% a 7,54%

	2012	2013	2014	2015
% envases sobre total	6,93%	7,51%	7,63%	7,54%

El crecimiento se produce en benzodiazepinas y otros antipsicóticos que es el subgrupo que más ha crecido.

ENVASES	2012	2013	2014	2015	2016	2013/2012	2014/2013	2015/2014
BENZODIAZEPINAS (ANSIOLITICOS)	1.133.313	1.162.656	1.208.139	1.212.541	1.030.776	2,59%	3,91%	0,36%
BENZODIAZEPINAS (HIPNOTICOS Y SEDANTES)	289.645	288.656	301.081	307.842	266.168	-0,34%	4,30%	2,25%
DIAZEPINAS, OXAZEPINAS, TIAZEPINAS Y OXEP	122.559	131.269	143.942	152.496	138.579	7,11%	9,65%	5,94%
MEDICAM.RELAC.CON BENZODIAZEPINAS (HIPN	152.070	150.186	150.665	150.170	127.097	-1,24%	0,32%	-0,33%
OTROS ANTIPSICOTICOS	54.045	52.555	57.402	59.979	50.740	-2,76%	9,22%	4,49%
BENZAMIDAS (ANTIPSICOTICOS)	69.552	63.174	60.617	57.858	45.414	-9,17%	-4,05%	-4,55%
DERIVADOS DIFENILMETANO (ANSIOLITICOS)	30.183	28.718	31.782	27.439	21.948	-4,85%	10,67%	-13,66%
BUTIROFENONAS (ANTIPSICOTICOS)	24.853	24.403	23.065	21.279	16.235	-1,81%	-5,48%	-7,74%
FENOTIAZINAS ALIFATICAS (ANTIPSICOTICOS)	19.660	17.551	16.662	16.311	13.098	-10,73%	-5,07%	-2,11%
OTROS HIPNOTICOS Y SEDANTES	12.161	12.952	15.030	15.446	12.954	6,50%	16,04%	2,77%
LIPIO (ANTIPSICOTICOS)	9.827	9.426	9.172	8.907	7.495	-4,08%	-2,69%	-2,89%
DERIVADOS DE TIOXANTENO (ANTIPSICOTICOS)	3.933	3.661	3.735	3.685	3.287	-6,92%	2,02%	-1,34%
DERIVADOS DE INDOL (ANTIPSICOTICOS)	2.566	2.266	2.072	2.061	1.599	-11,69%	-8,56%	-0,53%
DERIVADOS DE DIFENILBUTILPIPERIDINA (ANTI	1.364	1.293	1.276	1.097	1.010	-5,21%	-1,31%	-14,03%
FENOTIAZINAS PIPERAZINICAS (ANTIPSICOTICO	2.510	2.416	1.772	1.129	744	-3,75%	-26,66%	-36,29%
FENOTIAZINAS PIPERIDINICAS (ANTIPSICOTICO	1.713	1.239	967	904	611	-27,67%	-21,95%	-6,51%
TOTAL	1.931.966	1.954.434	2.029.393	2.041.159	1.739.771	1,16%	3,84%	0,58%

En el mismo periodo el gasto en medicamentos dedicado a salud mental de prescripción hospitalaria ha aumentado en 46,95%, fundamentalmente por el incremento de los nuevos neurolepticos.

	2012	2015	15/12
Antidepresivos	101977	54570	-46,49
Antidepresivos IMAO	29037	1048	-96,39
Antidepresivos Tricíclicos	3004	3802	26,56
Hipnóticos	55295	47336	-14,39
Sedantes	33475	30748	-8,15
Neurolepticos	3538040	5759085	62,78
Otros antidepresivos	57942	19518	-66,31
Otros sedantes	29592	32531	9,93
Psicoanalépticos	194371	50901	-73,81
Psicoestimulantes	25006	4043	-83,83
Psicoanalépticos + Psicoestimulantes	286	51	-82,17
Tranquilizantes	39625	32389	-18,26
TOTAL	4107650	6036022	46,95

Actividad de las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones

Según los datos proporcionados al SEIPAD por las Unidades de atención y seguimiento de adicciones en relación con los inicios de tratamiento anuales de deshabituación y con las Memorias anuales remitidas por los centros que proporcionan tratamiento a drogodependientes, durante el año 2015 se produjeron en estas Unidades 1.373 inicios de tratamiento, distribuidos, según la sustancia principal consignada, de acuerdo con la siguiente tabla:

	Casos	%
Alcohol	588	42,8
Cannabis	363	26,4
Cocaína	183	13,3
Heroína	120	8,7
Anfetaminas	82	6,0
Otras Sustancias	15	1,1
Hipnóticos /Sedantes / Bdz	10	0,7
Metadona	7	0,5
Heroína + Cocaína	4	0,3
Alucinógenos	1	0,1
Total	1.373	100

Distribución de la sustancia principal. Admisión a Tratamiento. Aragón 2015

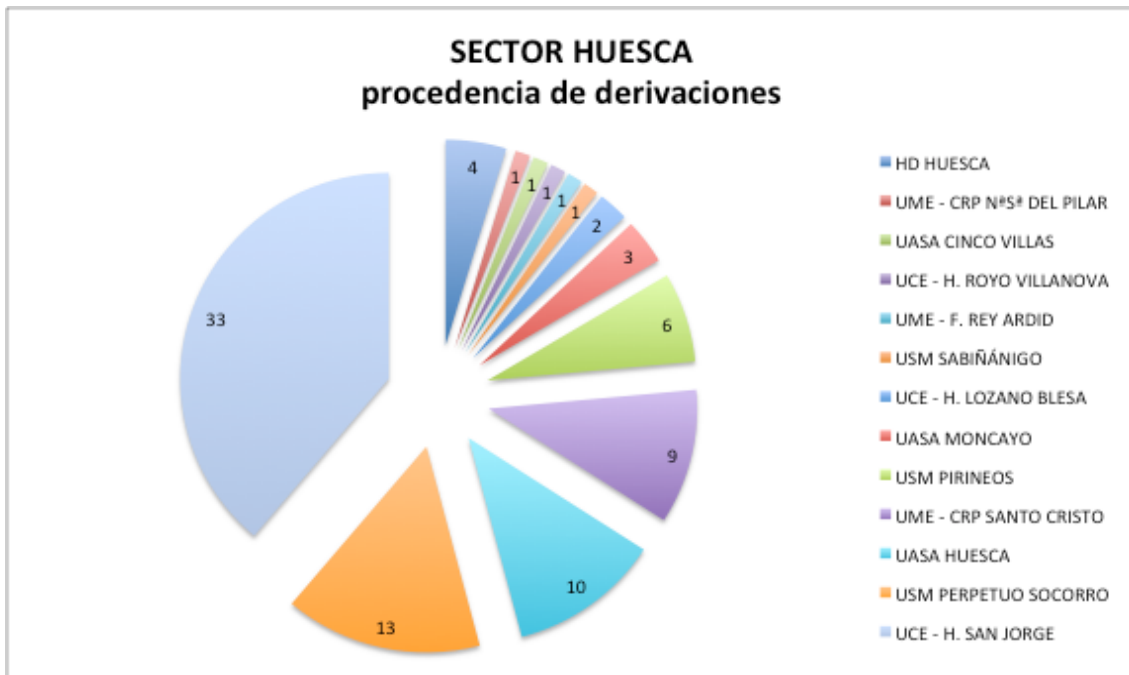
El alcohol representa pues algo más del 42% de los casos que inician tratamiento para deshabituación y algo más de la cuarta parte (26%) corresponde al cannabis. Ambas sustancias vienen siendo la mayor parte de los inicios de tratamiento en la última década. El perfil etario de los pacientes es amplio, correspondiendo el 52% del total a personas entre 36 y 65 años.

Es importante también señalar la distribución de estos inicios de tratamiento según el centro notificante, ya que refleja las diferencias en cuanto al número de pacientes atendidos (CMAPA y UASA Sector I son quienes atienden mayor número de pacientes).

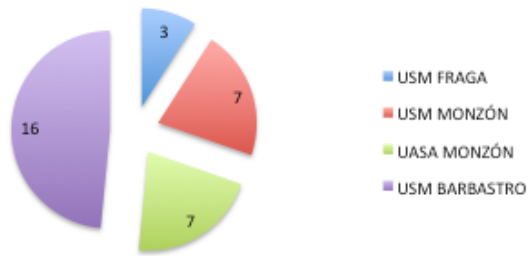
	Casos	%
UASA Huesca	96	7,0
UASA Monzón	151	11,0
UASA Cruz Roja Teruel	118	8,6
UASA Alcañiz	87	6,3
CMAPA Ayuntamiento Zaragoza	272	19,8
UASA Cruz Roja Zaragoza	99	7,2
UASA Centro Solidaridad Zaragoza	219	16,0
UASA Ejea Sociedad Cooperativa	82	6,0
UASA Sector I Hospital Ntra. Sra. de Gracia	248	18,1
Total	1372	100

Admisiones a tratamiento por Centro. Aragón 2015.

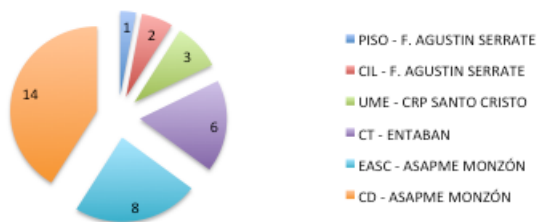
Flujos de derivación a dispositivos de rehabilitación. Año 2015.



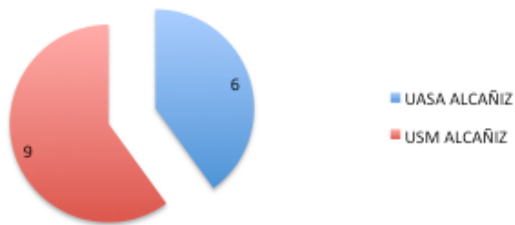
SECTOR BARBASTRO procedencia de derivaciones



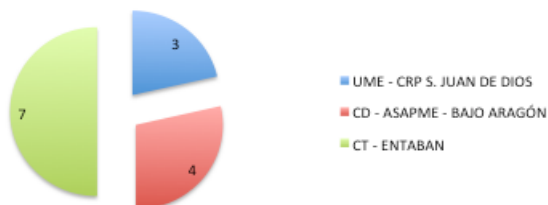
SECTOR BARBASTRO destino derivaciones



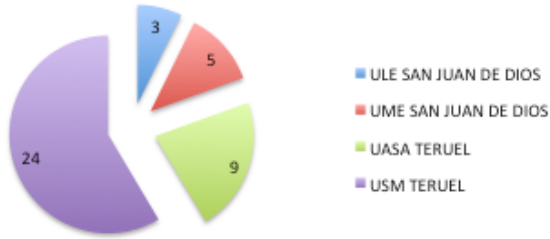
SECTOR ALCAÑIZ procedencia de derivaciones



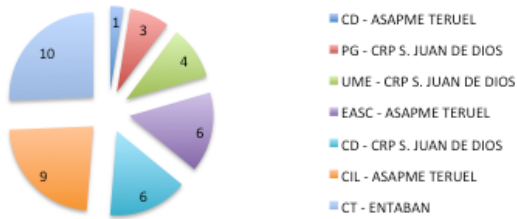
SECTOR ALCAÑIZ destino derivaciones



SECTOR TERUEL
procedencia de derivaciones



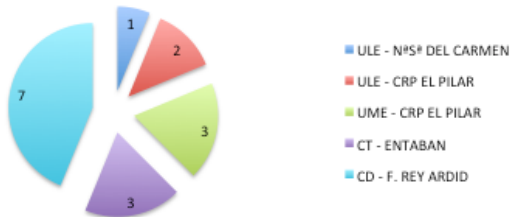
SECTOR TERUEL
destino derivaciones



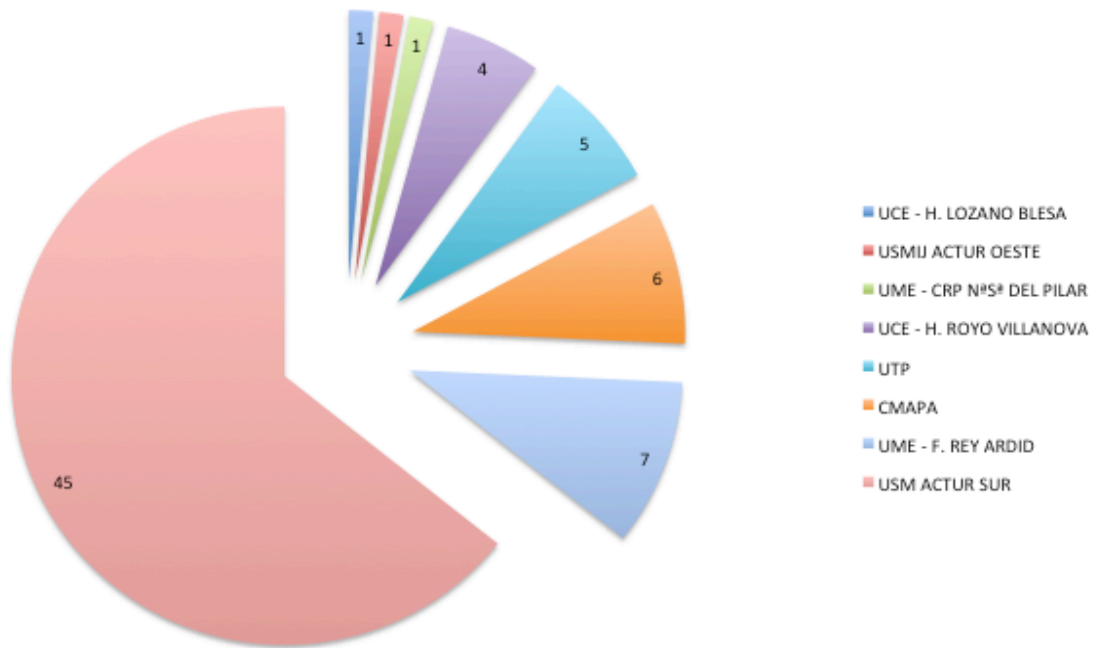
SECTOR CALATAYUD
procedencia de derivaciones



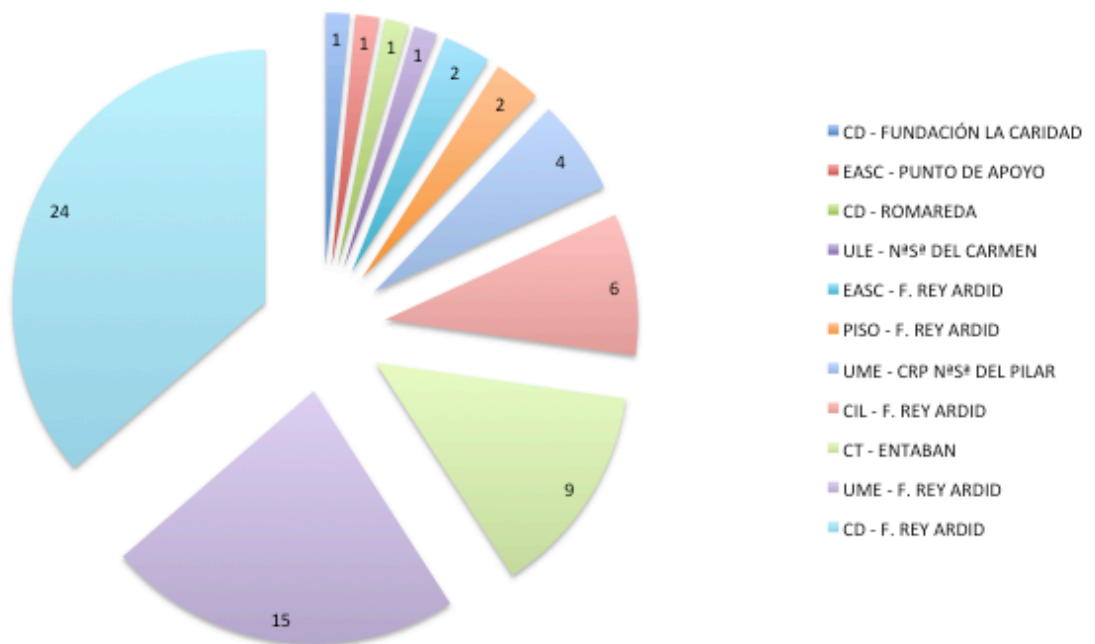
SECTOR CALATAYUD
destino derivaciones



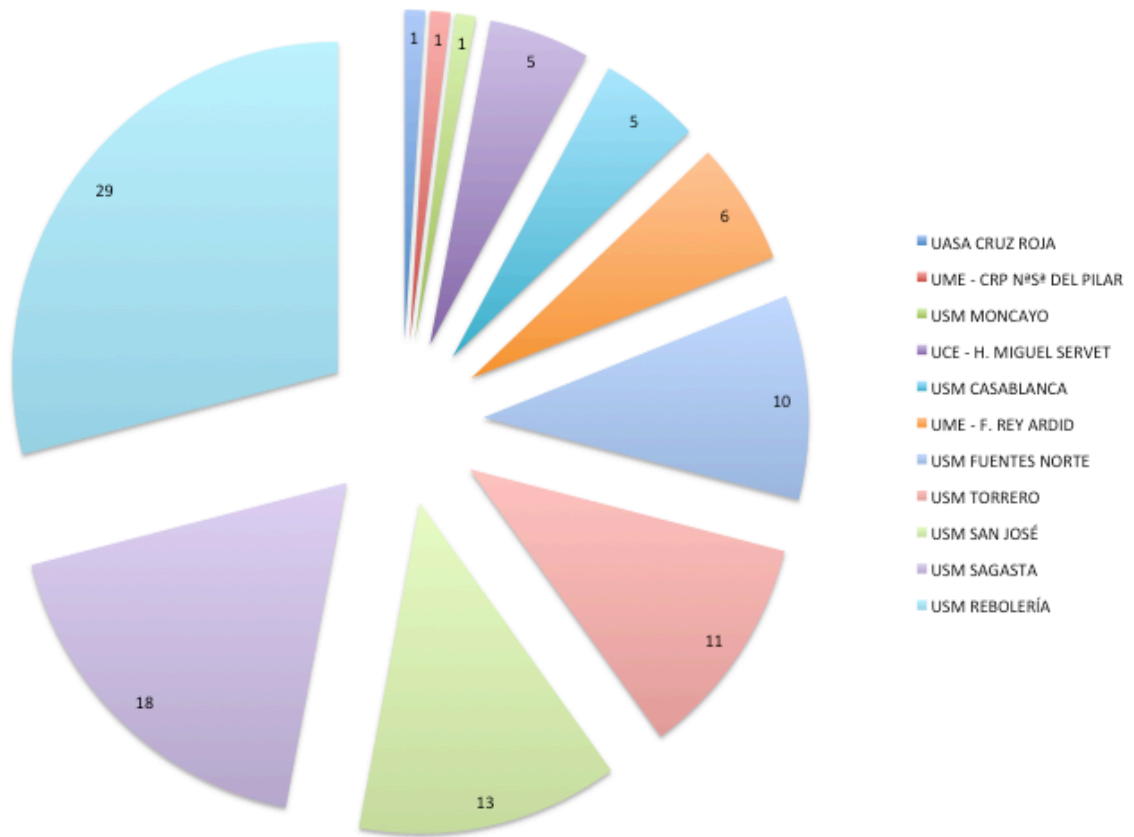
SECTOR ZARAGOZA I procedencia de derivaciones



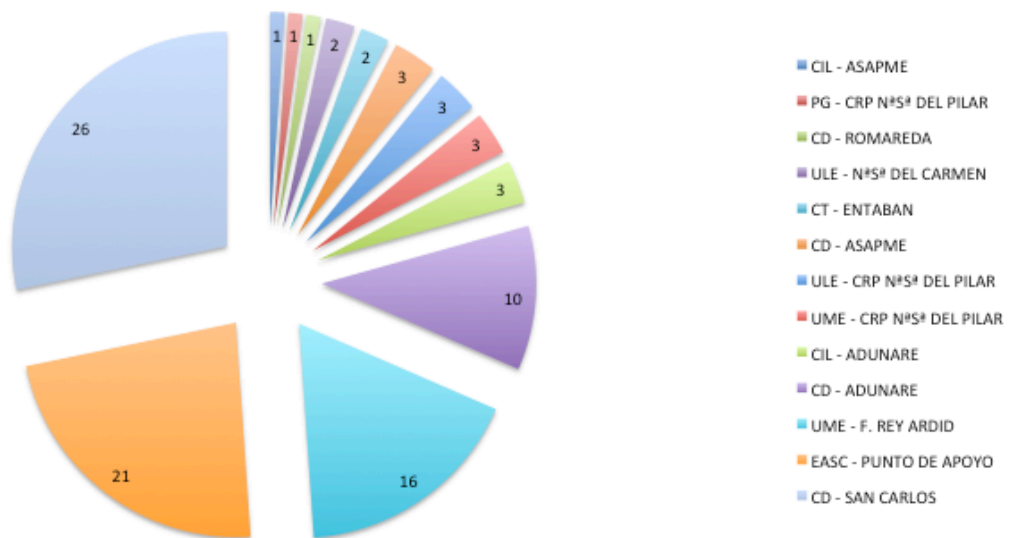
SECTOR ZARAGOZA I destino derivaciones



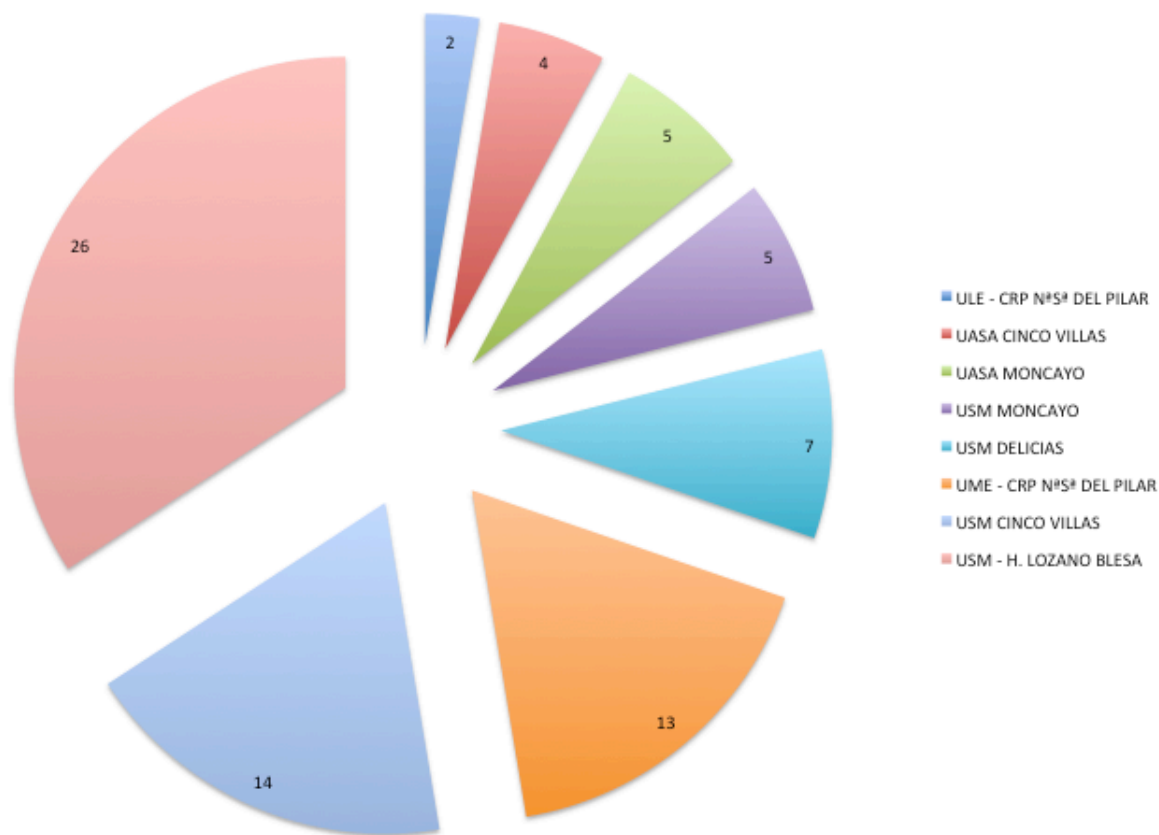
SECTOR ZARAGOZA II procedencia de derivaciones



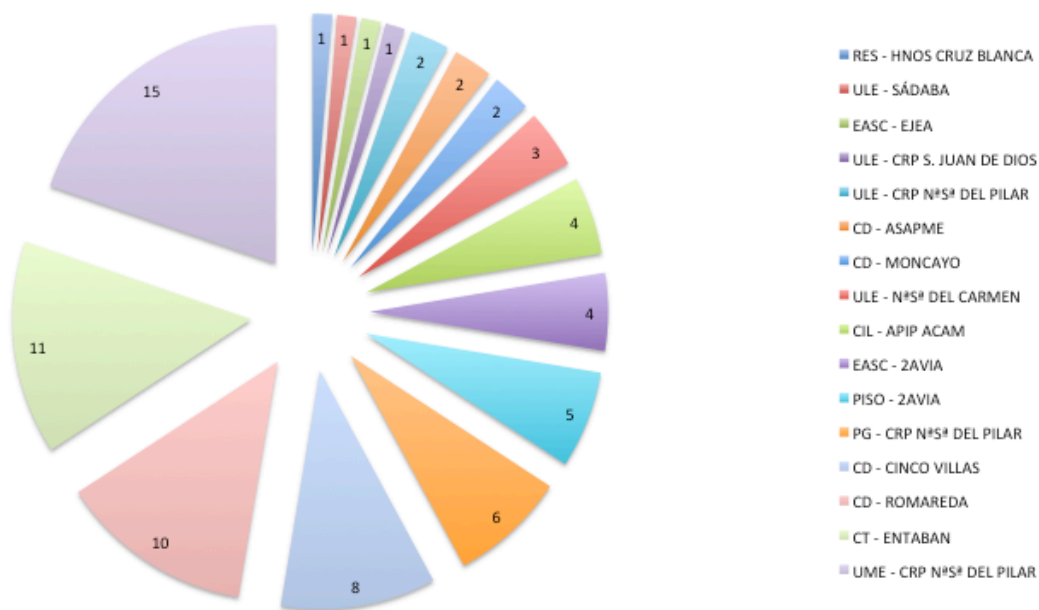
SECTOR ZARAGOZA II destino derivaciones



SECTOR ZARAGOZA III procedencia de derivaciones



SECTOR ZARAGOZA III destino derivaciones



Actividad Urgencias

Durante el año 2015 acudieron a los servicios de urgencias de los hospitales por demandas relacionadas con la salud mental 10.546, de los que tan sólo 2.175 requirieron ingreso. El número de ingresos día osciló entre 1,34 en el H. Rojo Villanova a 0,008 en Calatayud. Fueron derivados a consultas externas 904 pacientes.

	Urgencias Psiquiátricas 2015	Ingresos en servicio de Psiquiatría	Promedio diario de ingresos en psiquiatría
HU MIGUEL SERVET RESIDENCIA GENERAL	3.295	473	1,296
HU MIGUEL SERVET INFANTIL	100	6	0,016
HCU LOZANO BLESA	2.509	487	1,334
H. ROYO VILLANOVA	1.640	492	1,348
H. SAN JORGE HUESCA	1.121	452	1,238
H. BARBASTRO	201	8	0,022
H. OBISPO POLANCO TERUEL	575	237	0,649
H. ERNEST LLUCH CALATAYUD	215	3	0,008
H. ALCAÑIZ	229	9	0,025
H. PROVINCIAL	604	7	0,019
H. JACA	57	1	0,003
Total general	10.546	2.175	5,959

	DESTINO TRAS SU ASISTENCIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. 2015					
	Alta a domicilio	Ingreso en planta de psiquiatría	Derivados a consultas externas	Fuga del servicio	Alta Voluntaria	Traslados a otro centro
HU M.S. RESIDENCIA GENERAL	1.660	473	737	247	67	106
HU MIGUEL SERVET INFANTIL	73	6	20			1
HCU LOZANO BLESA	1.837	487	2	75	24	70
H. ROYO VILLANOVA	997	492	62	62	6	15
H. SAN JORGE HUESCA	573	452	34	28	9	21
H. BARBASTRO	149	8	1		6	24
H. OBISPO POLANCO TERUEL	301	237	1	14	10	11
H. ERNEST LLUCH CALATAYUD	172	3	7	4	3	26
H. ALCAÑIZ	146	9	40	2	2	28
H. PROVINCIAL	556	7		11	11	18
H. JACA	53	1				3
Total general	6.517	2.175	904	443	138	323

En el nivel de triaje cerca de 4000 pacientes presentaban demandas de baja complejidad (Nivel IV y V).

NIVEL DE TRIAJE DE LAS URGENCIAS PSIQUIATRICAS. AÑO 2015						
SU HOSPITALES	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V	Total
HU MIGUEL SERVET RESIDENCIA GENERAL	10	590	2.137	539	19	3.295
HU MIGUEL SERVET INFANTIL		25	43	32		100
HCU LOZANO BLESA	8	148	749	1.511	93	2.509
H. ROYO VILLANOVA	5	141	1.088	389	17	1.640
H. SAN JORGE HUESCA	1	128	804	187	1	1.121
H. BARBASTRO		22	76	103		201
H. OBISPO POLANCO TERUEL	1	55	266	249	4	575
H. ERNEST LLUCH CALATAYUD		22	70	120	3	215
H. ALCAÑIZ	3	20	100	105	1	229
H. PROVINCIAL	1	8	58	495	42	604
H. JACA		1	18	33	5	57
Total general	29	1.160	5.409	3.763	185	10.546

2.7. RECURSOS

Los diferentes recursos y equipos que prestan servicios asistenciales de salud mental, tanto los de titularidad pública como los concertados o contratados, deben formar una red asistencial orientada a las necesidades de los pacientes y su entorno, conectada y coordinada. Se describen y enumeran los dispositivos que la integran.

Tipo de dispositivos:

CD: Centro de Día	UCE: Unidad de hospitalización de Corta Estancia
CDIJ: Centro de Día Infantojuvenil	UCEIJ: Unidad de Corta Estancia Infantojuvenil
CIL: Centro de Inserción Sociolaboral	ULE: Unidad de hospitalización de Larga Estancia
CRP: Centro de Rehabilitación Psicosocial	UME: Unidad de hospitalización de Media Estancia
EASC: Equipo de Apoyo Social Comunitario	UP: Unidad de Psicopatología y Salud Mental de Enlace
HD: Hospital de Día	USM: Unidad de Salud Mental
PG: Psicogeriatría	USMIJ: Unidad de Salud Mental Infantojuvenil
PISO: Piso supervisado	UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
UASA: Unidad de Atención y Seguimiento de Adicciones	UTP: Unidad de Trastornos de Personalidad

Unidades de Salud Mental

Equipo interdisciplinario especializado que atiende los problemas de salud mental de personas mayores de 18 años que son derivadas, fundamentalmente, desde Atención Primaria, a la que dan apoyo.

Representan el elemento clave de toda la red de recursos y dispositivos de salud mental, ya que debe ser referente clínico del paciente, fundamentalmente de personas con trastorno mental grave, y se coordinará con otros recursos y equipos con la finalidad de su rehabilitación e inserción laboral bajo el modelo de recuperación.

SECTOR	UNIDAD DE SALUD MENTAL	POBLACIÓN DE REFERENCIA > 18 AÑOS	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TCAE	OTRO (celador, mantenimiento, administración, etc.)	ADMINISTRATIVO
HUESCA	USM PIRINEOS	36206	2	1,9	1				
	USM PERPETUO SOCORRO	16711	1	1	0,5				
	USM JACA	18276	1	0,5	0,5				
	USM SABIÑÁNIGO	7936	0,4	0,5	0,5				
	USM SARIÑENA - GRAÑÉN	10207	1	0,1					
BARBASTRO	USM BARBASTRO	32116	2	1	1				1
	USM MONZÓN	38627	3	2	1				1
	USM FRAGA	18535	0,4	0,4	0,4				
ZARAGOZA I	USM ACTUR SUR	157363	6	3,2	3	2		3	
ZARAGOZA II	USM REBOLERÍA	64169	3	1	1				1
	USM CASABLANCA	57964	2	1	1				1
	USM SAGASTA-RUISEÑORES	66815	3	2	2				1
	USM LAS FUENTES	38570	2	1	1				1
	USM SAN JOSÉ	46442	2	1	1				1
	USM TORRERO - LA PAZ	54337	2	1	1				1
	USM CINCO VILLAS	36913	1,7	1	1	0,5			
ZARAGOZA III	USM TARAZONA	25413	1	1	1	0,5			
	USM HOSPITAL CLÍNICO	109877	5	0	0,5	0,33	1		0,5
	USM DELICIAS	74886	3	1	1	1		1	1
	USM CALATAYUD	39678	2	1	1				1
TERUEL	USM TERUEL	62686	3	1,6	1			1	
ALCAÑIZ	USM ALCAÑIZ	58918	2,5	1,33	1				

Unidades de Salud Mental Infantojuvenil

Equipo multiprofesional especializado que atiende los problemas de salud mental o situaciones de riesgo o sospecha de padecerlos, de la población menor de 18 años de edad que son derivados fundamentalmente desde Atención Primaria.

Realizan la detección precoz, diagnóstico diferencial, atención y el seguimiento de los niños y jóvenes con problemas de salud mental, siendo fundamental su coordinación con otros profesionales y recursos sanitarios y otros de los diferentes ámbitos que intervienen con estos menores (educación, servicios sociales, justicia, etc.).

SECTOR	UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL	POBLACIÓN DE REFERENCIA < 18 AÑOS	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TCAE	ADMINISTRATIVO
HUESCA	USMIJ HUESCA	17398	1	1	1			
BARBASTRO	USMIJ BARBASTRO	6161	0,8	0,8	0,8			
	USMIJ MONZÓN	7667	0,8	0,8	0,8			
	USMIJ FRAGA	3912	0,2	0,2	0,2			
ZARAGOZA I	USMIJ ACTUR OESTE	38994	1,8	2	1			1
ZARAGOZA II	USMIJ HOSPITAL INFANTIL	17928	1	1	1			
	USMIJ SAGASTA	41898	1	2	1			1
ZARAGOZA III	USMIJ HOSPITAL CLÍNICO	53293	3	1	0,5	0,33	1	0,3
TERUEL	USMIJ TERUEL	11442	1	1	1			
ALCAÑIZ	USMIJ ALCAÑIZ	11644	0,5	0,33				

Unidad de Asistencia y Seguimiento de Adicciones (UASA)

Unidad interdisciplinaria comunitaria orientada al diagnóstico, asistencia y seguimiento de personas, mayores de 18 años, con problemas de adicciones, tanto a sustancias como otros trastornos del control de impulsos (ludopatía, etc.). Al igual que las USM, especialmente en pacientes con patología dual, podrán derivar a los diferentes recursos de hospitalización y/o rehabilitación de la red de salud mental.

SECTOR	UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTOJUVENIL	POBLACIÓN DE REFERENCIA < 18 AÑOS	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TCAE	ADMINISTRATIVO
HUESCA	USMIJ HUESCA	17398	1	1	1			
BARBASTRO	USMIJ BARBASTRO	6161	0,8	0,8	0,8			
	USMIJ MONZÓN	7667	0,8	0,8	0,8			
	USMIJ FRAGA	3912	0,2	0,2	0,2			
ZARAGOZA I	USMIJ ACTUR OESTE	38994	1,8	2	1			1
ZARAGOZA II	USMIJ HOSPITAL INFANTIL	17928	1	1	1			
	USMIJ SAGASTA	41898	1	2	1			1
ZARAGOZA III	USMIJ HOSPITAL CLÍNICO	53293	3	1	0,5	0,33	1	0,3
TERUEL	USMIJ TERUEL	11442	1	1	1			
ALCAÑIZ	USMIJ ALCAÑIZ	11644	0,5	0,33				

Unidades de Corta Estancia

Unidades para la hospitalización breve de pacientes con trastorno mental grave en fase aguda o cualquier otro paciente con una situación clínica que requiera de esta hospitalización. Se coordinará con la USM o UASA de referencia del paciente. Se localizan en hospitales generales y están formadas por un equipo interdisciplinar.

SECTOR	UNIDAD DE CORTA ESTANCIA	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TCAE	OTRO (cuidador, mantenimiento, administración, etc.)	ADMINISTRATIVO
HUESCA	UCE HOSPITAL SAN JORGE	178614	21	3,8	1	8		8	8	
ZARAGOZA I	UCE HOSPITAL ROYO VILLANOVA	157363	24	4	1	10	1	17		
ZARAGOZA II	UCE HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	388123	19	4	0,5	10	0,5	8	5	1
ZARAGOZA II	UCE HUMS - HOSPITAL DE LA DEFENSA		12	3	1	6		8	5	
ZARAGOZA III	UCE HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	300382	20	3		8	0,5	6		
TERUEL	UCE HOSPITAL OBISPO POLANCO	121604	12	2	0,4	6		8	5	1

Unidades de Psicopatología y Salud Mental de Enlace

Programas interdisciplinarios vinculados a UCE de hospitales generales para la interconsulta y coordinación con el resto de servicios de atención especializada en hospitalización.

SECTOR	UNIDAD DE PSICOSOMÁTICA Y SALUD MENTAL DE ENLACE	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TCAE
ZARAGOZA I	UP HOSPITAL ROYO VILLANOVA	157363	1				
ZARAGOZA II	UP HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	388123	3	2			
ZARAGOZA III	UP HOSPITAL CLÍNICO UNIV. LOZANO BLESA	300382	2		1	0,33	1

Unidad de Corta Estancia Infantojuvenil

Unidad multiprofesional destinada a la hospitalización de niños y niñas preferentemente mayores de 12 años de edad y menores de 18 con patología mental grave en fase aguda o con requerimientos clínicos que hagan imprescindible su estancia en este recurso. Se localiza en hospital general y está formada por un equipo interdisciplinar, cuyo trabajo debe estar en constante coordinación con la USMIJ de

referencia así como con profesionales y recursos de otros ámbitos que intervengan con los menores.

SECTOR	UNIDAD DE CORTA ESTANCIA INFANTOJUVENIL	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	PSIQUIATRA	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TCAE
ZARAGOZA III	UCEIJ HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ	217015	6	1	8	0,33	6

Hospitales de Día

Unidades de hospitalización parcial para pacientes con trastorno mental grave una vez superada la fase aguda o en pacientes que requieren un tratamiento y seguimiento más intensivo, a través de un equipo interdisciplinar, que el que puede ser ofertado desde la USM o UASA. Se localizan en hospitales generales dotados de UCE, a la que estarán vinculados.

SECTOR	HOSPITAL DE DÍA	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TCAE	ADMINISTRATIVO
HUESCA	HD HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS	178614	15	1	1	1,5	0,5	1	2	0,5
ZARAGOZA II	HD HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET	388123	20	1	0,5	1	0,5	1		
ZARAGOZA III	HD HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESÁ	300382	15	1	1	1	0,5	1		

Unidades de Media Estancia

Unidades de hospitalización completa prolongada para pacientes con trastorno mental grave en los que los programas de rehabilitación comunitaria no pueden ser aplicados o son insuficientes, bien por la escasa autonomía o discapacidad, o por graves situaciones sociofamiliares de diferente índole. En ellas se realizan tratamiento farmacológico, psicoterapéutico y rehabilitador. Su labor asistencial debe estar estrechamente relacionada con las USM y UASA, así como con otros equipos o recursos rehabilitadores.

SECTOR	UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	COORDINADOR	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TCAE	MONITOR	OTRO (celador, mantenimiento, administración, etc.)	ADMINISTRATIVO	MÉDICO
HUESCA	UME CRP STO. CRISTO DE LOS MILAGROS	178614	20		1	1	4	0,5	1	12		4,5	0,5	0,33
ZARAGOZA I	UME FUNDACIÓN REY ARDID	545486	39	1	1,5	1	3,5	1	1	8	8	4,78	1	
ZARAGOZA III	UME CRP NTRA. SRA. DEL PILAR	300382	39		2	1	3	1	1	16				
TERUEL	UME CRP SAN JUAN DE DIOS	121604	15		1	0,5	8,5	0,5	0,5	3			0,5	

Unidades de Larga Estancia

Las unidades rehabilitadoras residenciales son unidades de hospitalización completa para pacientes con trastorno mental grave, de larga evolución y problemas de adaptación social que requieren tanto de un apoyo residencial como de una rehabilitación psicosocial prolongada.

SECTOR	UNIDAD DE LARGA ESTANCIA	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	COOR	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TCAE	OTRO (celador, mantenimiento, administración, etc.)	ADMINISTRATIVO	MÉDICO
HUESCA	ULE CRP STO. CRISTO DE LOS MILAGROS	178614	50		1		5	0,5	0,5	19	6	1	0,33
ZARAGOZA III	ULE CRP NTRA. SRA. DEL PILAR	884862	74		3		6	1	1	14			
	ULE EJEA SOCIEDAD COOPERATIVA	884862	36	0,36	1,2	0,54	1,5	0,36	0,36	13,5	1,5	0,6	
TERUEL	ULE CRP SAN JUAN DE DIOS	121604	70		1,5	1	8,5	0,75	1	18	27	3	
ARAGÓN	ULE RESIDENCIA CRUZ BLANCA HUESCA	1072645	9	0,09	0,3	0,135	0,375	0,18		3,375	0,375	0,15	
ARAGÓN	ULE NEUROPSIQUIATRICO NTRA. SRA. DEL CARMEN	1072645	40	0,42	1,4	0,63	1,75	0,84		15,75		1,75	0,7

Unidades de Psicogeriatría

Unidades de hospitalización completa para pacientes, en principio, mayores de 65 años, con trastorno mental grave y problemas de adaptación social que requieren tanto de un apoyo residencial como de una rehabilitación prolongada. Es un dispositivo destinado tanto a pacientes que provienen de otros recursos, como larga estancia, en los que la integración social es muy difícil y su traslado a una residencia asistida no es posible por requerir de unos cuidados sanitarios especializados, como pacientes mayores de 65 años en los que se puede plantear un ingreso que permita, por un tiempo limitado, estabilizar su situación clínica de tal manera que le permita su regreso a su lugar habitual de residencia.

SECTOR	UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	PSIQUIATRA	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TCAE	OTRO (celador, mantenimiento, administración, etc.)	ADMINISTRATIVO	MÉDICO
HUESCA	PG CRP STO. CRISTO DE LOS MILAGROS	178614	40	0,2	5	0,5	0,5	21	4,5	0,5	0,33
ZARAGOZA III	PG CRP NTRA. SRA. DEL PILAR	884862	92	1	10	1	2	42			
TERUEL	PG CRP SAN JUAN DE DIOS	121604	65	1	8,5	0,25	1	32			

Centros de Día

Dispositivos integrados por equipos interdisciplinarios especializados orientados a la rehabilitación del paciente con trastorno mental crónico y dificultades funcionales, así como con riesgo de desadaptación importante. Está enfocado a la recuperación de capacidades cognitivas, habilidades psicosociales, al manejo de la enfermedad y autocuidados. La derivación a este dispositivo se realiza básicamente desde el equipo de la USM o UASA.

SECTOR	CENTRO DE DÍA	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	COOR	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TCAE	MONITOR	ADMINISTRATIVO
HUESCA	CD ARCADIA FUNDACIÓN AGUSTÍN SERRATE	106734	75	1		1,5	1	1	1		4	0,4
BARBASTRO	CD ASAPME MONZON	107018	26	1		1	1	1			2	0,2
ZARAGOZA I	CD FUNDACIÓN REY ARDID	157363	68	1		1,5	1	1	1		4	0,4
ZARAGOZA II	CD TORRERO FUNDACIÓN ADUNARE	164031	30	1		1		1			2	0,2
	CD SAN CARLOS CÁRITAS	65492	22	1		1		1			2	0,2
	CD ASAPME ZARAGOZA	132307	48	1		1		1,5	1		3	0,3
ZARAGOZA III	CD ROMAREDA	184763	60		1	1	2		1	2		
	CD EJEA SOCIEDAD COOPERATIVA	36913	43	1		1		1,5	1	3		0,3
CALATAYUD	CD FUNDACIÓN REY ARDID CALATAYUD	39678	20	0,5		0,5		0,5			1	0,1
TERUEL	CD CRP SAN JUAN DE DIOS	62686	20		1	0,5	1	0,5	0,5	1		0,5
ALCAÑIZ	CD ASAPME BAJO ARAGÓN	58918	20	0,5		0,5		0,5			1	0,1
ARAGÓN	CD EL ENCUENTRO. LA CARIDAD.	1072645	29	1		1	1		3	3		1

Centro de Inserción Laboral (CIL)

Centros con equipos interdisciplinarios orientados a la capacitación e inserción laboral de personas con trastorno mental grave, especialmente en aquellas personas más jóvenes, en las que hay que favorecer y apoyar su empleabilidad, permitiendo recorridos vitales más autónomos y adaptados.

SECTOR	CENTRO DE INSERCIÓN LABORAL	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	COOR	TERAPEUTA OCUPACIONAL	TCAE	MONITOR	ADMINISTRATIVO
HUESCA	CIL FUNDACIÓN AGUSTÍN SERRATE	178614	66	1,2	4		3	0,6
ZARAGOZA I	CIL FUNDACIÓN REY ARDID	157363	28	0,8	2,66		2	0,4
ZARAGOZA II	CIL TORRERO FUNDACIÓN ADUNARE	164031	10	0,2	0,66		0,5	0,1
	CIL ASAPME ZARAGOZA	197799	10	0,2	0,66		0,5	0,1
ZARAGOZA III	CIL EJEA SOCIEDAD COOPERATIVA	36913	8	0,2	0,66		0,5	0,1
	TERAPIA OCUPACIONAL CRP NTRA. SRA. DEL PILAR	300382			1	4		
	CIL FUNDACIÓN APIP-ACAM	184763	33	0,8	2,66		2	0,4
TERUEL	CIL ASAPME TERUEL	121604	16	0,4	1,33		1	0,2

Equipo de Atención Social Comunitario (EASC)

Equipo interdisciplinar orientado al trabajo con pacientes con trastorno mental grave que presentan dificultades de seguimiento y vinculación con los recursos clínicos y rehabilitadores. Su objetivo principal es, mediante el trabajo en domicilio, con la familia y entorno, la vinculación del paciente con los recursos sanitarios y, fundamentalmente, los rehabilitadores que precise, así como la coordinación entre los mismos.

SECTOR	EQUIPO DE ATENCIÓN SOCIAL COMUNITARIO	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	PSICÓLOGO CLÍNICO	TRABAJADOR SOCIAL	MONITOR	ADMINISTRATIVO
BARBASTRO	EASC ASAPME MONZON	107018	15	0,5	0,5	0,4	0,05
ZARAGOZA I	EASC FUNDACIÓN REY ARDID	157363	8	0,33	0,33	0,3	0,025
ZARAGOZA II	EASC PUNTO DE APOYO Y REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL	388123	25	0,8	0,8	0,6	0,1
ZARAGOZA III	EASC 2 AVIA	184763	10	0,33	0,33	0,3	0,025
	EASC EJEJA SOCIEDAD COOPERATIVA	36913	12	0,5	0,5	0,4	0,05
TERUEL	EASC ASAPME TERUEL	121604	9	0,33	0,33	0,3	0,025

Centro de Día Infantojuvenil

Dispositivo integrado por un equipo interdisciplinar especializado en la atención a niños menores de 18 años de edad con patología mental grave. Está orientado a la rehabilitación del paciente, a su recuperación funcional y adaptación a su medio sociofamiliar y escolar. Cuenta con el apoyo docente de profesores de pedagogía terapéutica. La derivación a este dispositivo se realiza desde el equipo de la USMIJ.

SECTOR	CENTRO DE DÍA INFANTOJUVENIL	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TERAPEUTA OCUPACIONAL
ZARAGOZA I	CD INFANTOJUVENIL MOVERA	217015	10	0,2	1	1	1	1

Pisos Supervisados

Los pisos supervisados para personas con TMG son dispositivos cuya finalidad es ofrecer una alternativa residencial, a la vivienda propia u otro tipo de residencia, con el apoyo del equipo interdisciplinar. Es un recurso fundamental para prevenir la

desadaptación, evitar recaídas, y favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de estas personas. Esta residencia se debe combinar con las adecuadas intervenciones en rehabilitación.

Es fundamental que las personas con enfermedad mental que residan en pisos supervisados reciban el apoyo y seguimiento del equipo de su USM de referencia.

SECTOR	PISOS SUPERVISADOS	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	COOR	TRABAJADOR SOCIAL	MONITOR	OTRO (celador, mantenimiento, administración, etc.)
HUESCA	PISOS FUNDACIÓN AGUSTÍN SERRATE	106734	18	1	0,02	1	0,02
BARBASTRO	PISOS REMOS - FUNDACIÓN GUAYENTE	107018	5	0,06		0,5	
ZARAGOZA I	PISOS FUNDACIÓN REY ARDID	157363	32	0,48		4	
ZARAGOZA III	PISOS 2 AVIA	184763	12	0,18		1,5	
	PISOS EJEA SOCIEDAD COOPERATIVA	36913	27	0,42		3,5	
ALCAÑIZ	PISOS ASAPME BAJO ARAGÓN	58918	4	0,06		0,5	
ARAGÓN	PISOS EL ENCUENTRO - FUNDACIÓN LA CARIDAD	1072645	14	0,21		1,75	

Unidad de Trastorno de la Personalidad - Unidad de Trastorno de la Conducta Alimentaria de adultos – Hospital de Día de Conducta Alimentaria y Trastornos de la Personalidad

Unidad monográfica multiprofesional especializada en el tratamiento integral de los trastornos de la personalidad. Incluye hospitalización, tratamiento en hospital de día y seguimiento ambulatorio, está localizada en el Hospital Ntra. Sra. de Gracia y dotada de todos los recursos necesarios para una atención integral de los pacientes excepto de terapeuta ocupacional.

Compartiendo ubicación se encuentra la Unidad monográfica multiprofesional especializada en el tratamiento integral de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en adultos. Dotada de todos los recursos necesarios para una atención integral de los pacientes, comparten psiquiatra y trabajadora social, el ingreso, si se precisa, en espacios y con profesionales comunes a la UTP.

El Hospital de Día de Conducta Alimentaria y Trastornos de la Personalidad se encuentra también en la misma ubicación que las anteriores, comparte con estos equipos: psiquiatra, psicólogo clínico y trabajadora social, tiene dedicación a jornada

completa de una enfermera especialista en salud mental y un TCAE. Realiza tratamiento intensivo en horario de mañana con personas con problemas de conducta alimentaria y/o trastornos de la personalidad.

SECTOR	UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL	TRABAJADOR SOCIAL	TCAE	OTRO (celador, mantenimiento, administración, etc.)
ZARAGOZA I	UTCA HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA	1072645	2	1	1	2	0,5	1	0,33
	UTP HOSPITAL NTRA. SRA. DE GRACIA	1072645	6	2	1	7	0,5	7	0,33
	HOSPITAL DE DÍA UTP-UTCA	1072645	9	0,5	0,5	1		1	0,33

Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria Infantojuvenil

Unidad monográfica multiprofesional especializada en el tratamiento integral de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en menores de 18 años de edad.

Existe una unidad de trastornos de la conducta alimentaria de adolescentes en el Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa dotada de recursos necesarios para una atención integral de los pacientes. Esta Unidad está vinculada al equipo de salud mental infantojuvenil de ese mismo hospital.

SECTOR	UNIDAD DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA INFANTOJUVENIL	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO CLÍNICO	ENFERMERO ESP SALUD MENTAL
ZARAGOZA III	UTCA IJ HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA	217015	1	1	1

Comunidad Terapéutica (CT)

Unidad monográfica residencial terapéutica, con equipo interdisciplinar, para el abordaje intensivo de la deshabitación y rehabilitación de personas con problemas de adicciones. Se accede mediante derivación de las UASA preferentemente, o de las USM de referencia.

SECTOR	COMUNIDAD TERAPÉUTICA	POBLACIÓN DE REFERENCIA	PLAZAS	COOR	PSICÓLOGO CLÍNICO	TRABAJADOR SOCIAL	OTRO (celador, mantenimiento, administración, etc.)	ADMINISTRATIVO	MÉDICO
ARAGÓN	COMUNIDAD TERAPÉUTICA PROYECTO HOMBRE	1072645	45	0,33	0,5	1	5	0,33	0,5

Centros de Prevención Comunitaria de Adicciones (CPC)

El caso de los Centros de Prevención Comunitaria de Adicciones es especialmente relevante, ya que desarrollan en el territorio actividades recogidas en los Convenios anuales de colaboración entre el Departamento de Sanidad, Ayuntamientos y Comarcas, con una larga trayectoria en los ámbitos de prevención de adicciones así como de orientación y seguimiento de casos y familiares. Su experiencia resulta claramente adecuada al modelo comunitario propuesto en el Plan de Salud mental.

Así, estos recursos deben ser incluidos dentro del Plan, tanto en el apartado referido a Recursos como dentro de las Líneas estratégicas 1 (actuación sobre determinantes, autocuidado y hábitos saludables) y 2 (atención de calidad, integral, con continuidad y comunitaria), teniendo en cuenta su cartera de servicios:

- Informar, orientar y asesorar tanto a los individuos implicados en el consumo de drogas, como a las familias de éstos, de la problemática de la drogodependencia y los problemas asociados realizando el diagnóstico de la situación y orientando en cada caso hacia el recurso más adecuado.
- Realizar la detección e intervención temprana de los problemas de adicciones en colectivos vulnerables así como iniciativas de reducción del riesgo.
- Participar como informante clave de los sistemas de información sobre cambios en actitudes y hábitos de consumo.
- Colaborar con el Sistema Educativo en la puesta en práctica de programas escolares de prevención, con apoyo formativo y acompañamiento de las acciones.
- Proporcionar información, formación y asesoramiento en materia de prevención a profesionales, mediadores juveniles y a la Red Comunitaria (Asociaciones de madres y padres, juveniles y otras, mediadores sociales).
- Establecer cauces sistemáticos de coordinación en el nivel local entre los recursos comunitarios y las redes sociales, apoyando su organización y desarrollo.

- Potenciar el desarrollo del tejido asociativo y especialmente el juvenil favoreciendo la participación de los agentes comunitarios y de los jóvenes en la elaboración de programas preventivos.
- Realizar el seguimiento de aquellos pacientes que tras el tratamiento en una Unidad Asistencial precisen una intervención continuada para mantenimiento de la abstinencia y de las habilidades aprendidas, sin descartar intervenciones excepcionales y específicas sobre una situación concreta de consumo.
- Impulsar el establecimiento de políticas locales de prevención de las drogodependencias, desde la perspectiva de la promoción de la salud mediante la elaboración de Planes Locales de Prevención.

2.8. FORMACIÓN – INVESTIGACIÓN

En Aragón están constituidos los siguientes grupos de investigación relacionados con salud mental.

PSIQUIATRÍA DE ENLACE (HCULB)

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Psicósomática y psiquiatría de enlace: validación de instrumentos para la detección temprana de “pacientes complejos”, por comorbilidad psíquica-somática.
- Psiquiatría geriátrica: estudios epidemiológicos descriptivos y analíticos sobre depresiones en población general geriátrica, demencias y trastornos orgánicos y afectivos.
- Investigación en Fenotipo conductual de enfermedad rara Cornelia de Lange.

BIOINFORMACIÓN Y BIOLOGÍA DE SISTEMAS (IACS)

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Principios estructurales y funcionales en el SNC para contribuir al desarrollo de una “Teoría de la Mente” (mediando entre la neurociencia de sistemas y el comportamiento observable).
- Biología de sistemas partiendo del reconocimiento molecular como base de la especificidad biológica.
- Ciencia de la información.

INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DE TCA

Grupo ZARIMA y ZARIMA Prevención de la UMI Unidad mixta de investigación HCULB - Universidad de Zaragoza

El grupo ZARIMA Prevención, equipo interdisciplinar de profesionales de Enfermería y Psiquiatría fundamentalmente, además de Psicología, Antropología, Trabajo social, y

Terapia ocupacional trabaja en la investigación de los TCA como Grupo ZARIMA desde 1995, surge con el objetivo de realizar prevención primaria y secundaria de los trastornos alimentarios en adolescentes escolarizados y comienza su andadura en el año 1999. Fue entonces cuando puso en marcha un programa de intervención escolar para la prevención primaria de los TCA en Zaragoza. Tras el éxito inicial de aquella experiencia, el grupo inició un nuevo programa en 2006. Al pretender que fuese éste un estudio multicéntrico el equipo tuvo que buscar nuevos componentes en las otras ciudades participantes en la investigación, todos ellos pertenecientes a alguna de las profesiones citadas o a Psicopedagogía, Orientación. Ha desarrollado un programa manualizado de acción comunitaria (el currículo ZARIMA) que promueve la salud mental y realiza prevención primaria y secundaria. Ha sido incluido en el Directorio de Proyectos en Europa, Promoción de Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, M.H.E. financiado por la Comisión Europea (Mental Health Europe, 2001) y recomendado para su empleo con poblaciones de habla hispana en los Estados Unidos (Levine y Smolak, 2006). Se ha gestado en colaboración con la asociación de familiares de personas con TCA (ARBADA) y el Consejo de la Juventud de Aragón (CJA), y fue declarado de interés sanitario y financiado por el Departamento de Salud del Gobierno de Aragón y por el Fondo de Investigación Sanitaria FIS. PI 05/2533.

INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA (HUMS)

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

- Prevención de la depresión.
- Prevención, detección y manejo del Burnout.
- Manejo de los pacientes somatizadores, fibromialgia e hiperfrecuentadores.
- Psicopatología de la inmigración.

Además de la formación que se realiza en las unidades clínicas y centros se desarrolla formación estratégica organizada en tres formatos:

Formación continua presencial organizada por el IACS

- Técnicas Cognitivo-Conductuales en la Psicoeducación Familiar del Trastorno Mental Grave. Proceso de Implementación de una Guía de Práctica Clínica.
- Intervención Familiar y Manejo Grupal en la Psicoeducación Familiar del Trastorno Mental Grave. Proceso de Implementación de una Guía de Práctica Clínica.
- Formación para implementar el programa PROENFA (programa de entrenamiento y capacitación para familiares y cuidadores de personas con trastornos mentales graves) en Aragón.

Jornadas de pacientes dirigidas a sanitarios y no sanitarios

- Anorexia y bulimia: sistema sanitario, familia y escuela. El equipo para el cambio.
- Depresión. Importancia de la familia.
- Autismo. Medicación. Efectos secundarios.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Programas focuss (estancias de profesionales sanitarios en centros con programas acreditados)

- Escuchar y atender el lado psicológico de la salud del niño (Unidad de Salud Mental Infantojuvenil Sagasta).
- Manejo del Paciente psiquiátrico en la Unidad de corta estancia y hospital de día (Servicio de Psiquiatría H. Miguel Servet).
- Habilidades clínico-terapéuticas en salud mental para AP (Servicio de Psiquiatría H. Miguel Servet).
- Abordaje ambulatorio intensivo para pacientes mentales graves. Hospital de día (Hospital de día, H. Clínico Lozano Blesa).

INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

Líneas de investigación con apoyo del IIS

- Salud física y Trastorno Mental Grave.

- Necesidades formativas en salud mental de Enfermeras generalistas y especialistas en salud mental. En colaboración con Trinity College. Dublin.
- Proyecto para la prevención del suicidio en los sectores Huesca y Barbastro.

2.9. ASOCIACIONES

En Aragón existen diversas entidades que representan a las personas con enfermedad mental y sus familiares.

Muchas de ellas se asocian en la Federación de Asociaciones Aragonesas Pro-Salud Mental (FEAFES – ARAGÓN), que define su misión como “la mejora de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y de sus familias, la defensa de sus derechos y la representación del movimiento asociativo pro salud mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Entre los fines de la organización se encuentra la representación de las personas con problemas de salud mental y de sus familias ante los organismos oficiales, así como la coordinación con otras entidades afines. Todo ello en favor de una mejora en la atención sanitaria y social de este colectivo”.

- Agrupación Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias de Caspe y Comarca (AFEDACC).
- AL-ANON.
- Alcohólicos Anónimos (AA).
- Asociación “Cinco Villas” de Alcohólicos Rehabilitados.
- Asociación Aragonesa de Familiares de Enfermos con Trastornos de Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia (ARBADA).
- Asociación Aragonesa de Jugadores de Azar en Rehabilitación (AZAJER).
- Asociación Aragonesa por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (AATEDA).
- Asociación Aragonesa Pro Salud Mental Zaragoza (ASAPME- ZARAGOZA).
- Asociación Asperger y TGD de Aragón.
- Asociación Augusta de enfermos mentales en Calatayud (ASAEME).
- Asociación Augusta de Enfermos Mentales y Familiares (ASAEME).
- Asociación Bajoaragonesa Turolense de Toxicómanos y Alcohólicos Rehabilitados (ABATTAR).
- Asociación de Afectados por las Drogas de Jaca y Comarca (NAXÉ).

- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados “ALBADA”.
- Asociación de Alcohólicos Rehabilitados “BILBILIS”.
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Barbastro (AFEDAB).
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Fraga (AFEDAF).
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Huesca (AFEDAH).
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Monzón (AFEDAM).
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Teruel (AFEDA TERUEL).
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Zaragoza (AFEDA).
- Asociación de Familiares de Enfermos Depresivos de Aragón (AFDA).
- Asociación de Familiares de Trastornos de Personalidad “EL VOLCÁN”.
- Asociación de Familiares y Enfermos de Alzheimer y otras Demencias del Bajo Aragón (ADABA).
- Asociación de Familias Romareda (AFAR) - Asociación “EL PUERTO”.
- Asociación de Familias y Amigos de Proyecto Hombre.
- Asociación Familias Aragonesas con pacientes de Síndrome de Tourette y Trastornos Asociados (AFAPSTTA).
- Asociación Oscense Pro Salud Mental (ASAPME Huesca Delegación Jaca).
- Asociación Oscense Pro Salud Mental (ASAPME Huesca Delegación Monzón).
- Asociación Oscense Pro Salud Mental (ASAPME- HUESCA).
- Asociación Pro Salud Mental Bajo Aragón (ASAPME Bajo Aragón).
- Asociación regional Aragonesa de familiares y profesionales orientada al diagnóstico, investigación, tratamiento y tiempo libre de la hiperactividad, déficit de Atención y trastornos asociados (ATENCIONA).
- Asociación Salud Mental Huesca (ASAPME Huesca).
- Asociación Turolense Pro Salud Mental (ASAPME Teruel).
- Autismo Aragón. Asociación de Padres de Niños Autistas.

- Fundación Doctor Valero Martínez ASAREX.
- Fundación APE Prevención y erradicación de los trastornos de la conducta alimentaria.
- Narcóticos Anónimos.

Recientemente se ha constituido el Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental, que tiene como misión “la asistencia integral a personas afectadas por una enfermedad mental, especialmente desde el campo de la rehabilitación psicosocial.”

Está dirigida a todo ciudadano de nuestra comunidad que sufra un trastorno mental grave, estableciendo y proporcionando las medidas adecuadas que favorezcan su reinserción social y laboral.

La coordinación de los dispositivos existentes y los de nueva creación, en la red de Reinserción y Rehabilitación de Salud Mental en Aragón, es necesaria para nuestra misión y la mejor forma de lograr una calidad de vida digna para el usuario.

Actualmente, las entidades que forman parte de FORUM, son:

- 2.aVía Acompañamiento Terapéutico Sociedad Cooperativa.
- ASAPME Bajo Aragón.
- ASAPME Teruel.
- Asociación Guayente.
- Caritas Diocesana de Zaragoza-CRPS San Carlos.
- Fundación Centro de Solidaridad de Zaragoza.
- Ejea Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social
- Fundación ADUNARE.
- Hermanas Hospitalarias Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen.
- Fundación La Caridad.
- Fundación Ramón Rey Ardid.
- Hermanos de la Cruz Blanca (Huesca)

- Punto de Apoyo y Rehabilitación Psicosocial Comunitaria Soc. Coop.
- ASAPME Huesca.
- Fundación Agustín Serrate.
- ASAPME Zaragoza.

3. ESTRATEGIA Y OBJETIVOS

Las **estrategias** que a continuación se desarrollan parten del análisis de situación y tienen como objeto progresar en la conceptualización positiva que de la **Salud Mental** realiza la OMS en su Plan de acción sobre salud mental 2013-2020:

“Concebida como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad. Con respecto a los niños, se hace hincapié en los aspectos del desarrollo, como el sentido positivo de la identidad, la capacidad para gestionar los pensamientos y emociones, así como para crear relaciones sociales, o la aptitud para aprender y adquirir una educación que en última instancia los capacitará para participar activamente en la sociedad”.

Las estrategias se concretan operativamente en **objetivos** que permiten priorizar las acciones y los proyectos y que pueden ser medidos y evaluados por metas e indicadores concretos.

Siendo requisitos para conseguir los objetivos y metas que se proponen:

- Un Sistema de Salud de Aragón con financiación pública, accesible a todos los ciudadanos, sostenible por una financiación suficiente y una gestión eficiente y en el que las personas puedan participar activamente en su salud individual y colectiva.
- Un Sistema de Salud de Aragón que tenga como objetivo principal el mejorar la salud de los ciudadanos, priorizando la pertinencia de proyectos y actuaciones en virtud de la efectividad y la consecución de los resultados en la prevención, la disminución de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida.

Línea Estratégica 1: Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

La salud mental, al igual que la salud en general, de cada persona viene condicionada por múltiples determinantes: biológicos, familiares, sociales, económicos, educativos, medioambientales, etc.

La OMS en numerosas reuniones y declaraciones ha venido recomendando las prácticas de prevención y promoción de la salud como las estrategias más efectivas para mejorar la salud de las personas y comunidades. En el año 2010, y basada en el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud del 2008, se presenta la Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas que hace hincapié en que la mejor forma de alcanzar los objetivos de gobierno consiste en que todos los sectores incluyan la salud y el bienestar como componente esencial de la formulación de políticas, ya que las causas de la salud y el bienestar están fuera del ámbito del sector de la salud y tienen una génesis económica y social. La Declaración de Adelaida perfila la necesidad de un nuevo contrato social entre todos los sectores, y refuerza el trabajo intersectorial para hacer avanzar el desarrollo humano, la sostenibilidad y la equidad, así como para mejorar los resultados sanitarios.

En el caso de la salud mental es conocido que la pobreza y el nivel educativo representan un riesgo y una situación que se presenta en todas las comunidades. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

Al igual que existen evidencias de que los determinantes sociales y las desigualdades son causa de enfermedad y malestar mental, también existe evidencia científica en que las intervenciones de prevención y promoción de salud que pueden realizarse en políticas públicas interinstitucionales, en el sistema sanitario y en la práctica clínica, pueden favorecer la salud de las personas⁴⁸.

⁴⁸Padilla Bernáldez J, López Ruiz MV. Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. *FMC*. 2016;23(2):50-60

Por lo tanto las actuaciones para mejorar la salud mental no deben centrarse solamente en actividades de recuperación o exclusivas de los sistemas sanitarios. Para ser efectivas requieren la participación de distintos sectores administrativos e institucionales y contar con la participación de los activos y entidades en los que se organiza la sociedad. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

La OMS⁴⁹ entre otras formas concretas de fomentar la salud mental menciona:

- Intervenciones tempranas en la infancia (por ejemplo, visitas a domicilio a las embarazadas, actividades psicosociales preescolares y ayuda nutricional y psicosocial conjunta a las poblaciones desfavorecidas).
- Apoyo a los niños (por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil).
- Emancipación socioeconómica de la mujer (por ejemplo, mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos).
- Apoyo social a las poblaciones geriátricas (por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día).
- Programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres).
- Actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños).
- Intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés).
- Políticas de vivienda (por ejemplo, mejora de las viviendas).
- Programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas).

⁴⁹Promoción de la salud Mental. OMS. Ginebra 2004.

- Programas de desarrollo comunitario (por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado).
- Reducción de la pobreza y la protección social para los pobres.
- Legislación y campañas contra la discriminación.
- Promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

Desde la oferta sanitaria se ha demostrado que las actividades comunitarias de promoción de salud, desarrolladas desde la Atención Primaria, sobre problemas prevalentes, también en el ámbito de la salud mental son coste/efectivas y demuestran mejoras en el autocuidado o conocimientos sobre la enfermedad⁵⁰.

OBJETIVOS:

1. Integrar dentro del Plan de Salud de Aragón las actuaciones de promoción de salud relacionadas con la salud mental.
2. Desarrollar programas específicos que incidan sobre los determinantes relacionados con la salud mental y el bienestar emocional: consumo de tóxicos, manejo del estrés.
3. Desarrollar actuaciones de promoción comunitaria relacionadas con la salud mental desde los Equipos de Atención Primaria.
4. Desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud en los proyectos de atención al paciente crónico complejo, tanto para los pacientes como para los cuidadores.
5. Desarrollar actuaciones de promoción de la salud mental en los programas de atención al parto, puerperio y lactancia.
6. Desarrollar actuaciones de promoción de la salud mental en los programas de atención a la infancia y al adolescente.
7. Desarrollar actuaciones relacionadas con una sexualidad satisfactoria en los programas de anticoncepción para jóvenes y adolescentes.

⁵⁰Benedé, B. *Actividades comunitarias desarrolladas en la atención primaria de salud a través de los equipos de atención primaria de Aragón. Tesis Doctoral 2015.*

8. Colaborar en los programas específicos promovidos por otras instituciones y entidades que incidan sobre determinantes de discriminación por motivo de género, minorías, migraciones, exclusión social...
9. Colaborar con la Dirección General de Salud Pública en las actuaciones que realiza, enmarcadas en el ámbito de la educación para la salud, tanto con programas generales de promoción de hábitos saludables como específicos de promoción del bienestar emocional.
10. Colaborar con la Escuela de Pacientes con implicación de profesionales, asociaciones, usuarios, etc., con el objeto de abordar asuntos relacionados con la prevención y la promoción, también en salud mental.
11. Colaborar con el Departamento de Educación, Cultura y Deporte en actuaciones que fomenten y promuevan la salud mental: Utilización de nuevas tecnologías, acoso escolar, consumo de tóxicos, redes sociales...
12. Colaborar con el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales en actuaciones que fomenten y promuevan la salud mental en colectivos como menores en acogimiento, personas con dependencia, mayores institucionalizados...
13. Colaborar con Asociaciones y Entidades relacionadas con la salud mental en los proyectos y actividades que promuevan la salud mental en el entorno social.
14. Potenciar los programas de promoción de la salud mental y prevención de adicciones a través de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), Escuelas Promotoras de Salud y los Centros de Prevención Comunitaria.

Línea Estratégica 2: Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.

Durante las últimas décadas las estrategias en salud mental del Ministerio de Sanidad, de muchas Comunidades Autónomas, del Plan de Salud Mental de Aragón, han enunciado un modelo comunitario de los servicios sanitarios de Salud Mental que se ha implantado de forma irregular por ausencia de voluntad política, de criterios duraderos en el tiempo, falta de recursos o de motivación en algunos grupos de profesionales.

La estrategia de salud mental comunitaria no representa únicamente un proceso de desinstitucionalización, supone contar con una red suficiente de recursos en la comunidad y no sólo sanitarios, con profesionales preparados y con la participación de pacientes y familiares en la toma de decisiones.

Existe suficiente información y constatación de resultados sobre que la prestación de servicios de salud mental en atención primaria, en centros accesibles de salud mental y en hospitales generales ofrece, comúnmente, la oportunidad de disfrutar de una mejor calidad de vida, evita el estigma social y contribuye a la sostenibilidad del sistema.

La salud mental comunitaria es un campo teórico y pragmático, con un posicionamiento ético basado en cuidar a aquel que padece un sufrimiento psíquico en su contexto cotidiano. *“Se comprende al sufrimiento psíquico como el emergente de una situación de conflicto subyacente, siendo la expresión de un intento frustrado de adaptación al medio. El componente comunitario consiste en poner en valor y abordar el lazo social, es decir, la capacidad del sujeto para establecer vínculos con los otros. Este abordaje permite evitar la cronificación asociada a las instituciones de salud, generándose simultáneamente procesos de atención dirigidos a la terapéutica individual y a la construcción de vínculos comunitarios. El vínculo se posiciona como intermediario necesario para lograr la adaptación activa a la realidad, porque existe una interrelación constante entre el sujeto y su medio social”*.⁵¹

Para garantizar el éxito de esta estrategia será necesario trabajar y disponer de algunos factores indispensables para que no sea sólo un intento voluntarista.

- Si la atención comunitaria está determinada por las necesidades de los usuarios, **la visión de los profesionales** debe superar el marco estricto de la

⁵¹Ramos-Ríos R et al. Efectividad de los equipos de continuidad de cuidados para disminuir los ingresos hospitalarios en pacientes con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial* 2015; 12(2): 20-24.

enfermedad, se hace necesario priorizar la discapacidad sobre los síntomas y poner el énfasis en el desarrollo de capacidades que mejoren la autonomía y la calidad de vida de los afectados, especialmente en personas con trastornos mentales de larga evolución.

- **La continuidad de la asistencia** es uno de los principales problemas de una oferta de servicios fraccionada, más en estos pacientes que son atendidos por distintos profesionales, entidades e instituciones. Para paliar este riesgo son precisos programas - procesos longitudinales en el tiempo y transversales en los dispositivos de Salud Mental, sanitarios, sociales, judiciales..., con objetivos, actuaciones, documentación compartida y responsables concretos. Siendo los profesionales de Atención Primaria, al igual que en el resto de los problemas de salud, los responsables de la continuidad y la atención integral.
- En Salud Mental comunitaria, **el trabajo por programas** debe estar determinado por las necesidades de cada persona y de grupos específicos de usuarios (niños y adolescentes, adultos, ancianos, personas con trastornos mentales graves, con problemas de adicciones, etc.), así como los diseñados para trastornos graves (trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria, autismo...).
- La continuidad y la vinculación del paciente es, en muchas ocasiones, un objetivo difícil de conseguir por las propias características de la enfermedad. El **tratamiento asertivo** comunitario con distintos modelos de implantación ha demostrado una menor pérdida de pacientes en seguimiento, un coste efectividad superior a los ingresos, una mayor calidad de vida y satisfacción de los pacientes.^{52, 53}
- A los 14 años han surgido ya la mitad de los problemas de salud mental que aparecerán en el curso de la vida. Esta realidad impacta en la trayectoria vital de la persona, en la medida que se relaciona con pobres resultados académicos, riesgo de autolesiones y suicidio, conductas de riesgo, problemas de salud general, muerte prematura, desempleo y conducta antisocial. Así

⁵²Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2):CD001089.

⁵³Dixon LB et al. Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull.* 2010; 36(1):48-70.

mismo, las enfermedades mentales durante la infancia y la adolescencia conducen a tasas más altas de enfermedad mental en la edad adulta, incluyendo trastornos del espectro ansioso - depresivo, afectivos, psicóticos y de personalidad, abuso de sustancias y la conducta suicida.⁵⁴

La detección temprana de estos problemas sólo se podrá lograr con la capacitación de los profesionales sanitarios y trabajadores sociales de atención primaria y con una coordinación fluida y permanente con los maestros y profesores del sistema educativo. Así, es fundamental la coordinación con el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia, Departamentos de Orientación de Educación y los Centros de Prevención Comunitaria.

- Los médicos de atención primaria desempeñan un papel importante en el **diagnóstico y la gestión de los problemas de salud mental en la edad adulta**. La gran mayoría de las consultas que realizan los ciudadanos por problemas más o menos importantes no se producen en centros de salud mental sino en los equipos de atención primaria.

De la orientación que se les dé a estas demandas, donde no hay datos 'duros' contrastables proporcionados por la tecnología, sino interpretaciones subjetivas de profesionales en múltiples contextos distintos, va a depender la detección de problemas importantes, el tratamiento correcto de problemas menores o adaptativos que no requieren tratamiento y el no etiquetar a los pacientes en una u otra casilla por actitudes de sobrediagnóstico y sobretratamiento.

- Puede ser una sorpresa para muchos saber que la principal causa de mortalidad prematura en las personas con problemas de salud mental es una **enfermedad física sin evaluar y sin tratar**. Las muertes por causas relacionadas con la enfermedad mental, como el suicidio, representan menos de un tercio del total.⁵⁵ Las personas con graves enfermedades mentales mueren un promedio de 10 a 17 años antes. Para las personas con psicosis, la tasa de mortalidad en menores de 75 es más de tres veces mayor que en la población general, el 46%

⁵⁴III Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2016 -2020. Consejería de Salud 2016

⁵⁵Dorning H. Focus on: People with mental ill health and hospital use. The Health Foundation and Nuffield Trust. 2015

de pacientes con una enfermedad mental también tienen una enfermedad crónica.

A pesar de la integración de redes, general y salud mental, la mayoría de los problemas físicos de salud se entienden como de importancia secundaria o como consecuencia del problema mental.

- Por último, debe señalarse la necesidad de contar con una **red suficiente de dispositivos y equipos** con funciones diversas y complementarias que aborden las tareas de diagnóstico, tratamiento y reinserción. Asegurando de forma flexible y coordinada la pertinencia de cada recurso a las necesidades del paciente:
 - Unidades de Salud Mental (para adultos y para niños y adolescentes).
 - Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones.
 - Unidades monográficas (de trastornos de la personalidad y de conducta alimentaria de adultos e infantojuvenil).
 - Centros de día y de inserción laboral.
 - Equipos de Atención Social Comunitaria.
 - Unidades de Corta Estancia en hospitales generales (para adultos y para niños y adolescentes).
 - Hospitales de día.
 - Unidades de Media y Larga Estancia.
 - Unidades de Psicogeriatría.
 - Recursos residenciales de salud mental para adultos, ancianos y adolescentes.
 - Pisos supervisados.
 - Comunidad terapéutica para la deshabitación en adicciones.
 - Además del acceso a recursos externos a la red de salud mental: centros de formación, de empleo, de ocio, etc., en los que la integración de estas personas faciliten el desarrollo de su vida cotidiana en su entorno habitual.

OBJETIVOS

Detección temprana y abordaje de los problemas de salud mental en Atención Primaria

1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental.
2. Incorporar a los programas para el seguimiento del desarrollo y crecimiento de niños y adolescentes los instrumentos necesarios para la detección temprana de patología mental o de situaciones vitales que puedan favorecer su aparición y desarrollo.
3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento, y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado, y la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves.
4. Incorporar a los programas de atención a los pacientes crónicos complejos, dependientes, paliativos, etc., aquellos cuidados de salud mental que sean necesarios para los pacientes y sus cuidadores.
5. Valorar de forma programada la salud física de los pacientes con trastorno mental grave, así como los posibles efectos secundarios de su tratamiento.
6. Implantar protocolos para la atención a pacientes con un intento previo autolítico.
7. Mejorar y consolidar la coordinación con el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia, Departamentos de Orientación de Educación y los Centros de Prevención Comunitaria.

Seguimiento, tratamiento y rehabilitación de pacientes con trastorno mental grave

8. Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita una adecuada respuesta a las necesidades clínicas de los pacientes.

9. Desarrollar e implantar procesos de rehabilitación e inserción adaptados a las características y situación de cada persona. Con objetivos medibles que permitan valorar avances.
10. Disponer en las unidades de salud mental de un programa específico para primeros episodios psicóticos que permita su identificación, intervención temprana, abordaje intensivo y que garantice su continuidad asistencial y las intervenciones con el núcleo de convivencia que sean necesarias. Debe apoyarse en los profesionales de la unidad con dedicación al programa de seguimiento de casos de Trastorno Mental Grave.
11. Garantizar la continuidad de la atención mediante la utilización de documentación clínica común a todos los profesionales que intervienen en el proceso.
12. Establecer comisiones y comités de profesionales para favorecer la coordinación profesional, la toma de decisiones consensuadas y disminuir la variabilidad de la práctica clínica y profesional.
13. Disponer en las Unidades de Salud Mental de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluyan la atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento, para facilitar la continuidad y la vinculación con la red asistencial.
14. Definir la cartera de servicios de todos los dispositivos de salud mental y de sus equipos, facilitando su conocimiento a la población general.
15. Establecer procedimientos con servicios sociales para trabajar de manera coordinada, para las personas con edad avanzada y trastorno mental, con la finalidad de asignar los recursos más adecuados a cada caso.
16. Implantar procedimientos de coordinación local con la oferta de servicios sociales, incluyendo aquellas prestaciones que correspondan a estos pacientes.
17. Implantar herramientas acreditadas (QUIRC, WHO-QualityRights Tool Kit, ITHAC...) para evaluar la calidad de la atención en el hospital y en la comunidad a pacientes con procesos de larga duración, incluyendo el grado en que se promueven los derechos humanos, la inclusión social y la autonomía.

Mejorar la atención a la salud mental infantojuvenil.

18. Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida.
19. Implantar los recursos y dispositivos necesarios para que ningún menor tenga que salir necesariamente fuera del territorio de la Comunidad Autónoma.
20. Disponer las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil con los recursos y programas específicos de seguimiento que incluyan: atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento para facilitar la continuidad y la vinculación con la red asistencial.
21. Coordinación de forma regulada y sistemática con la red de Atención Temprana, Educación, y el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia.
22. Atender al trastorno mental en la población de menores infractores con una mejora de la coordinación y cooperación entre Salud Mental, Centros de Prevención Comunitaria, Servicios Sociales, Educación y el Sistema de Justicia Juvenil.

Atención a Poblaciones específicas.

23. Integración plena de la atención y seguimiento de adicciones en la red de salud mental, manteniendo determinados recursos específicos (UASA, Comunidad Terapéutica) con programas de atención a las adicciones.
24. Coordinar con servicios sociales y entidades la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental para su atención más adecuada.
25. Coordinar la atención a personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal, asegurando la continuidad asistencial y la equivalencia de cuidados con el resto de la población.
26. Adaptar los procesos asistenciales y de rehabilitación a personas con trastorno mental grave en situación de riesgo de exclusión social.

Atención e Intervención con las familias.

27. Realizar, en fases iniciales de la asistencia, una valoración integral de la familia del paciente con trastorno mental grave.
28. Establecer programas de apoyo, formación y colaboración con cuidadores principales y familiares, tanto desde los ámbitos de la salud mental como desde la atención primaria.

Línea Estratégica 3: Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

La progresiva normalización de la atención a la salud mental e inclusión dentro del sistema sanitario público se ha acompañado de una sensibilización social con el trato y la asistencia prestada a personas con patología psiquiátrica, lo que no se ha traducido en una efectiva erradicación del estigma asociado a la enfermedad mental.

En amplios sectores sociales y también, desgraciadamente, en el ámbito sanitario, hay resistencias al cambio en actitudes sobre la enfermedad mental, lo que puede acompañarse de tratos discriminatorios, o desiguales con respecto a la población general, provocando graves efectos negativos como la exclusión social o la imposibilidad de acceso al mercado laboral, entre otras.

Paralelamente aparecen movimientos sociales que reivindican un *empoderamiento* del paciente en el marco de la atención sanitaria, con capacidad para informarse y tomar decisiones, y hacer respetar sus derechos en cualquier fase de la enfermedad o de las intervenciones recibidas, de tal manera que se supere el modelo basado en la custodia, en el que se trata a la persona con enfermedad mental grave como incapaz de cuidarse a sí misma y de tomar decisiones significativas sobre su vida, y transitar así, progresivamente, hacia un cambio de paradigma en la que la intervención de los usuarios y sus cuidadores sea crítica y participativa, y no pasiva.

Ambos asuntos deben favorecerse desde todos los ámbitos y especialmente desde el sanitario, para que los usuarios y sus familiares adquieran la mayor autonomía, capacidad para decidir y participar en todos los procesos sanitarios y muy especialmente en los relacionados con la lucha contra la estigmatización.

Autonomía y Derechos del Paciente. Participación de usuarios y familiares.

La legislación que regula la autonomía y derechos del paciente, la sanidad y otras normativas^{56, 57} aseguran alguna de las manifestaciones del principio de autonomía del paciente, como pueden ser el consentimiento informado, la información y documentación clínica, entre otros, pero esto no garantiza absolutamente la autonomía, sino que debe ser algo más, una contribución a su *empoderamiento* como su capacidad para elegir y controlar todo lo relacionado con la atención a su salud mental, al igual que en otros aspectos de su vida. Se deben erradicar anteriores prácticas habituales, en las que como consecuencia de padecer una enfermedad mental, la persona se veía frecuentemente desposeída de su capacidad de decidir sobre aspectos asistenciales e incluso otros de su vida, cediendo esa potestad a los profesionales.⁵⁸

En este sentido, y desde la perspectiva del apoyo a los usuarios y a la garantía de sus derechos, es preciso que los profesionales se constituyan en garantes de que la capacidad de tomar decisiones sea acorde con lo establecido en la legislación.

Las medidas de incapacitación son ordenadas por los Juzgados correspondientes y se debe orientar a ellas sólo cuando fueran absolutamente necesarias, para el bien del individuo y restringidas a aquellas áreas de la vida en las que verdaderamente necesite ayuda, para todo ello es necesario que las sentencias sean adecuadamente graduadas y adaptadas a las especificidades individuales de cada caso y del momento evolutivo de su clínica.

Lucha contra la estigmatización de los problemas de salud mental.

La respuesta y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas que sufren problemas de salud mental exige un enfoque multinivel, que incluya la educación de los profesionales sanitarios y no sanitarios cuyo ámbito laboral esté íntima o transversalmente relacionado con los problemas que tienen los usuarios, la adaptación de los hospitales psiquiátricos, la provisión de servicios de salud mental comunitarios y la implementación de medidas legislativas para proteger los derechos de las personas

⁵⁶ Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

⁵⁷ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

⁵⁸ *User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. OMS. 2010.*

con enfermedades mentales. La lucha contra el estigma también requiere la realización de campañas de información pública para educar e informar a la comunidad respecto a la naturaleza, intensidad e impacto de los trastornos mentales, con objeto de eliminar los mitos más frecuentes y de fomentar actitudes y comportamientos más positivos.⁵⁹

Las políticas en salud mental no deben conformarse con los avances en la implantación de un modelo comunitario, si no que se orientarán a reducir el estigma de la enfermedad mental y a garantizar que las personas con enfermedad mental estén integrados y participen en la sociedad como ciudadanos de pleno derecho.⁶⁰

Se debe contribuir a garantizar que la información relacionada con la salud mental, que se transmita en diferentes ámbitos (educativo, social, medios de comunicación, etc.) sea veraz y no discriminatoria, que no esté fijada únicamente en sus aspectos negativos y pueda difundir los positivos; esto no garantiza un total cambio en actitudes, pero es un asunto ineludible y al que debemos contribuir en la medida de nuestras posibilidades.⁶¹

En esta línea las asociaciones de usuarios y/o familiares juegan un importante papel, en intervenciones para el cambio de actitudes, para la formación e información y para el apoyo mutuo, formando parte de esas redes no profesionales de ayuda a quien padece enfermedad mental.

Este movimiento asociativo debe estar representado en los lugares de toma de decisiones, de planificación y ordenación de recursos, contando con sus demandas, sus expectativas y también con su ayuda.

Intervenciones Involuntarias y respeto de la dignidad de pacientes.

⁵⁹ OMS (WHO, 2001:98) Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

⁶⁰ Knapp M, McDaid D, Mossialos E y Thornicroft G (Eds.). Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en salud mental. Madrid: 2007.

⁶¹ López M et al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq, 2008, vol. XXVIII, n.º 101, pp. 43-83, ISSN 0211-5735

Una máxima de toda asistencia en salud mental debe ser el respeto a los derechos de los pacientes, a su dignidad, limitando las intervenciones coercitivas a situaciones imprescindibles, garantizando su posterior estudio para evitarlas en un futuro.

De esta manera se hace necesario la revisión de la intervención urgente *in situ*, o mediante traslado a los dispositivos de urgencia de manera que se garantice los derechos y libertades del paciente a la vez que se salvaguarda el tratamiento efectivo, puesto que la celeridad en la atención en crisis trasciende en la evolución clínica e igualmente en su situación personal, familiar y social.

Especialmente se debe estar alerta a la garantía de derechos y dignidad en colectivos de personas en situación de mayor vulnerabilidad (menores, mujeres, inmigrantes, personas con discapacidad intelectual, personas LGTB, personas internadas en centros penitenciarios, etc.).

OBJETIVOS

Autonomía y Derechos del Paciente. Participación de usuarios y familiares.

1. Ofrecer formación a los profesionales de Salud Mental para que favorezcan la toma de decisiones, la autonomía de los pacientes y aseguren el apoyo a los derechos de los usuarios.
2. Asegurar la participación de usuarios y familiares en procesos de planificación y desarrollo de estrategias en salud mental.
3. Identificar cuales van a ser los roles de profesionales, usuarios y familiares en los procesos de planificación de su propio tratamiento, como en los procesos de participación de gestión en salud mental.
4. Evaluar y analizar la satisfacción y las expectativas de usuarios y familiares en cuanto a las prestaciones en salud mental.
5. Adecuar los procedimientos administrativos para las hospitalizaciones, y el acceso a recursos comunitarios y de rehabilitación, según criterios habituales en otras áreas de la salud.

Lucha contra la estigmatización de los problemas de salud mental.

6. Formar en materia de prevención y lucha contra la estigmatización de la salud mental, para profesionales sanitarios.
7. Asegurar la sensibilización en la lucha contra el estigma de la administración pública y colaborar con iniciativas en otros ámbitos (educativo, social, laboral, judicial, medios de comunicación, etc.)
8. Asegurar un trato no discriminatorio por enfermedad mental en cualquier ámbito del sistema sanitario público.
9. Colaborar con intervenciones para la sensibilización sobre el estigma de la enfermedad mental dirigidas a población general.

Intervenciones Involuntarias y respeto de la dignidad de pacientes.

10. Establecer procedimientos garantes de buenas prácticas y de los derechos y la dignidad de los usuarios, para las siguientes situaciones: Contención física, traslado del paciente agitado e intervenciones que precisen de consentimiento informado.

Línea Estratégica 4: Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL

Una de las carencias más importantes en la oferta de servicios de salud mental, en la mayoría de los sistemas sanitarios, es la de un sistema que proporcione información veraz y útil a todos los profesionales que intervienen en los procesos y en la toma de decisiones: clínicas, valoración de necesidades, uso de recursos y resultados.

Los indicadores actualmente disponibles en España son poco útiles, tanto para la clínica como para la administración. Las principales razones son la falta de recursos para su obtención, la disponibilidad/calidad de las fuentes y la gran heterogeneidad de la práctica clínica, sistemas de codificación y nivel de prioridad otorgado por el sistema sanitario a estos registros.

Actualmente sólo existen dos fuentes de datos consolidadas, el Conjunto Mínimo Básicos de Datos (CMBD) para las altas hospitalarias y el registro de mortalidad, estas dos fuentes son claramente insuficientes para las necesidades de información en los procesos de salud mental. En Aragón, con todas sus limitaciones, se podría añadir la clasificación de diagnósticos ambulatorios (ACGS) el censo de pacientes en centros de rehabilitación y el consumo de medicamentos que se prescriben por receta.

A diferencia de otras áreas de la salud, la salud pública mental se enfrenta a problemas específicos para dotarse de un buen sistema de información. Existen desacuerdos en terminología y territorios. Por ello se precisa profundizar en el conocimiento de⁶²:

- 1) Definición y componentes fundamentales de la salud mental.
- 2) Relación de conceptos dentro de la salud mental.
- 3) Variaciones importantes en salud mental: medidas e interpretación.
- 4) Reconocimiento del valor de la salud mental con las variaciones sociales.
- 5) Abordaje local de la generación, acumulación y evaluación de la evidencia y de las políticas de salud mental.

⁶²de Pedro Cuesta J et al. / *Psiquiatr. Biol.* 2016;23(2):67-73

A la complejidad de los elementos biológicos y sociales intrínsecos a la salud mental se unen las múltiples fuentes profesionales y de entidades e instituciones para construir y mantener un modelo de información longitudinal, imprescindible en procesos crónicos o de larga duración. Fuentes de información asentadas distintos profesionales: médicos de atención primaria, psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeros especialistas en salud mental, trabajadores sociales, neurólogos, terapeutas ocupacionales, etc. y procedentes de ámbitos con culturas muy heterogéneas: sanitarios, sociales, educativos, judiciales..., suponen una dificultad añadida.

La Sociedad Española de Psiquiatría⁶³ ha descrito, tras una revisión de la literatura y experiencias, 661 indicadores ordenados en 4 dominios principales (Contexto, Recursos, Uso y Resultados), 12 subdominios y 56 tipos, clasificándolos por su relevancia en 190 indicadores de alta relevancia, 169 de relevancia moderada, 192 de relevancia dudosa y 110 relevancia nula. Para cada indicador consta el nombre, la unidad de medida, forma de cálculo, base de procedencia y notas con la fuente y ámbito geográfico disponible. Esta clasificación exhaustiva presenta la dificultad de que es necesario integrar bases de datos distintas y quizás no estar focalizada para el uso de la práctica y seguimiento clínico de los pacientes.

O4 Calidad			
624	1	Guías integradas de práctica clínica con cumplimiento de los criterios de calidad del SNS	Estrategia SM
625	2	Seguimiento ambulatorio después de una hospitalización psiquiátrica	OCDE
626	3	Continuidad de las visitas tras una hospitalización psiquiátrica relacionada con sustancias	OCDE
627	4	Disparidades raciales/étnicas en las tasas de seguimiento psiquiátrico	OCDE
628	5	Continuidad de las visitas tras una hospitalización psiquiátrica	OCDE
629	6	Gestión de casos de diagnóstico mental grave	OCDE
630	7	Visitas durante la fase aguda del tratamiento por depresión	OCDE
631	8	Duración del tratamiento en diagnósticos relacionados con el consumo de sustancias	OCDE
632	9	Utilización de anticolinérgicos y antidepresivos entre la población mayor	OCDE
633	10	Continuidad del tratamiento con antidepresivos en la fase aguda	OCDE
634	11	Continuidad del tratamiento con antidepresivos en la fase de continuación	OCDE
635	12	Acceso inmediato a la atención	Responsiveness
636	13	Tiempo de espera para recibir los resultados de pruebas de laboratorio o exámenes	Responsiveness
637	14	Calificación de la experiencia del paciente en obtener una atención rápida	Responsiveness
638	15	Trato respetuoso de los profesionales sanitarios	Responsiveness
639	16	Trato respetuoso del personal no sanitario	Responsiveness
640	17	Respeto de la privacidad en exámenes y tratamientos	Responsiveness

Ejemplo de indicadores sobre calidad propuestos por la Sociedad Española de Psiquiatría.

El NHS⁶⁴ diseñó en 2013 un modelo de información para pacientes de largo tratamiento, basado en un modelo de agrupación de pacientes, calidad y resultados y

⁶³ Carulla et al. *Indicadores para la evaluación de Sistemas de Salud Mental en España.*, GClin SEP.2010

⁶⁴ Val Lake, D. *Quality Indicators for MH PbR Framework – April 2013.*

que además es utilizado para la financiación de los centros. Su objetivo es medir e incentivar la valoración mental y la salud física por igual, las condiciones de salud mental para lograr una mejor calidad de vida, un mejor acceso y reducción de los tiempos de espera para los servicios de salud mental, y la prevención del suicidio. Los indicadores se agrupan en los siguientes apartados.

- Nivel de complejidad de los pacientes.
- Estado de los alojamientos.
- Existencia de planes individualizados.
- Intensidad de la atención: días de permanencia en cama que requiere.
- Existencia de plan de crisis personalizado.
- Diagnósticos correctamente establecidos.
- Realización de revisiones establecidas.

Posiblemente la propuesta del NHS pueda ser un ejemplo y útil para el seguimiento de los pacientes incorporados a procesos de rehabilitación.

Otras propuestas a considerar, y que pueden ser pertinentes para las características de la oferta sanitaria de salud mental en Aragón, son aquellas diseñadas para garantizar el respeto a los derechos humanos en cualquier recurso destinado a la atención de las personas con trastorno mental y especialmente en los recursos comunitarios, herramientas contrastadas como QUIRC, WHO-Quality Rights Tool Kit, ITHAC⁶⁵, pueden ser aplicables para la acreditación de distintos dispositivos. Los criterios son evaluados mediante diversas técnicas, como entrevistas a usuarios de los servicios, profesionales y familiares, técnicas observacionales y análisis de documentación.

Quizás los tres sistemas brevemente descritos y el análisis de sistemas de información ya consolidados como los de Alemania, Escocia o de la red de centros de Italia puedan considerarse para el diseño e implantación de un sistema de información para la atención de la salud mental en Aragón.

No obstante, teniendo en cuenta la complejidad del tema, la prioridad sea disponer de un sistema, basado en fuentes seguras que son necesarias implantar y que sean útiles

⁶⁵ <http://www.1decada4.es/course/view.php?id=41>

para la práctica de los profesionales, el seguimiento de los pacientes y el conocimiento de los resultados.

OBJETIVOS

1. Disponer de una historia clínica electrónica, única y compartida por todos los profesionales de salud mental.
2. Disponer de un registro de pacientes con TMG.
3. Acceso de los profesionales autorizados de salud mental a la prescripción electrónica.
4. Disponer de un sistema informático de seguimiento para la planificación, seguimiento y evaluación de los pacientes en procesos de rehabilitación.
5. Disponer de cuadros de mando con información clínica que permitan establecer prioridades y conocer sus resultados para cada Unidad asistencial.
6. Disponer de un modelo de acreditación para instituciones y dispositivos de alojamiento de pacientes.
7. Disponer de los medios que faciliten la interconsulta virtual entre los equipos de salud mental y de atención primaria.

Línea Estratégica 5: Facilitar un entorno que favorezca el DESARROLLO; AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.

“Cuando se reúnen gestores y médicos deberían hacerlo para hablar de pacientes, de calidad y de resultados, y si de verdad quieren cambiar el statu quo, no deberían moverse de este guión. La conversación, por tanto, no debería empezar nunca por contratos y compensaciones, esto, si acaso, va al final, después de los acuerdos principales. Los gestores deben escuchar, deben valorar puntos de vista y deben saber generar un proceso en el que todas las partes implicadas deberían tener la oportunidad de modelar los detalles de los proyectos”⁶⁶

Esta frase refleja la necesidad de crear una nueva relación entre los profesionales y los gestores o directivos de los centros, entidades e instituciones. También, todavía con más necesidad, en la oferta de servicios de salud mental, debido a las características de los pacientes y al fraccionamiento de la oferta.

La práctica profesional y los modelos de gestión que han guiado el funcionamiento de los servicios sanitarios en las últimas décadas son cuestionados por sus resultados y la falta de eficiencia. Los profesionales⁶⁷ sobrestiman el valor de la asistencia sanitaria infravalorando el paso de la eficacia a la efectividad. Las recomendaciones no se ajustan a cómo el profesional relaciona los conocimientos con aspectos sociales, intuitivos y contextuales, del encuentro clínico, resultando incompatible las “certezas” con lo que debiera ser la “evidencia informada” en la toma de decisiones compartidas con el paciente.

Por otra parte el modelo gerencial no ha resuelto las relaciones con los profesionales ya que se ha limitado a conseguir criterios de eficiencia económica sin atender la adecuación de la oferta y la práctica profesional. La implantación de procedimientos empresariales no responde a la complejidad de organizaciones profesionales con servicios imposibles de estandarizar y con un importante grado de incertidumbre en su aplicación.

⁶⁶<https://hbr.org/2014/06/engaging-doctors-in-the-health-care-revolution>

⁶⁷ Hargraves I, Kunneman M. Caring with evidence based medicine. *BMJ* 2016;353:i3530

La única finalidad de organizaciones sanitarias y sociales es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas.⁶⁸ En muchas ocasiones se ha argüido la dificultad de establecer, al contrario de los puramente asistenciales o de eficiencia, resultados respecto a la salud para no incorporarlos a la práctica de cada día. Sin embargo, las Sociedades Científicas, reconocidas como positivas por los profesionales, aportan cada vez con más frecuencia algunos resultados que pueden ser perfectamente utilizados. Además si se analizan algunos de los datos de los que se dispone se puede encontrar información válida para medir resultados. Lo más probable es que los profesionales sean la mejor fuente para definirlos.

La organización jerarquizada de las unidades que participan en el proceso de la atención a la salud mental, la falta de comunicación y el no disponer de objetivos y responsabilidades bien definidas crea un clima de confusión que impide el desarrollo profesional y la satisfacción respecto a los resultados.

La mejora en la atención a los pacientes con problemas de salud mental será difícil de conseguir mediante medidas administrativas u organizativas, los cambios deberán basarse en las relaciones profesionales entre las distintas unidades y niveles, distribuyendo con criterios de accesibilidad y efectividad las responsabilidades entre generalistas y especialistas, entre médicos psiquiatras, enfermeros especialistas en salud mental, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, etc., evitando solapar funciones y estructuras que duplican el gasto y dificultan la continuidad de la asistencia y la evaluación de los resultados.

Los cambios que se propongan deberán valorar los siguientes aspectos:

- Situar el núcleo de la organización en la microgestión, dotando a las Unidades de autonomía y responsabilidad, teniendo como objetivo la mejora de salud (pertinencia de los servicios y de la oferta), trabajando en un proyecto que integre todas las dimensiones de la actividad asistencial y en el que se relacionen resultados, costes y satisfacción del paciente.

⁶⁸ Porter E. *What Is Value in Health Care.* N Engl J Med 2010; 363: 2477 a 2481

- Establecer para cada Unidad una Cartera de Servicios basada en actividades, técnicas y oferta de servicios. Transparente para el conjunto de la red asistencial y también para los pacientes y familiares.
- Disponer de una gestión de procesos transversal a las Unidades, en las que se fije para cada una de ellas los límites de actuación, el nivel de calidad de sus actuaciones y los resultados esperados.
- Desarrollar comisiones y comités profesionales, no administrativos, para la discusión y la toma de decisiones más relevantes respecto a los pacientes como recurso para establecer los mejores criterios profesionales, la equidad respecto a los pacientes y el desarrollo profesional a través de experiencias compartidas.
- Establecer acuerdos clínicos con cada unidad en el que se refleje los objetivos de la organización y de la unidad, los proyectos más pertinentes tras el análisis de la información clínica, los recursos de los que se dispone y los resultados esperados.
- Facilitar la formación e investigación de los profesionales, disponiendo de un programa estructurado que permita el acceso de todos los profesionales y se alineen las actividades con los objetivos y proyectos de cada unidad y de la organización.

OBJETIVOS

1. Regular la red asistencial a la Salud Mental y Adicciones en Aragón.
2. Establecer para cada proceso asistencial los límites, actuaciones y resultados de cada Unidad.
3. Regular las comisiones y comités profesionales para la toma de decisiones clínicas y de atención a los pacientes.
4. Disponer de Acuerdos Clínicos con todas las Unidades que participan en los procesos de atención a los pacientes.
5. Diseñar en colaboración con el IACS un programa de formación e investigación asequible a todos los profesionales.

4. PROYECTOS

Para el desarrollo y consecución de las estrategias y objetivos se plantea la realización de los siguientes proyectos.

1. ABORDAJE DEL TRASTORNO MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

El proyecto pretende la prevención de la enfermedad mental mediante intervenciones educativas orientadas al aprendizaje del afrontamiento de situaciones vitales estresantes (evitando la medicalización de la vida cotidiana) en cualquiera de las etapas vitales, especialmente en la infancia y adolescencia y en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Es importante también la detección temprana del trastorno mental e intervención temprana tan cerca del domicilio y del entorno del paciente como sea posible, y la atención integral y coordinada, asegurando la continuidad de los cuidados y la integración de los servicios, y orientándolos a la promoción de la autonomía personal y a la reinserción social y laboral.

2. ATENCIÓN INTEGRADA A TODOS LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE.

El contenido de este proyecto plantea las actuaciones necesarias para prestar una atención integrada a los problemas denominados como de salud mental (enfermedad mental grave, trastornos cognitivos, malestar emocional y psicológico...) y a los problemas físicos, y más en concreto a aquellos que afectan con más frecuencia al bienestar mental de las personas (enfermedades crónicas, síntomas difíciles de encuadrar en un diagnóstico, estancias hospitalarias o situaciones vitales como la atención a las mujeres en el periodo perinatal).

3. PROGRAMAS COLABORATIVOS ENTRE APS Y SALUD MENTAL.

Se basa en el modelo de colaboración - interconsulta. El psiquiatra de referencia de un área básica de salud se convierte en consultor para los médicos de Atención Primaria y facilita la accesibilidad para cualquier consulta de casos. En una proporción que puede alcanzar hasta el 50% de las consultas recibidas, el psiquiatra actúa solo como consultor de apoyo, pero no asume la responsabilidad individual de los casos. Valora y aconseja intervenciones en base a la exploración que el médico de Atención Primaria ha realizado y que le transmiten mediante la interconsulta virtual.

4. ACTUACIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL.

La promoción de la salud mental está situada dentro del campo más amplio de promoción de la salud e involucra acciones que apoyan a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables y a que creen condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud. El proyecto limita sus actuaciones a las que pueden desarrollarse por los profesionales sanitarios: desarrollo de la Atención Comunitaria y la Participación en Salud en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón, realizar el apoyo técnico, material y formativo a las actividades comunitarias y de participación, impulsar el trabajo y coordinación intersectorial e intradepartamental y reorientar la atención asistencial individual y colectiva que actualmente realiza atención primaria por un enfoque basado en el modelo salubrista y de activos en salud, con perspectiva poblacional o comunitaria, reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y estrategias de promoción de la salud.

5. GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADULTOS.

Las personas con trastorno mental grave deben ser atendidas dentro de un programa transversal que integre los servicios prestados por diferentes recursos existentes en la comunidad, de forma coordinada y sinérgica. La metodología más utilizada para coordinar los objetivos sanitarios y sociales

de un paciente se basa en la elaboración de un plan terapéutico individualizado, consensado y unificado, en el que se especifican los objetivos, el plan de acción concreto, los indicadores de evaluación (a ser posible cuantitativos) y el profesional responsable directo de su consecución. En los casos más complejos habrá que potenciar un sistema de gestión y seguimiento con mayor énfasis en la corresponsabilización de todos los recursos, sanitarios y sociales, disponibles en el territorio.

6. PROCESOS DE REHABILITACIÓN.

El Proceso de Rehabilitación dará respuesta a las necesidades de rehabilitación e inserción psicosocial y laboral del paciente, que estarán identificadas en un documento denominado Plan Personal de Recuperación (PPR). En el mismo se dará respuesta a las necesidades identificadas por la USM de referencia del paciente y trasladadas al equipo rehabilitador, que realizará una valoración complementaria a la de la USM, establecerá objetivos y prestará las intervenciones correspondientes. La USM seguirá su evolución periódicamente en colaboración con los equipos rehabilitadores. Toda esta información será recogida y documentada en el PPR a través de su aplicación informática.

7. TRASTORNO MENTAL EN FASE AGUDA (PROGRAMA SUBAGUDOS).

El programa se sitúa en las unidades de Media Estancia, dirigido a personas con trastorno mental grave, que ha requerido, por su situación clínica, de hospitalización de corta estancia pero que, tanto la remisión de sintomatología aguda como la adquisición o recuperación de habilidades básicas para el autocuidado y la vida diaria, precisan de una estancia más prolongada con intervenciones de alta intensidad. Esto exige de un programa establecido, para un número concreto de usuarios y con dotación de recursos humanos y materiales suficiente. De igual modo, la derivación

no puede ser un lento procedimiento administrativo, si no que requiere de un proceso más rápido y flexible, regido por criterios clínicos únicamente.

8. PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A ADICCIONES.

Tradicionalmente la asistencia a personas con adicciones ha estado desligada del entramado de recursos dedicados a la salud mental, en cierto sentido se ha excluido por diversas razones, ninguna clínica. En la actualidad, mayoritariamente las planificaciones caminan hacia la integración de ambas redes. En este proyecto, la atención ambulatoria a las adicciones se debe integrar como el resto de unidades en la red de Salud Mental. Se garantizará así que los pacientes con TMG y adicciones (patología dual), en función de sus necesidades, tendrán acceso a todos los recursos, asistenciales, rehabilitadores y de alojamiento supervisado, y se mantendrá como específico el programa de comunidad terapéutica orientada a la deshabitación e inserción social.

9. GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE INFANTOJUVENIL.

Un programa específico incluye asistencia temprana, rápida, continuada y interdisciplinar tanto al paciente como a su núcleo familiar, respetando los derechos del menor y su interés en todo caso, acompañándole junto a su familia en la evolución de su patología, de un modo cercano y respetuoso. Con intervenciones en el domicilio, facilitando su vinculación al proceso terapéutico y la coordinación con otros ámbitos (social, escolar, sanitario, judicial, etc.).

10. ATENCIÓN TEMPRANA.

Atención Temprana, en niños de 0 a 6 años, pretende prevenir, identificar e intervenir de manera temprana sobre trastornos de su desarrollo. Es una prestación del IASS, pero las intervenciones, en numerosos casos, no se

proporcionan de manera aislada en sus recursos, sino que en prevención, atención, rehabilitación, participan, de una forma u otra, recursos de salud (pediatría, neurología, salud mental, etc.), educativos (equipos de atención temprana, equipos de orientación y psicopedagogía, escuelas y guarderías infantiles, colegios de educación especial y de atención preferente a discapacidad o autismo), sociales, movimientos asociativos familiares y profesionales, etc. El proyecto está enfocado a orientar el papel que juega salud mental en atención temprana y facilitar la mencionada coordinación.

11. PSICOGERIATRÍA.

La asistencia psicogeríátrica va dirigida a la atención a las personas mayores que presentan enfermedades mentales activas, así como a su entorno (cuidadores y contexto social). Incluye tanto a los pacientes que iniciaron la psicopatología en su juventud y que continúan presentando clínica psiquiátrica, como a las personas mayores que desarrollan enfermedades mentales de aparición tardía. La asistencia psicogeríátrica se caracteriza por ser comunitaria, global, interdisciplinar, integral, atendiendo también a las actividades preventivas, la formación y la investigación.

12. COORDINACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE AGITADO.

En aquellas fases críticas de la evolución de la patología psiquiátrica, en ocasiones, puede ser necesaria la indicación clínica de intervención extrahospitalaria para el traslado a un servicio de urgencias de personas en estas situaciones. Para ello, debe establecerse protocolos que guíen las intervenciones, con unas premisas de absoluto respeto a los derechos y a la dignidad de las personas, en las que se coordinen de manera efectiva las diferentes instancias que pueden participar (sanidad, servicios sociales, justicia y fuerzas de seguridad del estado).

13. PROTOCOLO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA.

Mediante un grupo de trabajo se consensuará un protocolo único para su aplicación en las diferentes unidades de hospitalización de la red de salud mental en Aragón, que observe las peculiaridades de las unidades para su adaptación a todas ellas. Incluirá: criterios de indicación, criterios de contraindicación, riesgos y complicaciones potenciales, consideraciones legales y de garantía de derechos y respeto a la dignidad del paciente, procedimientos para su aplicación, seguimiento, cuidados, control y retirada, comunicación, registros y documentos, e indicadores de proceso y de resultado. Servirá para la cuantificación y estudio de las situaciones y casos en que se aplica, de tal manera que esto permita evitar su uso mediante otros planteamientos alternativos más dignos y respetuosos.

14. SALUD MENTAL EN POBLACIONES ESPECÍFICAS: PERSONAS SIN HOGAR, PERSONAS JUDICIALIZADAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Existen colectivos de personas con situaciones sociales y/o legales que, unidas a su situación clínica de patología mental, les confiere una especial vulnerabilidad, con riesgo de caer en la exclusión social o ya en ella. Esto exige que estas personas puedan acceder a las prestaciones en salud mental en las mismas condiciones que la población general, siendo necesario establecer una serie de programas de apoyo, coordinación con otras áreas, y de vinculación con los recursos, que posibiliten su derivación y tratamiento adecuado. Los colectivos destinatarios de estas programaciones serán las personas sin hogar, judicializadas y las que presentan discapacidad intelectual. Además de aquellas otras programaciones que se consideren necesarias, en un futuro, si se identifican otros colectivos con necesidades especiales y aquejados de enfermedad mental.

15. SUFICIENCIA DE RECURSOS.

Si tenemos en cuenta el análisis de la situación actual de la red pública de atención a la salud mental, y tomando como referencia el Plan anterior, se deben adecuar las plantillas profesionales a las ratios establecidas, todavía muchas unidades presentan deficiencias. Además, hay que contar con la programación que se establece a partir del presente Plan, en el que se recoge la puesta en marcha de programas y unidades, o la remodelación de otros dispositivos, que exigirán de un aporte de recursos suficiente.

16. ESPACIO COLABORATIVO PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS DE TRABAJO COMPARTIDO.

La coordinación entre las diferentes instancias implicadas en salud mental continúa siendo hoy por hoy una asignatura pendiente. De esta manera, y de la necesidad de hacer converger la especificidad de la Salud Mental con aquellos ámbitos de trabajo en los que las situaciones clínico-asistenciales lo precisen, nace el proyecto de espacio colaborativo para el desarrollo de procesos de trabajo compartido. Un espacio productivo de trabajo abierto, con soporte informático, basado en la comunicación, la colaboración y la coordinación donde compartir recursos para sacar adelante tratamientos, procesos y proyectos.

17. ESTIGMA.

El histórico estigma asociado a la enfermedad mental es una de las mayores preocupaciones actuales en el ámbito de la salud mental. Existe ingente información respecto a cómo se crea, cuáles son sus características principales, en qué afecta a las personas con enfermedad mental y qué se puede hacer para erradicarlo o, cuando menos, disminuirlo. Repasaremos las principales políticas institucionales, los contenidos de la percepción social que la sociedad posee de la enfermedad mental, las consecuencias

negativas que esta percepción genera en las personas que las padecen y cuáles son las estrategias principales para disminuir esas consecuencias.

18. SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL.

El proyecto incluye el desarrollo de aplicativos informáticos propios o la adaptación e incorporación a los ya existentes, que nos permitirá tener un registro acumulado de personas con TMG, formulario de valoración de personas con TMG para derivación a rehabilitación, aplicación para el seguimiento, información e intervenciones compartidas entre la USM y los equipos rehabilitadores, acceso rápido a información clínica básica de salud mental para otros ámbitos sanitarios (atención primaria, especializada y de urgencias extrahospitalarias), la gestión de la acción concertada en materia de procesos rehabilitadores en salud mental y alojamiento supervisado y la explotación de datos acumulados para la gestión, planificación e investigación.

19. ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL.

El proyecto pretende la regulación de la Unidad de Coordinación de Salud Mental, como respaldo de la política en esta área del Departamento de Sanidad, la coordinación entre distintos niveles y ámbitos asistenciales, la participación activa de usuarios y sus familias, y para ejercer la representación institucional del área de salud mental. Se entiende esta organización como un equipo de profesionales con experiencia en la materia, con suficiente apoyo para la gestión, y los órganos de coordinación que se precisen, en forma de comisiones, grupos de trabajo, consejos para el asesoramiento, etc. Las funciones principales de dicho equipo son desarrollar, implementar, gestionar, controlar y evaluar la política, los planes estratégicos y los programas.

20. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.

Este proyecto trata de impulsar la formación continuada de los profesionales de salud mental y la investigación que se realice en esta área.

La formación debe responder a necesidades identificadas en los profesionales y también a las líneas estratégicas propuestas desde el Departamento de Sanidad, para dar soporte a nuevas intervenciones, utilización de sistemas de información y al consenso entre actuaciones para unificar criterios en la oferta asistencial de salud mental. La investigación se favorecerá desde el Departamento de Sanidad, canalizándose las propuestas a través de las entidades que presten apoyo, fundamentalmente el IACS y el IIS.

La ejecución de estos proyectos se plantea para los años 2017 y 2018. El objetivo es evitar las experiencias de otros Planes que supeditan su evaluación hasta la finalización del periodo de vigencia establecido. Además permite adaptar e incorporar nuevos proyectos según el análisis y evaluación permanente que se realice de los cambios en el análisis de situación y de la consecución de los objetivos.

Proyecto 01

ABORDAJE DEL TRASTORNO MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.

Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 1 Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL</p> <p>Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA</p>	<p>1.3. Desarrollar actuaciones de promoción comunitaria relacionadas con la salud mental desde los Equipos de Atención Primaria.</p> <p>2.1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental.</p> <p>2.3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento, y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado, y para la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves.</p> <p>2.8. Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita una adecuada respuesta a las necesidades clínicas de los pacientes.</p>

Introducción

Las demandas por trastornos de salud mental y sufrimiento social son atendidas de forma continuada por los profesionales y servicios de atención primaria, teniendo estos una función principal en la promoción, diagnóstico temprano, tratamiento y continuidad e integración de los cuidados.

Para responder a estas demandas es necesario capacitar a los profesionales y adecuar la oferta de servicios.

La literatura y las experiencias realizadas nos demuestran que el abordaje desde los servicios de atención primaria es la mejor alternativa por su relación con la familia y la comunidad y por la obtención de resultados de efectividad y eficiencia.

Justificación

Según datos internacionales sólo los pacientes diagnosticables de “trastorno mental” representan la cuarta parte de los consultantes adultos del médico general y la mitad de las consultas referidas a los niños (estimaciones referentes a un año). En nuestro país, ya desde las primeras investigaciones al respecto hasta las más recientes, se apunta una y otra vez la cifra del 25-29% de consultantes con trastornos mentales en la consulta “normal” y hasta el 68% de los pacientes “habituales”.

Muchas de estas demandas, aunque tienen su origen en el sufrimiento social, son etiquetadas en enfermedades o procesos sin serlo y en el uso de fármacos para tratar

sus manifestaciones clínicas. Por ejemplo, entre los síndromes, con fronteras confusas y dificultades para diferenciar los diversos trastornos (trastornos depresivos entre sí y de éstos con los trastornos adaptativos, e incluso con la tristeza normal).

En las consultas de atención primaria el sufrimiento causado por las dificultades sociales tiene diversas maneras de presentarse: bien en forma de síntomas psicológicos o bien en forma de síntomas orgánicos. La correcta orientación y atención en atención primaria del malestar psicológico de las personas influye en su mejor evolución, con menor cronificación y menor medicalización.

Para los profesionales de atención primaria, la transformación en enfermedad del sufrimiento emocional implica una auténtica epidemia de enfermedad mental. Por otra parte, este etiquetado no tiene en cuenta el contexto en que se produce y la dimensión subjetiva de quien la padece (cómo la enfermedad es vivida y afrontada, qué consecuencias tiene para el sujeto y qué comportamientos suscita en los demás).

Actualmente, debido a la ausencia de una oferta adecuada en atención primaria y las unidades de salud mental se presencian dos situaciones contradictorias:

- Pacientes con enfermedad mental grave que no reciben toda la atención que precisan, siendo frecuentes el diagnóstico tardío, la ruptura en la continuidad de cuidados y el abandono terapéutico.
- Y a su vez, frecuentemente se producen demandas de personas que no son capaces de afrontar situaciones estresantes de la vida cotidiana y recurren a tratamientos farmacológicos no justificados.

Los profesionales de atención primaria, como recomienda la OMS, resultan claves para dar respuesta a esta situación mediante el diagnóstico temprano, la resolución de un gran número de demandas y asegurando la continuidad de la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave.

Los profesionales de Atención Primaria pueden resultar determinantes en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de la salud mental, colaborando en la educación de la familia y la comunidad. Por otro lado, pueden desempeñar un papel importante en la continuidad de cuidados y en el seguimiento terapéutico, así como constituir un elemento de enlace entre la comunidad y los servicios de salud mental. La accesibilidad, el conocimiento de la familia y del contexto puede favorecer esta función coordinadora con los servicios especializados y los servicios sociales.

La OMS recuerda: “La atención a la salud mental, a diferencia de otras muchas áreas de la salud, no precisa, en general, tecnología costosa. Lo que requiere es el trabajo sensible de personal debidamente formado en el uso de fármacos relativamente baratos y de las habilidades de soporte psicológico en el ámbito extrahospitalario”.

Ello supone fundamentalmente actitud, habilidades y tiempo. El malestar y el trastorno mental requieren un abordaje desde los recursos comunitarios, siendo la atención primaria y los servicios sociales los ámbitos más cercanos a la población, más conocedores de sus realidades y con mayor capacidad de intervención integradora, resultando también más eficientes.

Desarrollo

Los objetivos del proyecto se resumen en los tres puntos siguientes:

- **La prevención de la enfermedad mental** mediante intervenciones educativas orientadas al aprendizaje del afrontamiento de situaciones vitales estresantes (evitando la medicalización de la vida cotidiana) en cualquiera de las etapas vitales, especialmente en la infancia y adolescencia y en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.
- **La detección temprana del trastorno mental e intervención temprana** tan cerca del domicilio y del entorno del paciente como sea posible.
- **La atención integral y coordinada**, asegurando la continuidad de los cuidados y la integración de los servicios, y orientándolos a la promoción de la autonomía personal y a la reinserción social y laboral.

Estando condicionado por las siguientes tres situaciones⁶⁹:

- **La capacidad o sensibilidad del profesional** para reconocerlos de forma temprana. Si no piensa en ellos o no está alerta de los condicionantes psicosociales del motivo de consulta, pueden pasar desapercibidos.
- **El modelo de atención primaria que se practica.** Si éste pone su acento de forma casi exclusiva en los aspectos más “biologicistas” (debido en muchos casos a las orientaciones recibidas en la formación universitaria y de posgrado) le será difícil valorar de forma integrada al paciente y orientar el tratamiento más adecuado a cada caso.
- No habría que olvidar aquí la parte de responsabilidad achacable a la estructura y la organización que todavía presenta gran parte de la atención primaria de nuestro entorno. Si el profesional **no dispone de un tiempo mínimo para realizar su trabajo** –y el paciente de un tiempo mínimo para que le escuchen–, es difícil apreciar la realidad de esta problemática y, de buen seguro, se desestima su importancia.

Las actuaciones que se proponen se pueden agrupar en aquellas encaminadas a la formación y capacitación de la oferta y las orientadas a adecuar la oferta de los equipos y realizar una consulta/derivación correcta a las unidades específicas de salud mental.

Formación:

- **Formación básica y recursos *online*:** Se creará una formación básica *online* (con acceso a todos los profesionales de AP) con información básica, audios, videos demostrativos sobre psicoeducación y herramientas básicas basadas en técnicas de respiración, de relajación, mindfulness y de regulación emocional, para poder compartir con los pacientes.⁷⁰

⁶⁹Tizón JL et al. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten. Primaria Vol. 28. Suplemento 2, Noviembre 2001*

⁷⁰Tizón JL et al. *Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. Aten. Primaria Vol. 28. Suplemento 2, Noviembre 2001*

- Formación avanzada (semipresencial y tutorizada): Dirigida a los responsables de cada equipo de AP que será el enlace del Programa de Promoción de la Salud Mental y su centro de salud.
- Metodología: métodos y técnicas breves (máximo 10 minutos) adaptadas a la realidad de las consultas de primaria y basadas en: comunicación clínica, técnicas cognitivo conductuales, técnicas de respiración y relajación, mindfulness y autocompasión, técnicas basadas en programación neuro-lingüística, técnicas de asertividad, motivación y apoyo, etc.

Oferta de Servicios

Adecuada para:

- Promover la salud mental en las diferentes etapas de la vida, prestando atención a momentos evolutivos más sensibles a desajustes que deriven en crisis vitales como:
 - Adolescencia.
 - Paternidad y maternidad.
 - Pérdidas económicas, problemas de salud, dificultades en relaciones interpersonales, etc.
 - Jubilación.
 - Duelo.
 - Cuidadores.
- Ansiedad: Mejorar el estado de salud mental de los pacientes con síntomas de ansiedad secundarios y/o reactivos, fobias, crisis de pánico y trastornos ansiosos generalizados. Proporcionarles ejercicios de respiración y relajación apropiados. Psicoeducación: cómo funciona el ciclo del estrés y responsabilidad emocional de respuesta. Reducir la repercusión física y psíquica a una exposición crónica al estrés.
 - Crisis de ansiedad reactivas agudas.
 - Crisis de pánico.
 - Ansiedad generalizada.
 - Síntomas obsesivo-compulsivos.
 - Fobias simples: avión, conducir, exámenes, etc.
- Depresión.
 - Acompañamiento durante el episodio depresivo.
 - Prevención de las recaídas de episodios depresivos.
- Insomnio.
- Acompañamiento al paciente terminal.
- Acompañamiento emocional del paciente con dolor crónico.

- Prevención y supresión de las conductas adictivas como tabaquismo, alcoholismo, etc., a través de técnicas motivacionales y de gestión emocional, promoviendo el deporte y el mantenimiento del normopeso.

Y a través de:

- Consulta de médicos de familia, pediatras, enfermería y trabajo social: con acceso y capacitación en herramientas de psicoeducación, respiración y relajación online para poder trasmitirla a sus pacientes.
- Consultas monográficas: Intervenciones programadas individuales o grupales de duración superior a los diez minutos.

Se creará una plataforma *online* de información y auto-ayuda para los pacientes. Una parte de ella de acceso libre, otra parte de acceso protegido (precisando derivación y seguimiento por el profesional de la salud) y que podrá reforzarse con técnicas presenciales individualizadas guiadas por profesionales formados (médicos, enfermeros, matronas, trabajadores sociales), así como podrán incluir test de auto evaluación antes y después de seguir cada programa de auto-ayuda.

- Comunicación/derivación con los profesionales específicos de salud mental mediante la interconsulta virtual que favorezca la implantación de criterios consensuados de derivación⁷¹.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o
Formación básica para profesionales de atención primaria.										
Formación avanzada para profesionales de atención primaria.										
Herramientas y Plataforma <i>online</i> para pacientes y profesionales.										
Adecuación de la oferta de servicios e interconsulta.										

 Diseño y planificación
  Desarrollo
  Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Formación básica para profesionales de atención primaria.	Formación de 150 profesionales en 2017-18.
Formación avanzada para profesionales de atención primaria.	Formación de 75 profesionales en 2018.
Herramientas y Plataforma <i>online</i> para pacientes y profesionales.	Disponibilidad de herramientas y plataforma en Diciembre 2018.
Adecuación de la oferta de servicios e interconsulta.	Adecuación de la oferta en 35 equipos de Atención Primaria en el Contrato Programa de 2018.

⁷¹Propuesta de criterios de derivación desde Atención Primaria. Agencia Valenciana de Salud.

http://web20.castello.san.gva.es/csvalldalba/wpcontent/images/csvalldalba/documentos/noved.doc/sm_propuestas_de_criterios_de_derivacion.pdf

Recursos necesarios*Infraestructuras*

Ninguna

Recursos materiales

Herramientas profesionales y plataforma digital. (Coste estimado 6000 euros).

Recursos humanos

Profesionales expertos en formación en salud mental (equipo formador compuesto por profesionales de AP y salud mental).

Proyecto 02

ATENCIÓN INTEGRADA A TODOS LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE.

Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 1 Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL</p>	<p>1.2. Desarrollar programas específicos que incidan sobre los determinantes relacionados con la salud mental y el bienestar emocional: consumo de tóxicos, manejo del estrés. 1.4. Desarrollar actuaciones preventivas y de promoción de la salud en los proyectos de atención al paciente crónico complejo, tanto para los pacientes como para los cuidadores. 1.5. Desarrollar actuaciones de promoción de la salud mental en los programas de atención al parto, puerperio y lactancia. 1.6. Desarrollar actuaciones de promoción de la salud mental en los programas de atención a la infancia y al adolescente.</p>
<p>Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA</p>	<p>2.1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental 2.3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado y la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves. 2.5. Valorar de forma programada la salud física de los pacientes con trastorno mental grave así como los posibles efectos secundarios de su tratamiento.</p>

Introducción

Las necesidades de salud que afectan a las personas están estrechamente relacionadas y se afectan mutuamente. La salud es el producto de procesos biológicos, psicológicos y sociales que sólo pueden abordarse gestionándose conjuntamente desde una perspectiva biopsicosocial.

El contenido de este proyecto plantea las actuaciones necesarias para prestar una atención integrada a los problemas denominados como de salud mental (enfermedad mental grave, trastornos cognitivos, disconfort emocional y psicológico...) y a los problemas físicos, y más en concreto a aquellos que afectan con más frecuencia al bienestar mental de las personas (enfermedades crónicas, síntomas difíciles de encuadrar en un diagnóstico, estancias hospitalarias o situaciones vitales como la atención a las mujeres en el periodo perinatal).

Justificación

Las personas que usan los servicios se encuentran comúnmente con que la atención a sus necesidades de salud física y mental no está suficientemente coordinada.

Durante los últimos años se ha dado importancia a la coordinación e integración entre los servicios de Atención Primaria y Hospitales, entre los servicios sanitarios y sociales, y también orgánica y estructuralmente a los servicios de salud mental en la sanidad general. Sin embargo existen datos objetivos que demuestran que funcionalmente la atención a los pacientes, especialmente a aquellos con trastorno mental grave, se encuentra fraccionada sin garantizar una atención integral y continuada. Así por ejemplo:

- Las personas con enfermedades mentales graves (pacientes con trastorno bipolar, esquizofrenia) mueren entre 15 y 20 años antes, como resultado de elevadas tasas de enfermedades cardiovasculares y otras condiciones de salud física.⁷²
- La depresión y los trastornos de ansiedad conducen a resultados significativamente peores entre las personas con diabetes, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas.⁷³
- Las personas con problemas de salud mental usan significativamente más atención hospitalaria urgente para problemas de salud física, siendo 3,6 veces mayor la tasa de demandas potencialmente evitables⁷⁴. El uso de atención hospitalaria no planificada es particularmente alta cuando el entorno social es deficiente.
- La mala gestión de los síntomas médicamente inexplicables (dolor persistente, cansancio o síntomas gástricos...), que a menudo tienen un importante componente psicológico, representan hasta el 30% de todas las consultas de atención primaria.⁷⁵
- Todos los problemas de salud física tienen una dimensión psicológica y una dimensión social, sobre todo cuando se trata de aprender a vivir con una enfermedad crónica que puede requerir un profundo proceso de adaptación y que puede ir acompañada de un deterioro funcional importante y un impacto social a nivel individual y sobre su entorno más inmediato.

Para mejorar estos datos, la integración de los servicios de salud mental, la atención a los pacientes con trastorno mental grave y el cuidado de los problemas psicológicos en la asistencia sanitaria general no puede limitarse a cambios estructurales y organizativos y debe incluir el diseño e implantación de procesos en todos los niveles asistenciales y unidades clínicas⁷⁶, superando los problemas de comunicación y colaboración entre diferentes partes del sistema.

⁷² Brown S, Kim M, Mitchell C, Inskip H (2010). 'Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia'. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, vol 196, no 2, pp 116–21.

⁷³ Katon WJ, Rutter C, Simon G, Lin EHB, Ludman E, Ciechanowski P, Kinder L, Young B, Von Korff M (2005). 'The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes'. *Diabetes Care*, vol 28, no 11, pp 2668–72.

⁷⁴ Dorning H, Davies A, Blunt I (2015). *Focus on: People with mental ill health and hospital use. Exploring disparities in hospital use for physical healthcare. Research summary*. London: The Health Foundation and Nuffield Trust.

⁷⁵ Kirmayer LJ, Groleau D, Looper KJ, Dao MD (2004). 'Explaining medically unexplained symptoms'. *Canadian Journal of Psychiatry*, vol 49, no 10, pp 663–72.

⁷⁶ Curry N, Ham C (2010). *Clinical and service integration: the route to improved outcomes*. London: The King's Fund.

Desarrollo

El proyecto de integración se concreta en las siguientes líneas consideradas como prioritarias:

1. Mejorar en atención primaria el manejo de los síntomas médicamente “inexplicables”. Incluido en el proyecto de *“Abordaje del malestar psíquico en Atención Primaria”*.
2. Mejorar la competencia y la práctica clínica en atención primaria para las necesidades de salud de los pacientes con enfermedad mental grave.
3. Incorporar a los objetivos de la atención a pacientes crónicos el bienestar psicológico y social y la correcta adaptación a sus limitaciones. Incluido en el Plan Estratégico de *“Atención al paciente crónico complejo”*.
4. Incorporar a los objetivos de la atención a cuidadores de pacientes crónicos el bienestar psicológico y social. Incluido en el Plan Estratégico de *“Atención al paciente crónico complejo”*.
5. Garantizar la atención de salud mental a los pacientes ingresados en hospitales generales de agudos. Equipo de la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace.
6. Atender correctamente los problemas físicos de salud de los pacientes con problemas de salud mental ingresados en hospitales de agudos.
7. Atender correctamente los problemas físicos de salud de los pacientes con problemas de salud mental ingresados o atendidos en centros para procesos de media o larga duración.
8. Garantizar la atención de salud mental en la asistencia a la fase perinatal del proceso de embarazo, parto y puerperio.

Atención Primaria	1. Mejorar en atención primaria el manejo de los síntomas médicamente “inexplicables”. 2. Mejorar la competencia y la práctica clínica en atención primaria para las necesidades de salud de los pacientes con trastorno mental grave. 8. Garantizar la atención de salud mental en la asistencia a la fase perinatal del proceso de embarazo, parto y puerperio.
Hospitales Generales	5. Garantizar la atención de salud mental a los pacientes ingresados en hospitales generales de agudos. Equipo de la Unidad de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace. 6. Atender correctamente los problemas físicos de salud de los pacientes con problemas de salud mental ingresados en hospitales de agudos.
Dispositivos de Salud mental	7. Atender correctamente los problemas físicos de salud de los pacientes con problemas de salud mental ingresados o atendidos en centros para procesos de media o larga duración.
Plan Estratégico de “Atención al paciente crónico complejo”	3. Incorporar a los objetivos de la atención a pacientes crónicos el bienestar psicológico y social y la correcta adaptación a sus limitaciones. Incluido en el Plan Estratégico de <i>“Atención al paciente crónico complejo”</i> . 4. Incorporar a los objetivos de la atención a cuidadores de pacientes crónicos el bienestar psicológico y social. Incluido en el Plan Estratégico de <i>“Atención al paciente crónico complejo”</i> .

El punto 1 se tratará en “Abordaje de los trastornos de salud mental en atención primaria”. El punto número 2 se trata en este proyecto (salud física) y también en el “Abordaje de los trastornos de salud mental en atención primaria”.

El punto 3 y 4 se recogen en el Plan Estratégico de “Atención al paciente crónico complejo”.

Mejorar la competencia y la práctica clínica en atención primaria para las necesidades de salud de los pacientes con enfermedad mental grave.

Las personas con enfermedades mentales graves tienen un mayor riesgo de malestar y enfermedad física. A ello contribuye la mayor prevalencia de hábitos no saludables relacionados⁷⁷ con el estilo de vida y determinantes socioeconómicos como transgresiones en la dieta, alcoholismo, tabaco, obesidad, malnutrición..., y los efectos secundarios de la medicación.

Además estos pacientes son menos propensos a recibir una atención sanitaria en condiciones similares al resto de los ciudadanos, especialmente en actuaciones preventivas y de control de factores de riesgo⁷⁸.

Para disminuir la carga de enfermedad y la mortalidad prematura de los pacientes con trastorno mental grave es necesaria una actuación activa de médicos y enfermeros de atención primaria identificando sus factores de riesgo, controlando sistemáticamente aquellos síntomas y signos secundarios a la medicación, incorporando a estos pacientes a la oferta de servicios preventivos y de diagnóstico temprano.

Para ello se realizará un protocolo de seguimiento en el que se recogerá la detección de problemas de salud y factores de riesgo así como el seguimiento de los mismos para todos los pacientes incluidos en el registro de trastorno mental grave.

Garantizar la atención de salud mental a los pacientes ingresados en hospitales generales de agudos. Psiquiatría de Enlace.

Los problemas de salud mental son muy frecuentes en los pacientes ingresados en los hospitales y que acuden a urgencias, pudiendo afectar seriamente a los resultados de la asistencia. Sin embargo, a menudo no se identifican al no considerarse prioritarios o no disponer de los conocimientos suficientes los profesionales que les asisten.

Por ejemplo, dos tercios de las camas suelen estar ocupadas por personas mayores, de los cuales un 60% van a desarrollar un problema de salud mental durante su ingreso.⁷⁹

El fracaso en apoyar consistentemente las necesidades de salud mental de las personas en los servicios hospitalarios tiene un efecto importante tanto en la

⁷⁷Kulkarni M, Huddleston L, Taylor A, Sayal K, Ratschen E (2014). ‘A cross-sectional survey of mental health clinicians’ knowledge, attitudes, and practice relating to tobacco dependence among young people with mental disorders’. *BMC Health Services Research*, vol 14, p 618.

⁷⁸Lawrence D, Kisely S (2010). ‘Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness’. *Journal of Psychopharmacology*, vol 24, no 4, suppl, pp 61–8.

⁷⁹Anderson D, Aveyard B, Baldwin B, Barker A, Forsyth D, Guthrie E, Holmes J, Ratcliffe J, Richman A (2005). *Who cares wins. Improving the outcome for older people admitted to the general hospital. Guidelines for the development of liaison mental health services for older people*. London: Royal College of Psychiatrists.

experiencia del paciente como en los resultados. Por ejemplo, en aproximadamente el 50% de los casos, el personal de atención no identifica el delirium en pacientes ancianos como un problema a tratar, los pacientes con demencia siguen siendo tratados con antipsicóticos durante su ingreso a pesar de ser inadecuado⁸⁰, problemas como la depresión sobrevenida llevan a las personas a permanecer más tiempo en el hospital que el necesario para su enfermedad.

Para mejorar esta situación se elaborará para todos los hospitales de agudos de Aragón un protocolo en el que se recogerán las situaciones que deben ser incluidas en los servicios de enlace así como los flujos asistenciales entre las Unidades.

Atender correctamente los problemas físicos de salud en los pacientes con problemas de salud mental ingresados en hospitales de agudos.

Aunque los servicios de salud mental de enlace son cada vez más frecuentes en los hospitales de agudos no ocurre lo mismo en sentido recíproco a pesar de los niveles de necesidad y enfermedades físicas no diagnosticadas en pacientes con problemas de salud mental. A ello puede contribuir la falta de confianza o el no disponer de las habilidades requeridas para identificar estos problemas por los profesionales que se dedican específicamente a la salud mental.

Existe una cultura en las unidades de salud mental de dar poca prioridad a la salud física.⁸¹ A más de un tercio de los pacientes no se les realiza examen físico en las primeras 24 horas tras el ingreso, criterio exigible para el resto de los pacientes.

Problemas crónicos de salud tales como enfermedades del corazón y enfermedad pulmonar obstructiva crónica así como afecciones agudas como apendicitis y accidente cerebrovascular, son infradiagnosticados e infratratados entre personas con patología mental grave.⁸²

La hospitalización en servicios de salud mental debe ser considerada como una oportunidad para mejorar la salud mental y física de la persona.

Todas las personas ingresadas deben recibir un examen físico completo al ingreso o dentro de 24 horas y estará claramente documentado.

Las enfermeras de salud mental realizarían las pruebas básicas por sí mismas utilizando procedimientos documentados y sistematizados.

Por ejemplo en:

<http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/eLester%20final%20report%2016.03.16.pdf>

(Royal College of Psychiatrists 2014).

⁸⁰McIlroy G, Thomas SK, Coleman JJ (2015). 'Second-generation antipsychotic drug use in hospital inpatients with dementia: the impact of a safety warning on rates of prescribing'. *Journal of Public Health*, vol 37, no 2, pp 346–52.

⁸¹Kulkarni M, Huddleston L, Taylor A, Sayal K, Ratschen E (2014). 'A cross-sectional survey of mental health clinicians' knowledge, attitudes, and practice relating to tobacco dependence among young people with mental disorders'. *BMC Health Services Research*, vol 14, p 618

⁸²Lawrence D, Kisely S (2010). 'Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness'. *Journal of Psychopharmacology*, vol 24, no 4, suppl, pp 61–8.

Atender correctamente los problemas físicos de salud en los pacientes con problemas de salud mental ingresados o atendidos en centros para procesos de media o larga duración.

Los pacientes con problemas de salud mental que reciben tratamiento prolongado en régimen institucional (larga estancia, residencias, pisos...) en muchas ocasiones no reciben los servicios de atención primaria que se les presta al resto de los ciudadanos. Su salud física suele ser atendida por los recursos sanitarios de las instituciones en las que residen o por traslados a servicios de urgencias hospitalarias.

Servicios preventivos, de atención a domicilio, fisioterapia, odontología..., propios de la atención primaria son infrautilizados por estos pacientes o no se les dedica el tiempo suficiente a situaciones que exigen consultas más largas y disponer de habilidades específicas.

Los problemas de salud, más frecuentes en estos pacientes, como enfermedades metabólicas, cardiovasculares, respiratorias son infravalorados o tratados de forma fraccionada por distintas unidades.

Para paliar esta situación las instituciones donde residen estos pacientes deben ser considerados como su domicilio particular, estando asignados a un médico de familia y enfermera que deben hacerse responsables de su salud.

En los programas individualizados que desde estas instituciones se desarrollen para cada paciente deben incluirse la comorbilidad, factores de riesgo y seguimiento necesario, así como debe documentarse la atención que se recibe desde los profesionales de atención primaria.

Como mínimo cada año debe realizarse un examen completo de su estado de salud.

Garantizar la atención de salud mental en la asistencia a la fase perinatal del proceso de embarazo, parto y puerperio.

Los problemas de salud mental afectan a una de cada cinco mujeres durante el período perinatal⁸³, los problemas encontrados incluyen depresión, trastornos de ansiedad, psicosis y trastorno de estrés postraumático.

Existen pruebas de que los problemas de salud mental aumentan el riesgo de complicaciones obstétricas y puede afectar adversamente a la relación madre-hijo y al desarrollo social y emocional del niño⁸⁴, ocasionando efectos duraderos en la autoestima materna así como en las relaciones de pareja y familia.⁸⁵ Casi una cuarta parte de las muertes maternas que ocurren entre seis semanas y un año después del embarazo se deben a causas psiquiátricas.⁸⁶

⁸³ Davies S (2015). *Annual report of the Chief Medical Officer, 2014 – the health of the 51%: women*. London: Department of Health.

⁸⁴ Stein A, Pearson RM, Goodman SH, Rapa E, Rahman A, McCallum M, Howard LM, Pariante CM (2014). 'Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child'. *The Lancet*, vol 384, no 9956, pp 1800–19.

⁸⁵ Oates M (2015). *Perinatal mental health services. Recommendations for the provision of services for childbearing women*. CR197. London: Royal College of Psychiatrists.

⁸⁶ MBRRACE-UK (2015). *Saving lives, improving mothers' care. Surveillance of maternal deaths in the UK 2011–2013 and lessons learned to inform maternity care from the UK and Ireland Confidential Enquiries into Maternal Deaths and Morbidity 2009–13*. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford

El retraso en la búsqueda de ayuda es frecuente debido a la estigmatización y al miedo a que no se le permita continuar con su hijo.

Para la identificación temprana, muchas veces durante el embarazo, es necesario capacitar a las matronas que atienden el proceso de embarazo-parto y puerperio y sistematizar las herramientas de sospecha y detección.

Puesta en marcha de un programa de Psicopatología y Psiquiatría de enlace del niño y del adolescente, en aquellos hospitales donde se atiendan partos.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Protocolo de aplicación en Atención Primaria para la detección de problemas de salud y factores de riesgo así como para el seguimiento de los mismos, destinado a todos los pacientes incluidos en el registro TMG.										
Se establecerá en todos los hospitales de agudos de Aragón un protocolo en el que se recogerán las situaciones que deben ser incluidas en los servicios de enlace de salud mental así como los flujos asistenciales entre las Unidades										
Todas las personas ingresadas en Unidades de hospitalización de Corta Estancia deben recibir un examen físico completo al ingreso o dentro de 24 horas, documentándose en su historia clínica.										
Las enfermeras de las Unidades de hospitalización de Corta Estancia dispondrán de las herramientas básicas para garantizar los cuidados propios y su continuidad.										
Todos los pacientes con residencia alternativa a su domicilio tendrán asignados un médico de familia y enfermera como responsables de la atención a su salud.										
En los programas individualizados que desde estas instituciones se desarrollen para cada paciente deben incluirse la comorbilidad, factores de riesgo y seguimiento necesario, así como documentarse la atención que se recibe desde los profesionales de atención primaria.										
Como mínimo cada año debe realizarse un examen completo del estado de salud de pacientes hospitalizados o en alojamiento supervisado.										
Se capacitará a las matronas que atienden el proceso de embarazo-parto y puerperio y se sistematizará las herramientas de sospecha y detección de la enfermedad mental.										

Diseño y planificación

 Desarrollo

 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Protocolo para su aplicación en Atención Primaria para la detección de problemas de salud y factores de riesgo así como el seguimiento de los mismos para todos los pacientes incluidos en el registro de trastorno mental grave.	Porcentaje de pacientes registrados como TMG de los que hay constancia en HCE de aplicación del protocolo.
Se establecerá en todas los hospitales de agudos de Aragón un protocolo en el que se recogerá las situaciones que deben ser incluidas en los servicios de enlace de salud mental así como los flujos asistenciales entre las Unidades.	Número de hospitales con aplicación del protocolo y procedimientos regulados. Estudio de estancias medias en pacientes con diagnóstico de trastorno mental en el alta hospitalaria.
Todas las personas ingresadas en Unidades de hospitalización de Corta Estancia deben recibir un examen físico completo al ingreso o dentro de 24 horas, documentándose en su historia clínica.	% de pacientes ingresados en unidad de corta estancia en los que figura examen de salud antes de las 24 horas tras el ingreso.
Las enfermeras de las Unidades de hospitalización de Corta Estancia dispondrán de las herramientas básicas para garantizar los cuidados propios y su continuidad.	% de pacientes ingresados en unidad de corta estancia en los que está documentado el examen de enfermería y son dados de alta con informe de continuidad.
Todos los pacientes con residencia alternativa a su domicilio tendrán asignados un médico de familia y enfermera que deben hacerse responsables de su salud.	% de pacientes sin médico de familia y enfermera asignados.
En los programas individualizados que desde estas instituciones se desarrollen para cada paciente deben incluirse la comorbilidad, factores de riesgo y seguimiento necesario, así como documentarse la atención que se recibe desde los profesionales de atención primaria.	% de PI en los que consta la comorbilidad y las pautas de tratamiento y seguimiento.
Como mínimo cada año debe realizarse un examen completo de su estado de salud a pacientes institucionalizados.	% de pacientes con al menos un examen de salud anual.
Se capacitará a las matronas que atienden el proceso de embarazo-parto y puerperio y sistematizar las herramientas de sospecha y detección de la enfermedad mental.	% de mujeres embarazadas en los que se aplicado herramientas de detección de problemas de salud mental.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
No específicos. Las fijadas en el proyecto de "suficiencia de recursos"
<i>Recursos materiales</i>
No específicos. Las fijados en el proyecto de "suficiencia de recursos"
<i>Recursos humanos</i>
No específicos. Las fijados en el proyecto de "suficiencia de recursos"

Proyecto 03

PROGRAMAS COLABORATIVOS ENTRE APS Y SALUD MENTAL.

Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA</p>	<p>2.1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental</p> <p>2.3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado y la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves.</p> <p>2.11 Garantizar la continuidad de la atención mediante la utilización de documentación clínica común a todos los profesionales que intervienen en el proceso.</p> <p>2.28 Establecer programas de apoyo, formación y colaboración con cuidadores principales y familiares, tanto desde los ámbitos de la salud mental como desde la atención primaria.</p>
<p>Línea Estratégica 4 Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL</p>	<p>4.7 Disponer de los medios que faciliten la interconsulta virtual entre los equipos de salud mental y de atención primaria.</p>

Introducción

La prevalencia de patología psiquiátrica en la práctica médica general es, según diversos estudios, entre un 25 y un 40% del total de los pacientes atendidos. En general, solo entre un 5 y un 10% de estos pacientes llegan finalmente a las consultas especializadas en salud mental.

Thornicroft y Tansella advierten que anualmente más del 25% de los adultos padecen un trastorno mental. Como los servicios especializados en países desarrollados solo pueden visitar al año al 2-3% de la población, es evidente que solo la décima parte del total de la morbilidad psiquiátrica puede entrar en contacto clínico con los servicios especializados. La pregunta que formulan es: ¿qué 10%?

La gravedad de los problemas de salud mental tiene muy poca relación con la intensidad de la atención recibida. Pero los servicios especializados deberían orientar sus esfuerzos a las personas con los síntomas más graves o con los niveles más altos de discapacidad mientras que en Atención Primaria serían atendidos todos los pacientes con menor gravedad.

El Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad estableció las bases de la colaboración entre Atención Primaria y Atención

Especializada a la salud mental. Desde que se inició la reforma este ha sido un punto crucial cuyo desarrollo se ha visto dificultado por el desbordamiento de ambos niveles asistenciales por la demanda emergente, la dificultad para definir claramente límites entre el sufrimiento normal y la patología susceptible de tratamiento, más allá del criterio de cada profesional, y las dificultades de coordinación.

A pesar de que los trastornos mentales comunes constituyen un volumen sustancial de la consulta de los médicos de familia, estos no siempre reciben la formación adecuada para diagnosticarlos y tratarlos, ni disponen de tiempo, lo que condiciona que muchos de los pacientes reciben únicamente tratamiento farmacológico, cuando, en muchas ocasiones, podrían beneficiarse de abordajes interdisciplinarios con técnicas de apoyo y consejo breve.

Por su parte, en el nivel especializado, la atención a los trastornos mentales comunes representa una demanda creciente que resta capacidad para la atención a los trastornos mentales más graves e incapacitantes, sin que ello se asocie a una mayor disponibilidad de tiempo para el tratamiento adecuado de los primeros, debido fundamentalmente a la insuficiencia de dispositivos asistenciales suficientemente dotados.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud señala como punto crítico de la atención comunitaria que la Atención Primaria ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a personas con trastornos mentales, mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse en ese nivel asistencial, mediante la detección y derivación temprana de las personas que precisen atención especializada en los equipos de salud mental y mediante la continuidad en los cuidados de todas las personas afectadas y de sus familias.

Justificación

En la práctica clínica se observa falta de fluidez en la relación entre Atención Primaria y Salud Mental. El modelo de derivación e interconsulta arrastra deficiencias clave como son la calidad de la información transferida entre ambos niveles, notablemente mejorable, incluso con la informatización de la historia clínica.

A pesar de que existen numerosos programas de coordinación y protocolos de atención a los problemas de salud mental en Atención Primaria, no se lleva a cabo una coordinación efectiva en la realidad de la práctica clínica, basándose ésta más en el esfuerzo e interés personal de algunos profesionales de los dos ámbitos que en una política general de prevención, promoción e intervención que consiga implicar a todos en la tarea de mejorar la atención a la salud mental para todos los ciudadanos.

Se ha comprobado que no resulta muy efectivo proporcionar a los médicos de primaria manuales diagnósticos de trastornos mentales o guías de tratamiento de estas enfermedades.

Es necesario planificar formas activas de colaboración entre los profesionales de los dos ámbitos.

Desarrollo

Comunicación entre Atención Primaria y Salud Mental

Existe la necesidad de mejorar la comunicación entre los equipos de Atención Primaria y de Salud Mental, para hacerla más ágil y dinámica, de manera que pueda desarrollarse un canal continuo de comunicación entre ambos niveles.

a) Comunicación escrita:

- Utilización por todos los profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental del sistema informático de la red sanitaria pública para poder acceder a la historia clínica del paciente desde los dos ámbitos asistenciales, compartiendo la información con plenas garantías de confidencialidad, basada en el secreto profesional compartido.
- Utilización del correo electrónico para mover información de forma rápida en ambas direcciones en situaciones que requieran actuaciones urgentes y/o preferentes, así como consulta de dudas entre profesionales acerca de la intervención en determinados casos clínicos de mayor complejidad.
- Estandarizar el procedimiento para el intercambio, en una y otra dirección, de la información más relevante sobre el paciente entre Atención Primaria y Salud Mental.
- Proporcionar información al personal de Atención Primaria acerca del funcionamiento, personal, estructura, horarios, forma de contactar, teléfonos, fax, e-mail, etc., de los Equipos de Salud Mental de su Área de Salud.
- Proporcionar información a los profesionales de los Equipos de Salud Mental acerca del funcionamiento, personal, estructura, horarios, forma de contactar, teléfonos, fax, e-mail, etc., de los Centros de Salud de su Área de Salud.

b) Comunicación telefónica:

- Asegurar una línea de comunicación telefónica entre los equipos de Atención Primaria y de Salud Mental, con horario disponible, para facilitar consultas e intervenciones, especialmente las de carácter urgente.

c) Comunicación personal:

- Establecer, desde la coordinación de salud mental del sector sanitario, reuniones periódicas entre profesionales de Atención Primaria y Salud Mental para discusión de casos clínicos, planificación del funcionamiento de intervenciones comunes y elaboración y/o revisión de programas y protocolos de forma conjunta. Esto favorece que los profesionales se conozcan y así se faciliten las actividades de coordinación.
- En determinadas circunstancias, en las que la dispersión geográfica sea un factor limitante, desarrollar la interacción entre profesionales por medio de videoconferencia y/o audioconferencia.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Establecer un grupo representativo de los distintos niveles profesionales de Salud Mental y Atención Primaria para elaborar conjuntamente y actualizar periódicamente programas y protocolos estandarizados de intervención en las patologías psiquiátricas más prevalentes, detallando claramente las funciones de cada profesional de ambos niveles.										
Elaborar un protocolo conjunto de derivación desde Atención Primaria a Salud Mental, con criterios de derivación claros e información de los diferentes dispositivos de Salud Mental o de otros dispositivos de apoyo a Atención Primaria que resulten más adecuados para las diferentes patologías psiquiátricas, que sirva de orientación al médico de Atención Primaria para optimizar los recursos.										
Gestión conjunta de la lista de espera, organizando las citas con carácter urgente, preferente u ordinario según criterios establecidos en protocolo de derivación elaborado conjuntamente y dado a conocer a todos los profesionales del Área.										
Coordinación con otras unidades de apoyo a Atención Primaria como son las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones, con establecimiento de protocolos de actuación conjunta en patología dual, para optimizar la detección, seguimiento y tratamiento de pacientes con problemas relacionados con el consumo de sustancias y patología psiquiátrica.										
Establecer procedimientos para coordinación entre Enfermería especializada de Salud Mental y de Atención Primaria con objetivos comunes de carácter asistencial y de formación continuada.										
Establecer procedimientos para coordinación con los Servicios Sociales a través de los trabajadores sociales tanto de Salud Mental como de Atención Primaria, para optimizar la red social de atención al usuario de Salud Mental.										
Implantar sistemas de videoconferencia, especialmente en los centros que atienden población con mayor dispersión en zona rural.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Protocolo para la atención a patología psiquiátrica definiendo funciones en USM y EAP.	Finalizar en 2018.
Protocolo para la derivación entre EAP y USM, y gestión de la lista de espera.	Finalizar en 2018.
Coordinación UASA con EAP	Finalizar en 2018.
Establecer procedimientos para coordinación entre Enfermería especializada de Salud Mental y de Atención Primaria	Finalizar en 2018.
Establecer procedimientos para coordinación con los Servicios Sociales a través de los trabajadores sociales tanto de Salud Mental como de Atención Primaria	Finalizar en 2018.
Implantar sistemas de videoconferencia.	% de USM y EAP que trabajan casos comunes mediante videoconferencia.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
<i>Recursos materiales</i>
Los recursos tecnológicos necesarios para implantar el sistema de videoconferencia.
<i>Recursos humanos</i>
La participación y dedicación que se estime necesaria de profesionales del Salud y del Departamento de Sanidad para el diseño y puesta en marcha de las intervenciones referidas.

Proyecto 04

ACTUACIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL.

Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 1 Actuar sobre los determinantes, autocuidado y hábitos saludables mediante acciones de PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL</p>	<p>1.2. Desarrollar programas específicos que incidan sobre los determinantes relacionados con la salud mental y el bienestar emocional: consumo de tóxicos, manejo del estrés. 1.3. Desarrollar actuaciones de promoción comunitaria relacionadas con la salud mental desde los Equipos de Atención Primaria. 1.8. Colaborar en los programas específicos promovidos por otras instituciones y entidades que incidan sobre determinantes de discriminación por motivo de género, minorías, exclusión social, etc. 1.9 Colaborar con la Dirección General de Salud Pública en las actuaciones que realiza, enmarcadas en el ámbito de la educación para la salud, tanto con programas generales de promoción de hábitos saludables como específicos de promoción del bienestar emocional. 1.12. Colaborar con el Departamento de Ciudadanía y Derechos Sociales en actuaciones que fomenten y promuevan la salud mental en colectivos como menores en acogimiento, personas con dependencia, mayores institucionalizados, etc. 1.10 Colaborar con la Escuela de Pacientes con implicación de profesionales, asociaciones, usuarios, etc., con el objeto de abordar asuntos relacionados con la prevención y la promoción, también en salud mental. 1.11 Colaborar con el Departamento de Educación, Cultura y Deporte en actuaciones que fomenten y promuevan la salud mental: Utilización de nuevas tecnologías, acoso escolar, consumo de tóxicos, redes sociales, etc. 1.13. Colaborar con Asociaciones y Entidades relacionadas con la salud mental en los proyectos y actividades que promuevan la salud mental en el entorno social.</p>
<p>Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA</p>	<p>2.1. Capacitar a los profesionales (médicos de familia, pediatras, enfermeros, trabajadores sociales) para la detección temprana de los problemas de salud mental. 2.2. Incorporar a los programas para el seguimiento del desarrollo y crecimiento de niños y adolescentes los instrumentos necesarios para la detección temprana de patología mental o de situaciones vitales que puedan favorecer su aparición y desarrollo. 2.3. Capacitar y dotar de las herramientas necesarias a los profesionales para la orientación y tratamiento, y respuesta adecuada a la demanda que conlleva malestar psíquico o sintomatología ansiosa y/o depresiva secundaria a circunstancias vitales, evitando su patologización y su acceso al nivel especializado, y la colaboración en el tratamiento de trastornos mentales graves.</p>

	<p>2.6. Implantar protocolos para la atención a pacientes con un intento previo autolítico.</p> <p>2.14 Potenciar los programas de promoción de la salud mental y prevención de adicciones a través de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud (RAPPS), Escuelas Promotoras de Salud y los Centros de Prevención Comunitaria.</p>
--	--

Introducción

La promoción de la salud mental está situada dentro del campo más amplio de promoción de la salud e involucra acciones que apoyan a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables y a que creen condiciones de vida y ambientes que apoyen la salud.

El proyecto limita sus actuaciones a las que pueden desarrollarse por los profesionales sanitarios, sin contemplar programas de otros sectores como empleo, vivienda, medio ambiente..., ni tampoco programas de promoción sobre determinantes generales y que corresponde a la esfera de la salud pública.

Los objetivos y actividades que se incluyen en el proyecto se integran en la estrategia de Atención Comunitaria y Participación en Salud del Departamento de Sanidad y que tiene como objetivos específicos:

- Desarrollar la Atención Comunitaria y la Participación en Salud en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Aragón.
- Ofrecer apoyo técnico, material y formativo a las actividades comunitarias y de participación.
- Impulsar el trabajo y coordinación intersectorial e intradepartamental.
- Reorientar la atención asistencial individual y colectiva que actualmente realiza atención primaria por un enfoque basado en el modelo salubrista y de activos en salud, con perspectiva poblacional o comunitaria, reconocimiento de los determinantes sociales de la salud y estrategias de promoción de la salud.
- Sistematizar las acciones de prevención en la atención individual de los profesionales de atención primaria.

Y con responsabilidades en tres niveles de actuación con distintas actividades a desarrollar y tareas.

1. Nivel Macro: Departamento de Sanidad.
2. Nivel Medio: Direcciones de Atención Primaria, Servicio de Asesoramiento y Recursos, Grupo de Trabajo.
3. Nivel micro: Equipos de Atención Primaria, Unidades Docentes.

Justificación

La salud mental al igual que la salud en general está determinada por muchos factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica. La mayor evidencia que se refiere a los riesgos de enfermedades mentales está asociada con indicadores de pobreza, bajos niveles de educación, inseguridad, desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física.⁸⁷

Además la mala salud mental se asocia con mayores tasas de consumo de tabaco, alcohol, drogas, con peores resultados educativos, perspectiva de empleo, etc.

Muchos de los problemas de salud mental comienzan en la niñez o la adolescencia pudiendo tener efectos negativos a lo largo de toda la vida.

Aunque cada vez existe mayor número de evidencias sobre la efectividad de medidas de promoción comunitarias o sobre grupos específicos los esfuerzos en el campo de la salud mental tienden a depender mayormente de actuaciones individuales sobre individuos enfermos.

Un enfoque más integrado de las actuaciones de promoción de la salud debería abordar la salud física y mental de manera coordinada, combinando recursos de diferentes sectores.

Dando prioridad a programas que han demostrado su evidencia para mejorar las capacidades mentales: promoción de la actividad física al aire libre, aordaje de los riesgos del consumo de alcohol, intervenciones que mejoran la interacción social y faciliten la ausencia del sentimiento de aislamiento, etc., siendo especialmente necesarias las actuaciones sobre la infancia y adolescencia.

Desarrollo

El proyecto se estructura en cuatro tipos de actuaciones que se correlacionan entre ellas:

- Implantación de programas de promoción comunitaria de salud mental en los equipos de Atención Primaria.
- Detección de activos comunitarios de salud.
- Implantación de la prescripción social (receta comunitaria) para personas con problemas de salud mental.
- Implantación de las propuestas del PAPPS en salud mental.

Además se contemplan otras intervenciones:

- Colaborar con Educación para la salud de Salud Pública y Escuela de salud de la Dirección General de Derechos y Garantías del Usuario.
- Participar en programas de promoción, prevención y educación para la salud mental en el entorno escolar (fundamental en niños y adolescentes), en la formación del profesorado como agentes comunitarios de salud mental en colaboración con equipos psicopedagógicos y Educación.

⁸⁷ Promoción Salud Mental. OMS 2004.

Implantación de programas de promoción comunitaria de salud mental en los equipos de Atención Primaria.

Se entiende por actividad comunitaria⁸⁸, realizada por un Equipo de Atención Primaria, a toda aquella acción en salud dirigida a promover la salud y/o el bienestar de la comunidad que presenta los siguientes criterios:

- La actividad ha debido estar activa en el periodo analizado en el estudio.
- La actividad no debe ser una actividad puntual o aislada, sino que forma parte de un proyecto o programa más amplio.
- Los profesionales del centro de salud participan en ella de alguna manera en representación del EAP, no es una participación a título personal.
- La comunidad a la que va dirigida, ha participado en el origen o el desarrollo de la actividad de una forma más activa que activamente que como público pasivo o bien se tratara de una actividad intersectorial, es decir, en la que colaboraran sectores diferentes al de salud.

En el caso de las actividades de promoción de salud mental se añadiría la necesidad de ir dirigida a colectivos con trastorno mental o poblaciones en riesgo.

Los proyectos se incluirán en los Acuerdos de Gestión Clínica que se establecen con los Equipos, con apoyo metodológico y evaluación de los resultados.

Detección de activos comunitarios de salud mental.

Un recurso comunitario⁸⁹ es un bien o servicio que puede ser usado para mejorar la calidad de vida de las personas que forman una comunidad. Los objetivos de la identificación de recursos comunitarios son:

- Visibilizar, hacer accesible y ofrecer a la población los recursos locales que pueden mejorar su salud.
- A su vez, se obtiene una información muy valiosa para estudiar la distribución de recursos por áreas e identificar focos de acción para un posterior desarrollo o potenciación de recursos.

La identificación y movilización de recursos de una comunidad puede facilitar que las personas residentes de dicha comunidad ganen control sobre sus vidas y su salud.

Puede definirse como activos de salud “Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud”⁹⁰.

Previamente a la identificación de activos es necesario decidir el objetivo, finalidad y población para el que se van a utilizar⁹¹, es la etapa clave en la que se deciden el objetivo y la finalidad. Conviene, en esta fase inicial y desde el Departamento de

⁸⁸Benedé, B. *Actividades de promoción comunitaria de salud. Tesis Doctoral. 2016*

⁸⁹Guía para la implantación local de proyectos de promoción de la salud. Ministerio de Sanidad. 2015

⁹⁰Morgan A, Ziglio E. *Revitalising the evidence base for public health: an assets model. Promot Educ. 2007; (Suppl 2):17–22*

⁹¹Cofiño R, et al. *Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit. 2016. 30(S1):93–98*

Sanidad, llegar a acuerdos con responsables políticos y directivos que faciliten y apoyen el proceso de trabajo (participación de responsables de las concejalías, del personal técnico de la Administración local y autonómica...), y lo más importante, lograr el compromiso de que respalden la ejecución de las actuaciones derivadas de la dinamización de los activos. De manera simultánea se debe tener en cuenta y colaborar con los Consejos de Salud como instrumento de promoción sanitaria y participación comunitaria.

Un ejemplo a seguir puede ser la identificación de activos para el bienestar mental realizado en el distrito de Wakefield⁹², en el que el marco de análisis se realizó con las cinco categorías de la New Economics Foundation.

Las posibilidades de “activos en salud” son muy diversas: actividades deportivas, talleres ocupacionales, grupos culturales, etc. Hasta ahora las recomendaciones profesionales se limitaban a la realización de ejercicio o paseos saludables para disminuir el riesgo cardiovascular aunque últimamente también se ha demostrado su acción beneficiosa sobre el bienestar psíquico y emocional.

Pero además del ejercicio otros “activos sociales” pueden beneficiar la salud. Existe evidencia sobre la importancia del sentimiento de apoyo social para la salud. Incluso existe evidencia de la relación entre mortalidad, apoyo social⁹³ y del efecto modulador del apoyo social sobre el malestar emocional⁹⁴. Es por este motivo que, a pesar de no conocer del todo los mecanismos por los cuales resulta beneficiosa la prescripción social, sus indudables beneficios implican la necesidad de poder trabajar con esta visión.

Implantación de la prescripción social (receta comunitaria) para pacientes con problemas de salud mental.

La llamada prescripción social (receta comunitaria) es un concepto relativamente nuevo que aparece sobretodo en el mundo anglosajón entre finales del siglo XX y principios del XXI. Hace referencia a la capacidad del sistema sanitario y social para promover el acceso a recursos de soporte de la comunidad con el fin de atender problemas diversos y promover la salud. Es una manera formal e institucional de establecer vínculos entre individuos y comunidad con una visión holística del concepto de salud biopsicosocial.⁹⁵

Existen experiencias en algunos países (Reino Unido sobretodo), en donde la prescripción social está integrada en la Atención Primaria a través de la coordinación entre el sistema sanitario y el sistema social que ayuda a fortalecer los vínculos de la

⁹² *Growing communities from the inside out. Piloting an asset based approach to JSNAs within the Wakefield District: methods and findings. NHS Wakefield District. 2010.*

⁹³ *Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. PLoS Med. 2010;7(7)*

⁹⁴ *Fernández A, García-Alonso J, Royo-Pastor C, Garrell-Corbera I, Rengel-Chica J, Agudo-Ugena J, Ramos A, Manuel Mendive J. Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. Br J Gen Pract. 2015;65(632):e198–e203.*

⁹⁵ *Castelló M, Fernández de Sanmamed MJ, García J, Mazo MV, Mendive JM, Rico M, Rovira A, Serrano E, Zapater F. Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016.*

comunidad. En este sentido, se considera la potencialidad terapéutica de la comunidad y la posibilidad de contribuir a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a través de elementos de cultura, ocio, educación, ocupación laboral y entorno ambiental. La prescripción social se ha utilizado en contextos con problemas de malestar emocional o psicológico, pero también para situaciones de aislamiento social o de problemas de dependencia.

Utilizar activos de salud de la comunidad fomenta una serie de actividades que mejorará las relaciones sociales, facilitará hábitos saludables y contribuirá a la desmedicalización de situaciones que no lo requieren y conectar lo que pasa en la comunidad con lo que hay en la consulta.

Para su implantación es necesario contar con recursos comunitarios diversos que puedan ser utilizados por distintos pacientes, ser un componente de una estrategia de promoción más amplia y en la que actuaría como facilitadora en las relaciones sanitarios - pacientes - recursos sociales, resulta indispensable para ello contar con los profesionales del trabajo social como activadores de recursos sociales teniendo en cuenta las necesidades y dificultades de los pacientes.

Implantación de las propuestas del PAPPS en salud mental

El grupo de salud mental del PAPPS ha recomendado actuaciones de prevención basadas en las siguientes premisas a partir de determinados factores de riesgo o vulnerabilidad⁹⁶:

- El equipo de atención primaria (EAP) puede enfrentarse a los mismos: a) tanto en el contexto de su actividad asistencial cotidiana general (con todo tipo de consultantes), como b) en su relación con los consultantes con trastornos mentales, como c) en el seno de otros programas preventivos o de promoción de la salud.
- La segunda premisa básica constata la realidad de que dichos factores de riesgo se pueden detectar en la mayoría de los casos a partir de las denominadas transiciones o crisis psicosociales: el conjunto de acontecimientos vitales particulares que producen reacciones psicológicas y trastornos por los que se consulta al médico de familia o que se detectan a partir de la entrevista clínica cuando el paciente acude por otro motivo.
- Identificación de las transiciones y crisis psicosociales habituales en las distintas etapas de la vida, identificando factores de riesgo.

TABLA 5 Subprogramas del programa para la «Prevención en Salud Mental en APS» propuestos por la Comisión

Infancia-adolescencia	Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio
	Prevención de los trastornos mentales en la infancia
	Hijos de familias monoparentales
	Retraso escolar-trastorno en el desarrollo del lenguaje
	Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres
Adultos-ancianos	Pérdida de un familiar o allegado

⁹⁶ Tizón JL et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* Vol. 28. Suplemento 2. Noviembre 2007

Tomado de J.L. Tizón García et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud.

- Actuaciones sencillas y operativas y que requieren bajo entrenamiento.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Implantación de proyectos de promoción comunitaria de salud mental.										
Realización de mapa de activos sociales para pacientes con problemas de salud mental.										
Implantación de la prescripción comunitaria.										
Implantación del PAPPS salud mental										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Implantación de proyectos de promoción comunitaria de salud mental.	Un 10% de los EAP en los Acuerdos de Gestión Clínica de 2018.
Realización de mapa de activos sociales para pacientes con problemas de salud mental.	Un 10% de los EAP en los Acuerdos de Gestión Clínica de 2018.
Implantación de la prescripción comunitaria.	Un 10% de los EAP en los Acuerdos de Gestión Clínica de 2018.
Implantación PAPPS.	Un 20% de los EAP en 2018.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
No específicas.
<i>Recursos materiales</i>
No específicos.
<i>Recursos humanos</i>
No específicos.

Proyecto 05

GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADULTOS.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.10 Disponer en las unidades de salud mental de un programa específico para primeros episodios psicóticos que permita su identificación, intervención temprana, abordaje intensivo y que garantice su continuidad asistencial y las intervenciones con el núcleo de convivencia que sean necesarias. Debe apoyarse en los profesionales de la unidad con dedicación al programa de seguimiento de casos de Trastorno Mental Grave. 2.13 Disponer en las Unidades de Salud Mental de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluya la atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento, para facilitar la continuidad asistencial y la vinculación con la red asistencial. 2.27 Realizar, en fases iniciales de la asistencia, una valoración integral de la familia del paciente con trastorno mental grave. 2.28 Establecer programas de apoyo, formación y colaboración con cuidadores principales y familiares, tanto desde los ámbitos de la salud mental como desde la atención primaria.

Introducción

La atención a personas con enfermedad mental grave, ya sea en sus fases iniciales o en fases más evolucionadas, en las que se pueden asociar cronicidad discapacidad, supone un importante reto para los sistemas sanitarios.

Estas situaciones de la patología grave, conllevan múltiples dificultades en diferentes ámbitos: salud, familia, medio social, formación, trabajo, etc. de la persona, que exige del sistema sanitario una respuesta adaptada a cada caso, con especial énfasis en la continuidad asistencial y de cuidados, en la detección e intervención temprana, en la coordinación entre áreas afectadas y con los profesionales que pueden intervenir sobre ellas, y en la participación y toma de decisiones del paciente y su familia a lo largo del proceso asistencial.

Desde los inicios de la asistencia a personas con enfermedad mental grave se debe poner en marcha una planificación individualizada, un programa asistencial, que en numerosos casos requerirá de largos plazos y de la intervención de diferentes unidades, servicios, dispositivos, etc.

Por todo esto se puede hablar de un Programa asistencial al TMG que debe asegurar:

- Valoración tanto del paciente como de su núcleo familiar.
- Establecimiento de una planificación individualizada, con participación de los diferentes profesionales del equipo, en la manera que cada caso requiere.

- Registro, en los casos que proceda, en los sistemas de información específicos: Registro de Casos de TMG y aplicación PPR (Plan Personal de Recuperación).
- Designación de un profesional de referencia de cada caso. La USM y los profesionales que intervienen con el paciente y su familia, son responsables clínicos del caso en todo momento, independientemente de que esté haciendo uso de hospitalización, alojamiento supervisado, o esté en un proceso rehabilitador. Estar ingresado o acudiendo diariamente a actividades para inserción laboral, por ejemplo, no deben desvincularlo de su USM y de su seguimiento en la misma.
- Intervenciones en el entorno: facilitar la coordinación de diferentes áreas que pueden intervenir en algún sentido con el usuario (áreas sanitaria, social, formativa, laboral, judicial, etc.).
- Disponer de un Programa de Gestión de Casos de TMG y primeros episodios psicóticos en la USM, que permita respuestas rápidas, en el medio habitual del paciente, intervenciones de alta intensidad enfocadas a lograr la estabilización y vinculación con el equipo de la USM, que evite las pérdidas de seguimiento, la desorientación de usuarios y pacientes, la descoordinación entre diferentes actuaciones, etc.

Este último punto es el objeto de este proyecto, un programa para la Gestión de Casos, con participación de los distintos profesionales del equipo de la USM, con adecuada dotación de recursos para la prestación suficiente en tiempo, frecuencia e intensidad.

Justificación

La red asistencial de salud mental comunitaria no está respondiendo de manera adecuada a las necesidades de unos colectivos de personas con enfermedad mental grave, tanto en sus fases iniciales como en procesos más avanzados que se asocian a cronicidad y discapacidad (TMG).

Esto es debido a la alta demanda que tienen las Unidades de Salud Mental, especialmente por procesos leves o con sintomatología que no alcanza a justificar un diagnóstico de patología psíquica, que se traduce en menor disponibilidad profesional para citas con la frecuencia y dedicación horaria suficiente, asistencia domiciliaria, trabajo con el núcleo familiar, consulta telefónica, etc., lo que menoscaba la asistencia a estos grupos de pacientes que buscan respuesta en la atención urgente hospitalaria y extrahospitalaria, incrementándose sus ingresos por reagudizaciones y falta de continuidad asistencial.

De igual modo, la configuración actual de los equipos de las Unidades de Salud Mental es deficitaria en profesionales, especialmente en el caso de trabajador social y enfermero especialista en salud mental que son precisamente sobre los que debe recaer buena parte del seguimiento e intervenciones con estos pacientes.

La puesta en marcha de este programa tiene que complementar la labor de las USM, con especial atención a la vinculación con recursos y continuidad asistencial, al trabajo

comunitario y familiar, en definitiva, a lograr un trabajo en red con el paciente como centro de la planificación de intervenciones adaptadas a sus características y condiciones.

No debería, por tanto, suplir el trabajo rehabilitador que desempeñan los equipos de apoyo social comunitario, de centros de día y de inserción laboral, o de supervisión de pisos, sino colaborar ambos en el objetivo común de la recuperación.

Desarrollo

La práctica se orientará por modelos como el tratamiento asertivo comunitario y los modelos de case management, siguiendo sus principales recomendaciones:

- Asegurar las respuestas a las necesidades del usuario necesarias para mantenerle en su entorno con una máxima calidad de vida.
- Facilitar el acceso y la vinculación de los usuarios a todos los servicios disponibles en la comunidad.

Por encima de estos modelos se sitúa la necesidad del trabajo en red, para la conexión de recursos comunitarios, y el modelo de la Recuperación, que proporciona intervenciones centradas en la persona para ayudar, acompañar y favorecer que ésta tenga el control de su proyecto vital, más allá del tratamiento y control sintomatológico o la rehabilitación funcional.

Se propone el refuerzo progresivo de las Unidades de Salud Mental con profesionales de trabajo social y enfermería especialista en salud mental especialmente por su mayor dedicación a este programa, pero también de psiquiatras y psicólogos clínicos, en ratios proporcionales a población, demanda, dispersión geográfica y desarrollo de red asistencial y de rehabilitación.

Los profesionales que participen en el programa de Gestión de Casos forman parte del equipo de la Unidad de Salud Mental, siendo ésta su base desde la que se intervendrá fundamentalmente en la comunidad (en el domicilio del paciente, en recursos sociales y rehabilitadores, y en aquellos otros que se precise). Es imprescindible un trabajo colaborativo entre todos los profesionales de la unidad, que facilite alcanzar los objetivos de recuperación de cada paciente.

POBLACIÓN DIANA

Criterios de entrada en el programa:

Personas, mayores de 18 años que presenten:

- Enfermedad mental grave en fases iniciales, con dificultades para su abordaje desde la USM.
- Trastorno Mental Grave, con las siguientes características:

- Dificultades de continuidad asistencial, absentismo a citas, falta de adherencia terapéutica, en definitiva, una escasa vinculación con recursos de salud mental.
- Inestabilidad clínica.
- Baja funcionalidad psicosocial.
- Antecedentes de dos o más ingresos hospitalarios anuales, o recurre con frecuencia a la atención urgente extrahospitalaria.

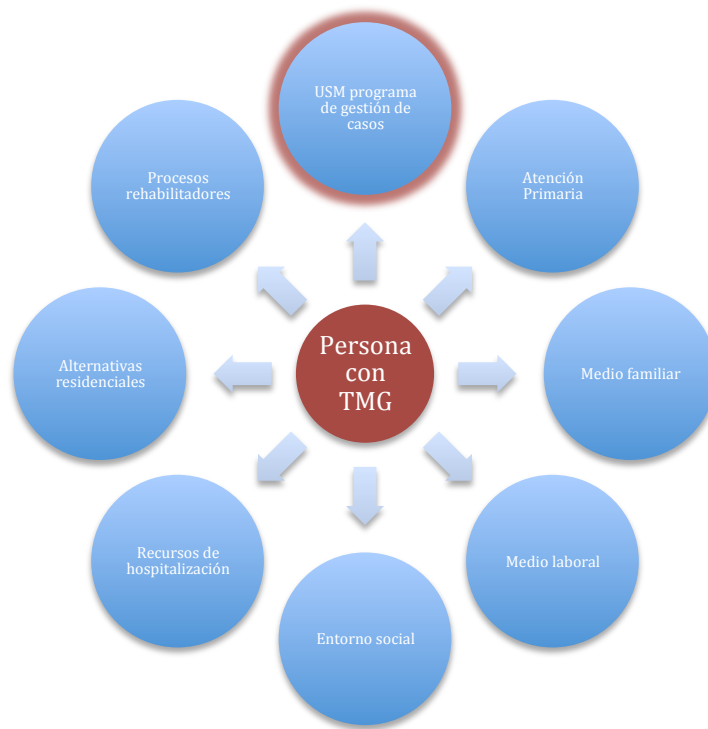
Familiares y cuidadores de referencia de los pacientes atendidos.

Criterios de salida del programa:

Cuando se alcancen los objetivos de su planificación individual. Generalizando, podrían ser:

- Estabilización clínica.
- Vinculación efectiva con aquellos recursos sanitarios, rehabilitadores y comunitarios que precise.
- Capacidades básicas para su autocuidado y manejo de la enfermedad, así como de otras áreas de su vida.
- Los familiares y cuidadores de referencia, han mejorado el conocimiento y la capacidad para manejar la patología del paciente y están en condición de colaborar con el equipo de la USM.

Cuando se evidencie la no conveniencia del abordaje del paciente con este modelo, por falta de respuesta adecuada o por que sea contraproducente para su clínica. En estos casos se indicarán alternativas a esta intervención.



INTERVENCIONES DEL EQUIPO

Todas las intervenciones estarán orientadas por lo planificado en la USM (por su responsable clínico, otros profesionales que intervengan en el caso y profesionales que realizan la gestión del caso), esta planificación se recogerá en la historia clínica del paciente.

La asignación a este Programa formará parte de su proceso terapéutico y estará condicionado a la consecución de objetivos, es una actividad terapéutica muy intensiva, adaptada y con una temporalidad limitada, con la finalidad de que se beneficien aquellos pacientes que por su clínica y por las deficiencias asistenciales adolecen de un correcto seguimiento.

- Colaborar en la valoración y planificación individualizada y coordinada de intervenciones necesarias junto a otros profesionales de la USM.
- Conocer y mantener el contacto con los recursos comunitarios sociales, sanitarios, educativos, etc. del área correspondiente a la USM.
- Mantener, con el paciente y su familia, un contacto regular planificado, con la suficiente frecuencia para desarrollar las intervenciones planificadas.
- Respuesta rápida a la demanda, utilizando medios como teléfono, email o whatsapp.
- Intervenciones en el entorno del paciente, fundamentalmente en su domicilio.

- Intervenciones con el núcleo familiar o cuidadores o personas de referencia del paciente.
- Coordinación directa en el equipo de la USM, así como con otros dispositivos de hospitalización, rehabilitación o alojamiento supervisado, cuando se establezca. A la vez, debe favorecer la conexión de estos recursos para que el paciente tenga las mejores respuestas.
- Valoración regular y continua de la situación clínica del paciente, y puesta en común con el responsable clínico del mismo.
- Realizar intervenciones grupales, centradas con la solución de problemas, el manejo y conocimiento de aspectos relacionados con la patología y su terapéutica, con pacientes, familiares, facilitando la colaboración con movimientos asociativos.
- Realizar intervenciones colaborativas con el equipo de atención primaria de referencia para el paciente.
- Aquellas otras tareas de gestión, formación e investigación, que correspondan como miembros del equipo profesional de la USM.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o
Diseño del Programa GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADULTOS adaptado a las USM en las que se instale.										
Dotación suficiente de profesionales en cada USM para dar soporte al Programa.										
Puesta en marcha del registro de CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE en la Historia Clínica electrónica.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Puesta en marcha del registro de CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE en la Historia Clínica electrónica.	% de pacientes TMG atendidos en USM con registro completo TMG en historia clínica electrónica
Programa GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADULTOS	% de USM con programa de gestión de casos implantados Número de pacientes incluidos en el programa de gestión de casos % de pacientes con mejora de resultados según escala o criterios clínicos establecidos % de pacientes en los que se actúa programadamente sobre su núcleo de convivencia

Recursos necesarios

Infraestructuras

Espacios disponibles en la Unidad de Salud Mental, para los profesionales con dedicación al programa de gestión de casos.

Recursos materiales

Teléfono móvil por profesional o por equipo, con posibilidad de respuesta rápida de 8 a 15 h.
Elementos facilitadores para el desplazamiento (tarjeta de transporte urbano, pago de kilometraje, etc.)

Recursos humanos

Profesionales para la gestión de casos: enfermero especialista en salud mental y trabajador social (con experiencia y/o formación en salud mental), con dedicación de jornada completa, y con dedicación parcial psiquiatra y psicólogo clínico. Adaptándose los requerimientos a las características de cada Sector sanitario. *Ver proyecto Suficiencia de recursos.*

Proyecto 06
PROCESOS DE REHABILITACIÓN.

Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.</p>	<p>2.8 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita una adecuada respuesta a las necesidades clínicas de los pacientes. 2.9 Desarrollar e implantar procesos de rehabilitación e inserción adaptados a las características y situación de cada persona. Con objetivos medibles que permitan valorar avances. 2.11 Garantizar la continuidad de la atención mediante la utilización de documentación clínica común a todos los profesionales que intervienen en el proceso. 2.12 Establecer comisiones y comités de profesionales para favorecer la coordinación profesional, la toma de decisiones consensuadas y disminuir la variabilidad de la práctica clínica y profesional. 2.17 Implantar herramientas acreditadas (QUIRC, WHO-Quality Rights Tool Kit, ITHAC...) para evaluar la calidad de la atención en el hospital y en la comunidad a pacientes con procesos de larga duración, incluyendo el grado en que se promueven los derechos humanos, la inclusión social y la autonomía.</p>
<p>Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.</p>	<p>3.5 Adecuar los procedimientos administrativos para las hospitalizaciones, y el acceso a recursos comunitarios y de rehabilitación, según criterios habituales en otras áreas de la salud.</p>
<p>Línea Estratégica 4 Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL</p>	<p>4.2 Disponer de un registro de pacientes con TMG. 4.4 Disponer de un sistema informático de seguimiento para la planificación, seguimiento y evaluación de los pacientes en procesos de rehabilitación. 4.6 Disponer de un modelo de acreditación para instituciones y dispositivos de alojamiento de pacientes.</p>

Introducción

Muchas de las personas que padecen alguna enfermedad mental grave y generalmente crónica, a pesar de los tratamientos farmacológicos, psicoterápicos y de los cuidados y apoyos prestados desde el ámbito ambulatorio en las USM, presentan dificultades en diversas áreas que afectan a su desenvolvimiento autónomo e integración y funcionalidad en la vida cotidiana en su entorno habitual.

Estas dificultades generan necesidades de rehabilitación y, en algunos casos, de alternativa residencial supervisada, a las que se debe responder con intervenciones y programas, facilitando al paciente el acceso a los centros, equipos y recursos que los presten, con el objetivo general de conseguir una recuperación de capacidades y habilidades para mantenerse en su comunidad y entorno sociofamiliar, en la medida que sea posible.

Los objetivos rehabilitadores, bajo el paradigma de la recuperación, son transversales a toda intervención terapéutica desde los diferentes recursos de salud mental, comunitarios, de hospitalización, y los que se detallan como rehabilitadores o de apoyo residencial.

El **Proceso de Rehabilitación** básicamente está definido por las necesidades de rehabilitación e inserción psicosocial y laboral del paciente, que estarán identificadas en un documento denominado **Plan Personal de Recuperación**⁹⁷ (PPR).

En el mismo se dará respuesta a las necesidades identificadas por la USM o UASA de referencia del paciente, que las trasladará, según el procedimiento determinado para la derivación, al equipo rehabilitador que realizará una valoración complementaria a la de la USM o UASA, establecerá objetivos, prestará las intervenciones correspondientes y evaluará este proceso. La USM o UASA seguirá su evolución periódicamente en colaboración con los equipos rehabilitadores. Toda esta información será recogida y documentada en el PPR a través de su aplicación informática.

Tras la valoración por los equipos rehabilitadores se determinará, de manera consensuada con la USM o UASA, la intensidad terapéutica (Alta o intensiva y Baja o de soporte) con la que se va a intervenir, con su correspondiente dedicación horaria semanal (que será la suma de la intervención directa con el paciente así como con el medio familiar y la dedicación a la planificación y coordinación que se requiera), que podrá ir variando en función de las necesidades de rehabilitación del usuario.

A lo largo de todos los pasos de este itinerario rehabilitador debe garantizarse que el paciente participe activamente, contando con su consentimiento y libre elección de entre las diferentes alternativas que se le puedan presentar; será sujeto activo de su recuperación y, por tanto, debe respetarse su decisión y adaptar, en lo posible, su PPR tanto a su situación clínica y como a sus opciones personales manifestadas.

Los programas y actividades terapéuticas rehabilitadoras que forman parte del proceso facilitarán la desinstitucionalización e inserción comunitaria, contribuirán a evitar las hospitalizaciones y recaídas, fortaleciendo las capacidades individuales para una vida normalizada y facilitando el acceso al empleo y vivienda como instrumento de integración personal y social.

⁹⁷ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2009-13 y documentos posteriores.

El paciente se integrará en tareas, actividades y programas rehabilitadores, que se establezcan en su PPR, y que se desarrollarán en los centros y equipos profesionales que, en dependencia de las necesidades del paciente podrán ser uno o varios de los siguientes:

- Centro de Día.
- Centro de Inserción Laboral.
- Equipo de Apoyo Social Comunitario.
- Piso Supervisado.
- Residencia de Salud Mental.

La adscripción del paciente al Proceso de Rehabilitación no es finalista ni de un recurso concreto ni de una intensidad terapéutica determinada, teniendo en cuenta la situación clínica del mismo podrá pasar de una intensidad terapéutica a otra, al igual que recibirá atención de uno o varios equipos, en uno o varios centros, en función de sus necesidades de rehabilitación. El propósito de este enfoque terapéutico es que se diseñe un itinerario único, compartido por todos los profesionales y garanticen así la adaptación en todo momento de las intervenciones a la evolución clínica del paciente, evitando la interrupción del proceso, y asegurando la coherencia y la equidad de las actuaciones.

Justificación

Hasta la actualidad se han puesto en marcha una serie de dispositivos y equipos, propios y concertados, de manera más específica para la rehabilitación de personas con TMG: centros de día, de inserción laboral, equipos de apoyo social comunitario, pisos supervisados, unidad de media y larga estancia; además de la participación del resto de recursos, USM, UASA, hospitalización, etc. que en conjunto deben realizar un trabajo en red para que el paciente con TMG alcance sus objetivos de recuperación.

Si bien la atención a los pacientes ha sido progresivamente más completa, se han identificado importantes problemas de coordinación, de variabilidad en las intervenciones, de equidad en la distribución territorial de recursos, y de valoración de la eficiencia de estos recursos. Se trata pues de un sistema excesivamente fragmentado que dificulta el trabajo en red.

La situación anteriormente descrita ha llevado a plantear un modelo asistencial que responda a esas necesidades, que sea más eficiente e integrador, evitando la variabilidad de intervenciones o la falta de continuidad asistencial y de cuidados.

Se trata de un modelo que garantice la equidad y accesibilidad de los usuarios al mismo, y que favorezca la coordinación con los equipos y dispositivos de la red de salud mental dedicados al tratamiento y seguimiento ambulatorio y a la hospitalización total o parcial, de tal manera que se evite una separación entre la atención clínica a la enfermedad y la que se presta a la discapacidad y disfuncionalidad originadas por la misma. Ambas deben coexistir de forma armónica independientemente de quién las preste.

La atención ambulatoria debe tener una orientación comunitaria, tendrá la responsabilidad del seguimiento de las personas atendidas y procurará para éstas los recursos rehabilitadores que precisen, con los que se coordinará adecuadamente.

Comúnmente se considera que las limitaciones funcionales psíquicas son la muestra activa de los síntomas que llevan a la persona con TMG al contexto hospitalario, pero escasamente son el motivo por el que permanece en él.

En la actualidad los modelos asistenciales en rehabilitación psicosocial se orientan hacia la persona y sitúan al paciente con enfermedad mental grave en el centro del proceso asistencial, invirtiendo la misma energía y tiempo en la compensación de discapacidades como en la demanda de cambio.

Por otra parte, los modelos de atención integrada tienen como principal objetivo mejorar la calidad y eficiencia de la atención sanitaria y mejorar la cooperación entre los diferentes sectores y niveles asistenciales. Este modelo en el ámbito de la salud mental se caracteriza por:

- La aplicación de terapias basadas en la evidencia.
- El tratamiento coordinado entre los diferentes sectores: sanitario, social, etc.
- Una documentación única y normalizada.
- Una formación avanzada y común para todos los participantes de la red.

La atención integrada construye redes interdisciplinarias e intersectoriales. Este modelo, ahí donde funciona, posibilita una atención médicamente eficaz y económicamente eficiente. Uno de los elementos fundamentales para su éxito es lograr que todos los integrantes de la red establezcan conjuntamente y para cada usuario/paciente objetivos de tratamiento e intervención compartidos y que estos estén claramente definidos.

La base del modelo es la organización de los diferentes recursos y profesionales para la asistencia a partir del Proceso de Rehabilitación e Inserción Psicosocial y Laboral (**Proceso de Rehabilitación**), bajo la perspectiva de la recuperación (como un proceso centrado en la persona y sus decisiones, respetuoso e integral, individualizado, progresivo y apoyado en sus fortalezas).

Se integrarán en el mencionado proceso: los recursos materiales y personales, los procedimientos asistenciales y de transmisión de la información, la coordinación entre equipos y dispositivos, el seguimiento clínico y administrativo de las intervenciones y la evaluación de los indicadores que se determinen.

Proceso Rehabilitador

Las personas con Trastorno Mental Grave^{98,99} sufren un conjunto de problemáticas y necesidades que desbordan el ámbito sanitario - psiquiátrico, presentando importantes dificultades en su funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social, familiar y/o laboral normalizada. Lo que hace que, debido a esta discapacidad, muchas de estas personas se puedan encontrar en una situación de dependencia y requieran de apoyos psicosociales continuados en las distintas áreas de la vida diaria y el funcionamiento personal y social.

En virtud de las características de cada paciente, de su evolución clínica, recuperación psicosocial y capacidad de inserción laboral, el proceso rehabilitador descrito podrá diferenciarse, señalando la intensidad terapéutica que podrá ser alta o baja (de soporte o de mantenimiento).

Este proceso podrá realizarse en cualquiera de los siguientes recursos: Centros de Día, Equipos de Apoyo Social Comunitario y Centros de Inserción Laboral o en una combinación de ellos.

En dependencia de las diferentes intensidades terapéuticas, los programas rehabilitadores y las características sociales y clínicas de los usuarios, se establecerán diferentes horarios, espacios y dedicación profesional, de tal manera que se optimice el trabajo en beneficio de la vinculación del paciente a la red de rehabilitación, especialmente en colectivos tan sensibles como: jóvenes (18-25 años) con trastorno mental grave, personas sin hogar o en grave riesgo de exclusión y pacientes con gran dificultad de adhesión terapéutica.

Los usuarios que presenten necesidades de alojamiento supervisado tendrán respuesta con recursos como: Residencia de salud mental o Pisos Supervisados, de manera excepcional se podrá disponer de alojamiento supervisado en residencia normalizada o en pensión. En estos recursos, especialmente en el seguimiento y apoyo de las personas que residan en piso supervisado, se contará con el trabajo rehabilitador de un equipo profesional.

La aplicación de las distintas intervenciones se realizará de forma flexible, facilitando el ajuste y planificación del proceso rehabilitador a las circunstancias concretas de cada paciente y a sus decisiones. La intervención que se establezca para cada paciente podrá combinar los distintos recursos, realizándose de forma paralela o escalonada, incluyendo el soporte de alojamiento si lo precisa. De igual forma, atendiendo a su programación en el PPR, su evolución clínica y la respuesta del paciente a las intervenciones, la dedicación horaria estimada y los programas terapéuticos aplicados podrán ir variando secuencialmente entre alta y baja intensidad terapéutica.

Las variaciones en la programación de su PPR, que afecten a intervenciones terapéuticas, centros o equipos que las presten, e intensidad terapéutica, deberán ser

⁹⁸ Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05. Clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.

⁹⁹ Grupo de Trabajo del Programa de Rehabilitación y Reinserción Psicosocial en Salud Mental. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de Aragón. Gobierno de Aragón.

comunicadas dentro de las reuniones programadas con la USM de referencia y consensuadas con el equipo de la misma.

Proceso de derivación, acceso y asistencia

La USM o UASA en la que viene siendo atendido el paciente le derivará informando al Coordinador de Salud Mental del sector sanitario y a la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Departamento competente en materia de Sanidad, que deberán autorizar su pertinencia y disponibilidad de recursos para comenzar el proceso.

Excepcionalmente los propios usuarios o personas de su entorno podrán solicitar la prestación de estos servicios al Departamento competente en materia de Sanidad, quien solicitará la valoración del usuario a la USM que corresponda al usuario para facilitar su acceso al proceso de rehabilitación.

Para realizar la derivación, la USM recogerá en documento normalizado, como componente inicial del Plan Personal de Recuperación, los siguientes informes:

- Informe clínico:
 - Psicobiografía
 - Antecedentes personales
 - Antecedentes familiares
 - Situación actual
 - Evolución
 - Propuesta para rehabilitación
 - Objetivos para la rehabilitación
 - Profesional de referencia USM (identificación del autor del informe)

- Informe social:
 - Área sociofamiliar
 - Área formativa y laboral
 - Área económica
 - Área jurídica
 - Situación de la vivienda
 - Valoración social
 - Propuesta para la rehabilitación
 - Trabajador social (identificación del autor del informe)

Esta información incluirá, si procede, su priorización y si, además del proceso rehabilitador, tiene necesidad de alojamiento (Piso Supervisado o Residencia de Salud Mental). Además se podrá acompañar de otra información complementaria, informes,

etc., que facilite el proceso de derivación y de valoración y estudio del caso por parte de los equipos de rehabilitación.

La duración del proceso de rehabilitación, según las características del usuario y su patología, comprenderá un periodo de tiempo variable, generalmente entre 3 y 12 meses, y períodos más amplios para la baja intensidad o mantenimiento.

Se establecerá la coordinación necesaria entre los profesionales de la USM o UASA y del equipo rehabilitador así como los informes y las evaluaciones necesarias, y las notificaciones que de todo el proceso se deba remitir e informar a la Comisión de Seguimiento de Casos del Sector, a la Unidad de Coordinación de Salud Mental o a otras instancias del Departamento de Sanidad.

El seguimiento del paciente en su Proceso de Rehabilitación, independientemente del centro en el que se encuentre en rehabilitación, o del equipo que esté interviniendo en dicho proceso, será responsabilidad del equipo profesional de la USM o UASA que le derivó y se realizará en colaboración con el centro y equipo que estén interviniendo en el Proceso del paciente, al igual que el procedimiento de alta.

Este Proceso de Rehabilitación se coordinará, con la participación de su USM o UASA de referencia, con cualquier otro proceso asistencial en que se encuentre el paciente, ya sea ambulatorio o de hospitalización (corta, media o larga estancia), ya que el objetivo general es disponer una red de recursos que se adapte a las necesidades clínicas y de rehabilitación, en cada momento, de las personas con TMG.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Procedimiento para la acción concertada en materia de Procesos de Rehabilitación con entidades sin ánimo de lucro.										
Desarrollo e Implantación del proceso de rehabilitación.										
Desarrollo e implantación del soporte informático para la gestión y evaluación de resultados.										
Red de domicilios alternativos suficientes según la pertinencia de cada paciente.										
Implantar herramientas acreditadas (QUIRC, WHO-Quality Rights Tool Kit, ITHAC...) para evaluar la calidad de la atención en el hospital y en la comunidad a pacientes con procesos de larga duración, incluyendo el grado en que se promueven los derechos humanos, la inclusión social y la autonomía.										

Diseño y planificación

 Desarrollo

 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Desarrollo e Implantación del proceso de rehabilitación.	% de pacientes en los distintos tipos de dispositivos % de pacientes con valoración inicial % de pacientes con evaluación semestral % de pacientes con plan de intervención individual % de pacientes en los que se actúa programadamente sobre su núcleo de convivencia. Estancia media en los distintos dispositivos % de pacientes con mejora de resultados según escala o criterios clínicos establecidos. % de pacientes con trabajo normalizado % de pacientes con trabajo en centros especiales % de pacientes que son dados de alta con destino a domicilio habitual.
Desarrollo e implantación del soporte informático para la gestión y evaluación de resultados en rehabilitación PPR.	% de pacientes en proceso de rehabilitación incluidos en la aplicación PPR.
Red de domicilios alternativos suficientes según la pertinencia de cada paciente.	% de pacientes que residen en el dispositivo indicado. Tiempo de espera desde la indicación hasta el ingreso en el dispositivo indicado
Implantar herramientas acreditadas (QUIRC, WHO-QualityRights Tool Kit, ITHAC...) para evaluar la calidad de la atención en el hospital y en la comunidad a pacientes con procesos de larga duración, incluyendo el grado en que se promueven los derechos humanos, la inclusión social y la autonomía.	% de centros acreditados

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
Lo que se establezca en la acción concertada.
<i>Recursos materiales</i>
Lo que se establezca en la acción concertada. Los necesarios para la implantación de aplicación informática para registro TMG, Procesos de Rehabilitación, y derivación desde USM.
<i>Recursos humanos</i>
Lo que se establezca en la acción concertada.

Proyecto 07

TRASTORNO MENTAL EN FASE AGUDA (PROGRAMA SUBAGUDOS).

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA	2.8 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida. 2.12 Establecer comisiones y comités de profesionales para favorecer la coordinación profesional, la toma de decisiones consensuadas y disminuir la variabilidad de la práctica clínica y profesional.

Introducción

Las personas con enfermedad mental grave, en dependencia de la fase evolutiva de su patología, pueden precisar en ocasiones una hospitalización con alta intensidad terapéutica. Se trata de una respuesta rápida a situaciones de reagudización en la patología de la personas.

La hospitalización breve es muy eficaz en los primeros días o semanas, para la atenuación de sintomatología exacerbada, para el diagnóstico clínico más preciso, la instauración de tratamientos y cuidados y monitorización de resultados, etc.

Se trata de una atención interdisciplinar, intensiva, en régimen de hospitalización total durante una media de quince días, en unidades que no superan las 30 plazas situadas en hospitales generales.

Los casos que, mayoritariamente, evolucionan de forma positiva son dados de alta y pasan a seguimiento habitual ambulatorio en su USM. Otros casos precisan de intervenciones más prolongadas en el tiempo y de menor intensidad, que ayuden a consolidar su estabilidad clínica, y a asegurar los objetivos terapéuticos establecidos a su ingreso.

Actualmente, para fases agudas, crisis y desestabilización del trastorno mental grave se dispone de dispositivos para la hospitalización total: Unidades de Corta Estancia, y para la parcial: Hospitales de Día, que se ubican en hospitales generales.

Estos dispositivos, ampliamente utilizados, con una demanda que supera las plazas ofertadas en muchos períodos, deberían completarse con un programa que diese respuesta a aquellas personas que deben prolongar su ingreso, de 1 a 6 meses aproximadamente, porque, a pesar de haber remitido sus síntomas agudos, todavía presentan importantes déficits en autocuidados, insight, manejo de la enfermedad y sus tratamientos y otros aspectos básicos (horarios, convivencia, etc.) que, mediante

una estancia prolongada en alta intensidad terapéutica, consoliden su mejoría y se eviten recaídas y el fenómeno de reingreso frecuente.

Justificación

Las personas que han sido hospitalizadas en Unidad de Corta Estancia para tratar la reagudización de su trastorno mental grave, en ocasiones van a precisar prolongar su estancia debido a su situación clínica (estabilidad en síntomas agudos pero con dificultades en otras áreas) y/o a su situación sociofamiliar (falta de apoyos o recursos, medio poco favorecedor de su cuidado, etc.).

En la actualidad, ante estas situaciones, o bien se alarga la estancia en Unidad de Corta Estancia o bien se produce un alta con el paciente en situación de vulnerabilidad pasando a seguimiento por otros recursos que no pueden abordar toda la complejidad del momento evolutivo del paciente.

Como consecuencia de esto podemos tener estancias prolongadas en hospitalización, (en unidades que son cerradas, con espacios y posibilidades terapéuticas limitadas por su estructura, y con orientación terapéutica hacia la resolución rápida de la crisis) o alta frecuencia de recaída con fenómeno de puerta giratoria, si los recursos comunitarios no pueden hacer un soporte suficiente.

Por otro lado, se dispone de las Unidades de Media Estancia, para la rehabilitación en régimen de hospitalización, con atención individualizada intensiva y especialmente destinada a la rehabilitación del paciente. Son unidades de hospitalización activa con una estancia máxima de los pacientes de 6 a 12 meses. Su actividad de rehabilitación se realiza en el marco de la comunidad de referencia para evitar el alejamiento del paciente de su entorno sociofamiliar.

La entrada a estas Unidades de Media Estancia se organiza mediante una derivación, generalmente desde USM, pero también desde Unidades de Corta Estancia, que se dirige a la comisión que regula las derivaciones a rehabilitación en el Sector, pasando a lista de espera si no se dispone de plazas vacantes. Un procedimiento que, en todo caso, va a suponer, en mayor o menor medida, una espera para el paciente propuesto, o en hospitalización breve o en su domicilio.

Desarrollo

Por lo expuesto anteriormente, parece indicado el desarrollo de un programa de hospitalización prolongada, habitualmente denominada “subagudos” o “convalecencia”, situado en las Unidades de Media Estancia, con la dotación de medios materiales y humanos suficientes para la atención de personas con enfermedad mental grave, con una situación clínica suficientemente estabilizada pero con dificultades importantes en autocuidados, insight, manejo de la enfermedad, adhesión terapéutica, relaciones interpersonales y convivencia, adecuación a horarios y actividad/descanso.

La estancia se prolongaría entre el mes y los seis meses, hasta que consiga la suficiente mejoría el paciente que le permita incorporarse a los habituales programas rehabilitadores de la Media Estancia, o a otros dispositivos asistenciales y/o rehabilitadores en la comunidad.

Por otro lado, se modificará el procedimiento para la derivación y acceso de estos pacientes al Programa de Subagudos de la UME.

Este procedimiento tiene que ser meramente clínico, los responsables clínicos de un servicio que deriva (Unidad de Corta Estancia) deben coordinarlo con los del servicio que lo recibirá (Unidad de Media Estancia) y consensuar la pertinencia y momento del ingreso y la información a compartir, para asegurar la continuidad asistencial.

Así se pretende asegurar un proceso terapéutico indicado para un perfil de pacientes determinado, en el momento que se precise, y ubicado en una estructura de hospitalización con mayores posibilidades terapéuticas y rehabilitadoras adecuadas a las necesidades de los pacientes. La Unidad de Media Estancia, manteniendo sus planteamientos de dispositivo abierto, flexible y de alta intensidad rehabilitadora, deberá instalar un Programa de Subagudos con estas características, para un determinado número de plazas, y con la suficiente dotación de medios y profesionales.

De esta manera se podría aliviar la sobrecarga asistencial de las Unidades de Corta Estancia, evitar en alguna medida los reingresos debidos a la falta de continuidad asistencial, ampliar las posibilidades de diferentes itinerarios terapéuticos en las Unidades de Media Estancia y prestar, en definitiva, la asistencia que mejor se adapte a las necesidades de los usuarios.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o
Programa de Subagudos dentro de la Unidad de Media Estancia.										
Procedimiento para la derivación a Programa de Subagudos.										

 Diseño y planificación
  Desarrollo
  Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Implantar programa (criterios de inclusión, actuaciones clínicas, modelos de derivación, características de recursos...)	Elaboración del programa, finalizar en 2018. Estancia media. Número de reingresos en Unidad Corta Estancia. Número de altas al domicilio habitual y seguimiento por USM.
Nueva unidad de media estancia en el CRP Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza.	Finalizar en 2019

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
Reforma pabellón San Juan. CRP Ntra. Sra. del Pilar. Zaragoza.
<i>Recursos materiales</i>
Estudio de necesidades materiales para la adecuación de las Unidades de Media Estancia para el Programa de subagudos.
<i>Recursos humanos</i>
Estudio de necesidades de profesionales para la adecuación de las Unidades de Media Estancia para el Programa de subagudos.

Proyecto 08
PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A ADICCIONES.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.23 Integración plena de la atención y seguimiento de adicciones en la red de salud mental, manteniendo determinados recursos específicos (UASA, Comunidad Terapéutica) con programas de atención a las adicciones.

Introducción

Desde que en los años 80 se desarrollaron, de una manera disociada, las redes asistenciales de salud mental y de atención a las drogodependencias, ambas han tenido un desigual desarrollo, con poca capacidad de coordinación cuando surgían casos que lo requerían.

A lo largo de las décadas posteriores la demanda a ambas redes ha ido cambiando, al igual que los abordajes terapéuticos, dispositivos, profesionales, y también se ha producido un aumento en estos casos que se citaban anteriormente, que requerían asistencia sanitaria desde los dos ámbitos, las adicciones y la salud mental.

La patología dual entendida como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y de un trastorno psicopatológico grave, ha pasado de ser una excepcionalidad a ser un fenómeno de alta prevalencia, pasando a ser infrecuente la consulta en servicios de atención a adicciones de personas con problemas únicamente de dependencia a drogas.¹⁰⁰

La población diana sobre la que centrar actuaciones es la formada por:

- Personas con problemas de adicción que se hallan en tratamiento en los diversos recursos de la red pública o específica de atención (centros ambulatorios, comunidades terapéuticas, etc.).
- Personas que consumen drogas y que acuden a la red sanitaria general por problemas relacionados con su consumo o por otros problemas de salud.
- Personas con problemas de adicción o que han logrado la abstinencia y, en ambos casos, se hallan en vías de inserción social (laboral, formativa, etc.).
- Personas que están siguiendo programas alternativos al cumplimiento de penas de prisión.

¹⁰⁰ Libro blanco sobre los recursos para pacientes con patología dual en España. 2015. SEPD y PND.

- Menores consumidores de drogas, internos en centros de protección o de reforma.
- Las familias o el entorno de las personas con problemas de adicción, con especial atención a los descendientes.
- Las personas afectadas por patología dual, que presentan cuadros comórbidos complicados que se cronifican y empeoran la evolución y el pronóstico del problema adictivo.

En personas que padecen patología dual la intervención se ve dificultada por la cantidad de necesidades diferenciales que confluyen tanto en el ámbito sanitario, dada la elevada multimorbilidad (psiquiátrica, adictiva y orgánica) como en el contexto social, por la repercusión que tiene en el enfermo y en su entorno a nivel funcional, formativo y sociolaboral, y por la marginalidad asociada a conductas de riesgo. Todo ello provoca en numerosos casos una grave exclusión social.

Justificación

El abordaje de la patología dual se ha visto hasta ahora obstaculizado en nuestro sistema al mantener dos redes asistenciales, salud mental y adicciones, con una deficiente coordinación.

Como señala la Sociedad Española de Patología Dual, los resultados de diversos estudios han evidenciado que los profesionales apoyan la necesidad de implementar recursos integrados para la atención de pacientes con patología dual, considerando su alta prevalencia, su peor pronóstico y evolución y las tasas más elevadas de morbilidad y mortalidad asociados a esta condición.¹⁰¹

El Plan Nacional sobre Drogas recomienda para el ámbito sanitario: “la implicación de los servicios de atención primaria y de los dispositivos de apoyo específicos (centros de atención y seguimiento; centros de salud mental, etc.), pero siempre tendiendo a la «no duplicación» de redes asistenciales. Adicionalmente, hay que prestar atención al fomento de la coordinación entre el primer escalón asistencial y la atención especializada”.¹⁰²

Desarrollo

Entre las recomendaciones de crear una “tercera red” de recursos específicos para patología dual, y las que abogan por la integración de salud mental y adicciones en una sola red, este proyecto aboga por la integración de salud mental y adicciones en una sola red, atendiendo a las peculiaridades de cada uno y en cada sector sanitario, y manteniendo aquellos servicios que deban seguir de una manera específica (UASA y

¹⁰¹ Libro blanco sobre los recursos para pacientes con patología dual en España. 2015. SEPD y PND.

¹⁰² Estrategia Nacional sobre Drogas. 2009-2016 Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid 2009. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Comunidad Terapéutica), y estudiando la adecuación de todos ellos a la demanda actual, especialmente a la patología dual.

Por tanto, la atención a trastornos psiquiátricos, a trastornos por uso de sustancias, y a la patología dual, debe tener entrada desde la Atención Primaria, tener como eje asistencial a la UASA. Si la presencia en la persona atendida de Trastorno Mental Grave precisa de los recursos de la red de salud mental, tendrá acceso en idénticas condiciones que las derivaciones desde USM: hospitalización de corta estancia (para los procesos agudos de TMG, además de los que se precisen para desintoxicación que requieran de ingreso), de media y larga estancia, recursos para la rehabilitación e inserción sociolaboral, recursos para la deshabituación de adicciones (comunidad terapéutica o programa específico en recurso de media estancia) y recursos residenciales supervisados.

El modelo debe ser el comunitario, basado en el trabajo en red, con equipos interdisciplinarios que favorezcan la conexión con otros ámbitos (sociales, laborales, formativos, judiciales, sanitarios, etc.) de tal manera que se garantice la continuidad asistencial y la atención más adecuada en todo momento.

Para este desarrollo se impulsarán las siguientes medidas:

- Integrar los recursos de atención a las adicciones en los órganos de coordinación de la red de salud mental, garantizando el acceso de las personas que atienden a los recursos rehabilitadores, residenciales y de hospitalización que precisen, sin que haya un trato diferenciado por aspectos que no sean los meramente clínicos.
- Facilitar la coordinación entre recursos de salud mental y las unidades de atención a adicciones, de tal manera que se integren ambos en una única red funcional, con apoyo de los sistemas de información y otros elementos que garanticen una continuidad asistencial a las personas atendidas.
- Determinación de la cartera de servicios para las UASA, de su equipo profesional y ratios según población y otros determinantes.
- Establecimiento de una sectorización para las UASA, con población asignada y equipos de atención primaria de referencia.
- Estudio de la idoneidad de recursos y/o programas específicos asistenciales para la atención a personas con trastornos por uso de sustancias con o sin enfermedad mental, y la valorar si existe la necesidad de adaptación de los existentes (Comunidad Terapéutica) a la realidad actual de la demanda.
- Organización para la coordinación y trabajo colaborativo entre USM, USMIJ y UASA para los casos con patología mental grave y adicciones.
- Coordinación con los recursos sanitarios de los centros penitenciarios ubicados en Aragón, para el desarrollo de procedimientos homogéneos en el

tratamiento de drogodependientes y colaboración ante situaciones de libertad provisional o excarcelación de pacientes, en tratamiento por drogodependencias en prisión.

- Establecimiento de un acuerdo marco de colaboración entre el Departamento de Servicios Sociales y Familia y el Departamento de Salud y Consumo para la atención a las mujeres víctimas de violencia de género con problemas de drogodependencias u otras conductas adictivas.
- Colaborar con la Dirección General de Salud Pública para impulsar acuerdos, cooperación y coordinación en áreas que, desde diferentes administraciones, se interviene sobre las adicciones:
 - Centros de prevención comunitaria, dependientes de corporaciones locales y cuya cartera de servicios viene definida en los Convenios de colaboración anuales con el Departamento de Sanidad, a través de la Dirección de Salud Pública. Estos dispositivos desarrollan programas fundamentales relacionados con la reducción de daños y la intervención temprana en colectivos e individuos a riesgo.
 - Colaboración para el nuevo Plan de adicciones de la Comunidad Autónoma de Aragón, que la Dirección General de Salud Pública se elabora a partir de 2017.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Determinar la cartera de servicios de atención a las adicciones y patología dual en las UASA.										
Protocolo de coordinación entre las UASA y las Unidades de Corta Estancia para ingresos para desintoxicación.										
Estudio de la idoneidad de recursos y/o programas específicos asistenciales para la deshabitación de personas con adicciones con o sin enfermedad mental. (Grupo de trabajo sobre adicciones).										
Integración funcional en la red de salud mental y apoyo con sistemas de información.										
Establecimiento de sectorización para las UASA.										
Protocolo para la coordinación y trabajo colaborativo entre USM, USMIJ y UASA.										
Protocolo de colaboración con la D.G. de Salud Pública.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Aprobar la cartera de servicios de atención a las adicciones y patología dual en las UASA.	Finalizar en 2018.
Protocolo de coordinación entre las USM – programa de adicciones y las Unidades de Corta Estancia para ingresos para desintoxicación.	Finalizar en 2018. % de ingresos en Unidades de Corta Estancia.
Criterios para deshabitación residencial (Comunidad Terapéutica).	Número de pacientes. % de cumplimiento de criterios. Tiempo de demora para ingreso desde su indicación.
Protocolo de coordinación y colaboración entre USM, USMIJ y UASA.	Finalizar en 2018.
Grupo de trabajo sobre adicciones.	Constituido en 2017.
Protocolo de colaboración con la D.G. de Salud Pública.	Finalizar en 2018.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
Las que se precisen según se concluya en el estudio de la idoneidad de recursos y/o programas específicos asistenciales para la deshabitación.
<i>Recursos materiales</i>
Adecuación de equipos informáticos para soporte de los sistemas de información en salud mental. Las que se precisen según se concluya en el estudio de la idoneidad de recursos y/o programas específicos asistenciales para la deshabitación.
<i>Recursos humanos</i>
En función del estudio de la demanda y la sectorización de las UASA y otros dispositivos para asistencia a las adicciones.

Proyecto 09

GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN INFANTOJUVENIL.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.18 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida. 2.20 Disponer las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluyan: atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento para facilitar la continuidad y la vinculación con la red asistencial. 2.22 Atender al trastorno mental en la población de menores infractores con una mejora de la coordinación y cooperación entre Salud Mental, Centros de Prevención Comunitaria, Servicios Sociales, Educación y el Sistema de Justicia Juvenil.

Introducción

La atención a la salud mental en niños y adolescentes, debe tener en cuenta su especial vulnerabilidad en estas etapas de la vida en que buena parte de la patología psíquica puede tener sus inicios. Por ello el énfasis debe hacerse en la prevención y promoción de la salud mental y el diagnóstico precoz de patología sobre la que se debe intervenir de manera cuidadosa, con la dedicación y los medios específicos más adecuados, de manera coordinada con otros ámbitos y profesionales, atendiendo a también a la familia y con el objetivo general de la recuperación del paciente.

Así, el trastorno mental grave (TMG) en la infancia y adolescencia hace referencia a patologías psiquiátricas que por su gravedad sintomatológica y por su tendencia a evolucionar hacia la cronicidad pueden causar una grave disrupción de la vida familiar, social o escolar de quien las padece.

Un programa específico incluye asistencia temprana, rápida, continuada y interdisciplinar tanto al paciente como a su núcleo familiar, respetando los derechos del menor y su interés en todo caso, acompañándole junto a su familia en la evolución de su patología, de un modo cercano y respetuoso.

El TMG puede incluir los siguientes diagnósticos: trastornos psicóticos, trastornos afectivos graves, trastornos del espectro autista (TEA), trastornos mixtos del desarrollo, trastornos de la conducta alimentaria graves, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno disocial (TD) y trastorno límite (TLP). Además del diagnóstico clínico hay otros factores que indican gravedad: comorbilidad, trastornos por uso de sustancias, frecuentación hospitalaria, situación social y familiar, situación escolar, ocupacional y legal.

Las intervenciones que recoge el programa se orientan a:

- Valoración y planificación individualizada, tanto del paciente como de su núcleo familiar.
- Establecimiento de una relación terapéutica que permita la vinculación con el programa y más adelante con la USMIJ y otros recursos que se precisen.
- Acompañamiento al paciente y su familia en el proceso patológico, desde sus inicios, para procurar la mejor evolución del mismo.
- Intervenciones en el entorno: facilitar la coordinación de diferentes áreas que pueden intervenir en algún sentido con el menor (áreas sanitaria, social, escolar, judicial, etc.).
- Intervenciones dirigidas al paciente y su núcleo familiar: educación en salud, apoyo psicológico, asesoramiento, manejo de crisis, prevención de complicaciones asociadas a su patología (consumo de sustancias, abandono de estudios, desadaptación social, dificultades en las relaciones interpersonales, etc.).

Justificación

La intervención específica con TMG en la infancia está dirigida a prestar la intensidad terapéutica necesaria, asegurando la continuidad asistencial y de cuidados, en esas primeras fases de la enfermedad, en las que los niños y adolescentes tienen una especial vulnerabilidad.

Esta vulnerabilidad se puede traducir en desadaptación social, familiar y escolar, con el consiguiente compromiso de su desarrollo futuro y de su recuperación de la enfermedad.

A las dificultades propias de la sintomatología psíquica en edades tempranas, se unen, en numerosas ocasiones, la falta de conocimientos y/o actitudes complejas sobre la enfermedad del núcleo familiar, entornos problemáticos, dificultades en la coordinación con otros ámbitos de la salud, educación, sociales o judiciales, lo que hace que la atención desde salud mental infantojuvenil al TMG sea el principal de los programas de nuestras unidades asistenciales.

Desarrollo

Se establece el Programa GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN INFANTOJUVENIL como un conjunto de actividades desarrolladas por la USMIJ con dedicación suficiente por parte del equipo profesional de la misma, tal como se detalla en este Proyecto.

Pretende facilitar la intervención temprana y suficiente, el trabajo en red con otros ámbitos, el trabajo clínico orientado y planificado, evitar duplicidades o carencias asistenciales, orientar a la familia y mejorar la evolución de los casos para prevenir la desadaptación y exclusión desde edades tempranas.

Acceso al programa de los casos de gran complejidad (gravedad clínica y/o mal pronóstico, dificultad para las intervenciones y necesidad de gran intensidad terapéutica):

- Orientación diagnóstica por Psiquiatra y/o Psicólogo Clínico de sintomatología psíquica que haga sospechar de TMG, con síntomas graves y/o mal pronóstico.
- Dificultades en la vinculación del niño o adolescente, o de su entorno familiar, a la USMIJ y por lo tanto, inadecuado seguimiento.
- Necesidad de importante dedicación asistencial de los profesionales por la gravedad de los síntomas y/o de trabajo con la familia en mejora de sus conocimientos y actitudes.
- Necesidad de intervenciones desde diferentes ámbitos y de trabajo en red.

El niño o adolescente que sea subsidiario de entrar en el programa deberá ser valorado por los profesionales de la USMIJ, también su familia y entorno, información que se pondrá en común en su planificación individual, en la que se establecerán sus objetivos y posibles intervenciones:

- Tratamiento psicoterapéutico individual y grupal.
- Tratamiento farmacológico (si es necesario).
- Trabajo en orientación y apoyo a la familia.
- Intervenciones en domicilio y entorno social y educativo.
- Intervenciones colaborativas con otras administraciones y profesionales implicados en el caso: Atención Primaria y pediatría, otros ámbitos de la salud implicados, medio escolar, servicios sociales, recursos de tiempo libre, justicia, etc.

En su planificación individual se determinará el profesional responsable de cada área de intervención y la dedicación estimada, así como indicadores y temporalización correspondientes a cada objetivo para su evaluación periódica.

Una vez que se hayan cumplido objetivos específicos, junto con el general de estabilización clínica, el niño o adolescente saldrá del programa pasando a un seguimiento por el equipo de la USMIJ, en condiciones similares al resto de pacientes. Esto facilitará la entrada de nuevos casos, por tanto es un Programa de alta intensidad para un período concreto de la evolución del menor.

En cada USMIJ deberá adaptarse el Programa a las peculiaridades de su área de referencia, demanda, dispersión geográfica, población con necesidades especiales, recursos sociosanitarios existentes, etc., dotándose de los profesionales suficientes para llevarlo a cabo. En líneas generales se pretende una dedicación suficiente para la orientación diagnóstica, las intervenciones terapéuticas y la coordinación, por parte de Psiquiatra con experiencia en Infantojuvenil (con la especialidad cuando se desarrolle), Psicólogo Clínico, Trabajador Social con experiencia en salud mental y Enfermero especialista en Salud Mental.

Los referentes para la gestión de casos, con mayor dedicación a la intervención domiciliaria, familiar y de coordinación serán los profesionales de enfermería y trabajo social.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Diseño del Programa GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN INFANTOJUVENIL adaptado a cada USMIJ.										
Dotación de profesionales en cada USMIJ para dar soporte al Programa.										
Diseño de protocolo de actuación con centros escolares que incluya los servicios de atención primaria y USMIJ										
Diseño de protocolo de actuación para la atención a menores en riesgo de exclusión que incluya los servicios sociales, atención primaria y USMIJ										
Protocolo de actuación para la atención a menores infractores que incluya los servicios sociales, administración de justicia, atención primaria y USMIJ										

 Diseño y planificación
  Desarrollo
  Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Programa GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN INFANTOJUVENIL	% de USMIJ con programa de gestión de casos implantados Número de pacientes incluidos en el programa % de pacientes con mejora de resultados según escala o criterios clínicos establecidos. % de pacientes en los que se actúa programadamente sobre su núcleo de convivencia
Protocolo de actuación con centros escolares que incluya los servicios de atención primaria y USMIJ	Elaboración del protocolo antes de junio 2018 Número de casos incluidos en el protocolo Número de centros escolares que utilizan el protocolo.
Protocolo de actuación para la atención a menores en riesgo de exclusión que incluya los servicios sociales, atención primaria y USMIJ	Elaboración del protocolo antes de junio 2018 Número de casos incluidos en el protocolo
Protocolo de actuación para la atención a menores infractores que incluya los servicios sociales, administración de justicia, atención primaria y USMIJ	Elaboración del protocolo antes de junio 2018 Número de casos incluidos en el protocolo

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
Ubicación suficiente de las USMIJ (despachos para profesionales, salas de terapia-reunión, salas de espera, recepción, etc.)
<i>Recursos materiales</i>
Sistema de información adaptado a las peculiaridades del Programa y al ámbito de la salud mental infantojuvenil. Teléfono (línea móvil) para acceso rápido de pacientes y familiares, y de otros profesionales implicados en el caso.
<i>Recursos humanos</i>
Los que se determinen en cada USMIJ, teniendo como referencia el proyecto de Suficiencia de Recursos.

Proyecto 10 ATENCIÓN TEMPRANA.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.21 Coordinación de forma regulada y sistemática con la red de Atención Temprana, Educación, y el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia.

Introducción

Hablamos de Atención Temprana por aquella que, en niños de 0 a 6 años, pretende prevenir, identificar e intervenir de manera temprana sobre trastornos de su desarrollo. Las intervenciones deben tener en cuenta a la familia y entorno del niño, y deben ser prestadas por un equipo interdisciplinar.¹⁰³

No obstante, una de las definiciones más actuales, ha sido realizada por la administración española, en agosto 2011 al definir lo que se conocen actualmente como servicios de promoción de la autonomía personal:

"Conjunto de actuaciones preventivas, de diagnóstico y de intervención que de forma coordinada se dirigen a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y a su entorno, que tienen por finalidad dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños y niñas con trastornos en su desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos. Dichas actuaciones, que deben considerar la globalidad del niño o de la niña, han de ser programadas y ejecutadas por equipos multiprofesionales".¹⁰⁴

En Aragón el Programa de Atención Temprana es una prestación de servicio establecida por el Catálogo de Servicios Sociales. Se solicita a los Centros Base que, tras valoración de los casos y si se considera necesario, realizará una programación individualizada para el niño y su familia. Las intervenciones se realizan en la red pública y contratada.¹⁰⁵

El abordaje, en los casos indicados, de niños de 0 a 6 años que presentan problemas médicos, psicológicos, de desarrollo, etc. Se realiza en Atención Primaria, pero es fácil comprender que en muchos de estos casos las intervenciones también se producirán en el medio escolar, sanitario (pediatría, neurología, salud mental, rehabilitación...), así que se requerirá de una total coordinación que garantice la continuidad asistencial.

Así, es comprensible que tal entramado de recursos precise de una especial coordinación, máxime cuando se realicen intervenciones consecutivas o simultáneas desde dos o más ámbitos, que es en la mayoría de los casos.

¹⁰³ Libro Blanco de la Atención Temprana. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid: 2005.

¹⁰⁴ Referencia: BOE. Resolución de 3 de agosto de 2011, de la Secretaría General de Política Social y Consumo, por la que se publica el Acuerdo sobre determinación del contenido de los servicios de promoción de la autonomía personal dirigidos a las personas reconocidas en situación de dependencia en grado I (<http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/22/pdfs/BOE-A-2011-14060.pdf>).

¹⁰⁵ http://iass.aragon.es/discapitados/discapitados_atencion.htm

Los servicios de salud mental infantojuvenil tienen un importante papel en la prevención, detección temprana y atención en esta etapa crucial del desarrollo, debiendo trabajar en línea con pediatría y estos equipos de Atención Temprana, siendo clave el establecer criterios clínicos para la derivación desde pediatría bien a USMIJ o bien a Atención Temprana, para no provocar recorridos no indicados de los niños por diversos recursos.

Justificación

Ante los problemas médicos, psicológicos, de desarrollo, etc., en el niño entre los 0 y 6 años la respuesta en los casos indicados es desde la Atención Temprana, pero es fácil comprender que en muchos de estos casos las intervenciones también se producirán en el medio escolar, sanitario (pediatría, neurología, salud mental, rehabilitación...), así que se requerirá de una total coordinación que garantice la continuidad asistencial. Desde estos ámbitos debe trabajarse adecuadamente la detección, derivación, intervención y seguimiento que permita favorecer el máximo desarrollo de los niños y compensar, en lo posible, las alteraciones y dificultades que presentan.¹⁰⁶

Cuando esto no está garantizado, surgen importantes problemas de fragmentación de las intervenciones, con fenómenos de duplicidad de intervenciones, o retrasos en las mismas, o diferentes criterios que desorientan a las familias, en definitiva con repercusión sobre los niños, ya de por sí inmersos en una situación de gran vulnerabilidad.

Así pues, que la prestación de Atención Temprana se sitúe en los Servicios Sociales no excluye de la responsabilidad del resto de administraciones en la garantía de la comunicación, coordinación y cooperación entre los equipos profesionales, buscando la mejor práctica para mejorar las dificultades que presentan los menores.

Desarrollo

El presente proyecto debe asegurar la máxima coordinación, comunicación y cooperación desde el ámbito de la salud mental infantojuvenil con los servicios sociales y educativos en torno a los casos comunes que precisan atención temprana.

Cualquiera de las intervenciones propuestas se entienden como bidireccionales, facilitando que haya información compartida, decisiones comunes y trabajo colaborativo cuando las situaciones de los menores lo requieran.

Con esta finalidad, desde la red de salud mental infantojuvenil se pueden realizar las siguientes actuaciones:

¹⁰⁶ Protocolo de coordinación, intervención y derivación interinstitucional en atención temprana. Xunta de Galicia.

- Colaborar y asistir a las reuniones interdisciplinarias, o comisiones técnicas, de servicios de atención temprana, educativos y sanitarios, en la frecuencia que se establezca (en las ya instauradas suele ser de carácter mensual).

Su finalidad será el análisis y seguimiento de casos de intervención común y también el análisis y desarrollo de procedimientos de actuación consensuados.

- Establecer criterios clínicos de derivación desde pediatría de manera diferenciada a USMIJ o a valoración para Atención Temprana.
- Colaborar y asistir un representante de la Coordinación de Salud Mental, a la Comisión Técnica de Asesoramiento del Programa de Atención Temprana, que se reúne a instancias del IASS con carácter anual, con la finalidad de trasladar información, sugerencias, etc. que desde la red de salud mental infantojuvenil se considere de importancia para los procesos comunes con el servicio de Atención Temprana.
- Estudiar los procedimientos que permitan compartir información entre los ámbitos de salud mental infantojuvenil y de atención temprana relativa a los casos de intervención común, con apoyo en los sistemas de información y otros canales de comunicación, salvaguardando en todo caso la confidencialidad y el respeto a los derechos del menor.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Protocolo de coordinación entre los centros de atención temprana, atención primaria y USMIJ.										
Protocolo con criterios clínicos diferenciados para la derivación desde el ámbito sanitario bien a USMIJ o bien a valoración para Atención Temprana.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Protocolo de coordinación entre los centros de atención temprana, atención primaria y USMIJ.	Elaboración del protocolo antes de diciembre 2017 Número de casos incluidos en el protocolo Número de USMIJ que utilizan el protocolo.
Protocolo con criterios clínicos diferenciados para la derivación desde el ámbito sanitario bien a USMIJ o bien a valoración para Atención Temprana.	Elaboración del protocolo antes de diciembre 2017 Número de EAP que utilizan el protocolo.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
No se precisan
<i>Recursos materiales</i>
No se precisan
<i>Recursos humanos</i>
La dedicación que se estime necesaria de profesionales del Salud y el Departamento de Sanidad para el diseño y puesta en marcha de las intervenciones referidas.

Proyecto 11
PSICOGERIATRÍA.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.	2.4 Incorporar a los programas de atención a los pacientes crónicos complejos, dependientes, paliativos, etc., aquellos cuidados de salud mental que sean necesarios para los pacientes y sus cuidadores. 2.15 Establecer procedimientos con servicios sociales para trabajar de manera coordinada, para las personas con edad avanzada y trastorno mental, con la finalidad de asignar los recursos más adecuados a cada caso.

Introducción

La psicogeriatría es la disciplina que se encarga de la atención a la salud mental del anciano (persona mayor) y su contexto.

El colectivo de personas mayores (ancianos), entendido como el grupo de edad de los mayores de 65 años, es reconocido como un grupo de especial vulnerabilidad en materia de salud mental.

Justificación

Las enfermedades mentales presentan una prevalencia elevada en los mayores y suponen una de las principales causas de discapacidad en este colectivo.

En la Ley General de Sanidad se recoge que “se considerará de modo especial los problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría”.

En la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se distingue a los ancianos como un grupo de riesgo especial para el desarrollo de enfermedades mentales; asimismo se reconoce la carencia de programas específicos para atenderlos y la prioridad para su desarrollo en nuestro país. También se expresa la carencia de desarrollo de formación postgrado en áreas de especial interés como la psicogeriatría.

En nuestra Comunidad Autónoma, como en muchas otras, las unidades de psicogeriatría actuales únicamente hacen referencia a las unidades de larga estancia que engloban a la población residente en los antiguos hospitales psiquiátricos que ha envejecido institucionalizada. Estas unidades de psicogeriatría de larga estancia, con un marco teórico más residencial que terapéutico-rehabilitador quedaron también definidas en el anterior Plan de Salud Mental 2002-2010, sin incluir otras referencias para la atención de los pacientes de perfil psicogeriátrico.

PRINCIPIOS BÁSICOS ASISTENCIALES

Para el desarrollo de un programa de atención psicogeriátrica viable en nuestro entorno debemos tomar conciencia de la coyuntura global actual y de la realidad particular de nuestra Comunidad Autónoma, caracterizada por un importante desequilibrio territorial en la localización de los recursos y una gran dispersión de la población, siendo más acuciante este último punto puesto que la población anciana tiende a mantenerse más en el medio rural (debido a la emigración de los más jóvenes), con el consiguiente envejecimiento rural, siendo en este ámbito no urbano en el que suelen escasear más los recursos asistenciales.

Partimos de las características fundamentales que deben condicionar la asistencia psicogeriátrica recogidas en el documento de consenso sobre Psiquiatría Geriátrica de la Organización Mundial de la Salud (WHO - OMS, 1996):

- Asistencia comunitaria: el anciano se encuentra mejor en su ámbito y en su hogar, por tanto es preferible mantenerlo en su contexto el mayor tiempo posible.
- Global: la atención debe incluir no sólo al paciente, sino también a sus cuidadores (y familiares) y su entorno.
- Interdisciplinar: es precisa la colaboración, con información y decisiones compartidas, de diferentes grupos de profesionales (psiquiatras, geriatras, médicos de familia, neurólogos, enfermeros especialistas en salud mental, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales), de otros departamentos (Servicios Sociales) y de otros agentes sociales (asociaciones de pacientes y familiares, organizaciones no gubernamentales, voluntariado, etc.).
- Atención integral: no solamente debe prestarse atención a la esfera mental. La atención al anciano, para ser efectiva, debe abordarse desde diferentes ámbitos, siendo primordial la colaboración de la geriatría, con una relación bidireccional, dónde el beneficiado sea en primer lugar el paciente y su entorno, y en segundo término el sistema de salud, sociosanitario y los propios profesionales.
- Prevención: una parte importante de los trastornos mentales en los mayores tienen un curso progresivo e incluso inexorable (demencias, suicidios consumados, etc.), por ello las actividades preventivas en materia de salud mental del anciano deberían ser una prioridad.
- Formación e investigación. Las estructuras que formen parte de los programas de atención psicogeriátrica se deberán implicar en labores formativas e investigadoras. La psicogeriatría es considerada una de las áreas de formación específica en salud mental y por tanto en las unidades que participen en la atención psicogeriátrica se priorizará la formación MIR, PIR y EIR de salud mental en este área. Del mismo modo las actividades investigadoras que se puedan desarrollar en estos dispositivos deberán ser contempladas como de interés especial por la importancia de las mismas, especialmente en aspectos

epidemiológicos, preventivos y terapéuticos.

POBLACIÓN DIANA

La asistencia psicogeriatrica debe ir dirigida a la atención de las personas mayores que presentan enfermedades mentales activas, así como a su entorno (cuidadores y contexto psicosocial). Engloba dos grupos fundamentales de pacientes:

- Los pacientes que iniciaron la psicopatología en su juventud y que continúan presentando síntomas psiquiátricos (los enfermos mentales crónicos que han envejecido). Una parte de este colectivo se encuentra en las unidades de psicogeriatría de larga estancia, resultado de la remodelación de los antiguos hospitales psiquiátricos.
- Las personas mayores que desarrollan enfermedades mentales de aparición tardía, más allá de la quinta o sexta década de la vida. Este grupo, mucho más numeroso, incluye los mayores con deterioro cognitivo y demencia, depresiones del anciano, delirios y psicosis tardías, duelos complicados, trastornos de personalidad, ansiedad grave, etc.

Aunque se tiende a fijar un límite de edad entre 60 y 65 años, en ocasiones la atención específica psicogeriatrica se puede dirigir a población algo más joven cuando se presentan patologías que por su perfil son muy similares a las de los mayores: demencia de inicio temprano, trastornos mentales orgánicos, daño cerebral traumático, enfermedades neurodegenerativas, epilepsia, accidentes cerebrovasculares, tumores, etc.

En general, los mayores con enfermedad mental que no generan una gran problemática asistencial deberían ser atendidos en sus Unidades de Salud Mental, como el resto de la población.

Por tanto la atención psicogeriatrica específica debería incluir los siguientes procesos asistenciales:

- Trastorno mental grave cronicado que requiere atención especial.
- Deterioro cognitivo de diagnóstico complejo.
- Pacientes con demencia y alteraciones de conducta que no responde a los tratamientos convencionales.
- Depresiones de los mayores que son resistentes a los tratamientos habituales.
- Duelos complicados y prolongados.
- Psicosis de inicio tardío: trastornos delirantes, esquizofrenia de inicio tardío y muy tardío.
- Trastorno bipolar del anciano con frecuentes descompensaciones.
- Trastornos de personalidad que generan importante problemática psicosocial añadida.
- Síndromes confusionales (delirium) de difícil control.
- Alcoholismo y otras adicciones en los ancianos.

DISPOSITIVOS ASISTENCIALES

- Atención Primaria: la atención básica de los pacientes psicogerítricos se realizará en los equipos de atención primaria, con el soporte de las unidades de salud mental y las consultas de geriatría. Los pacientes con una problemática especialmente compleja serán derivados a las consultas de psicogeriatría.
- Programa de psicogeriatría: instalado preferentemente en una USM del sector, con dedicación total o parcial de profesionales expertos en la materia (psiquiatra, psicólogo clínico, enfermero especialista en salud mental y trabajador social), para la atención a pacientes con deterioro cognitivo de diagnóstico complejo, alteraciones de conducta graves en pacientes con demencia, duelos complicados y prolongados, depresiones resistentes, trastornos de la personalidad con repercusión psicosocial, psicosis de inicio tardío, trastornos bipolares de los mayores, síndromes confusionales de difícil manejo.

En general los pacientes que presentan deterioro cognitivo sin otra problemática asociada seguirían siendo atendidos en las consultas de neurología, geriatría y unidad de salud mental.

El programa de psicogeriatría deberá ser el eje fundamental para la gestión de los pacientes psicogerítricos, siguiendo con los principios de la gestión de los pacientes desde la perspectiva comunitaria.

- Unidad de Corta Estancia (UCE):
UCE de Psiquiatría: ingresos psicogerítricos por orden/autorización judicial, fases maníacas, agresividad manifiesta (auto o hetero), agitación extrema, riesgo elevado de suicidio, paciente candidato a TEC (terapia electroconvulsiva).
Programa específico de Geriatría en UCE: trastornos de conducta en pacientes con demencia resistentes al tratamiento ambulatorio, depresiones resistentes sin soporte para tratamiento ambulatorio (y sin elevado riesgo autolítico), comorbilidad física importante en pacientes psicogerítricos que requieran ingreso hospitalario, trastornos psicóticos con elevada repercusión socio-familiar.
- Hospital de día – programa psicogerítrico: pacientes con patología psicogerítrica que precisan atención hospitalaria pero no de 24 horas. Control al alta tras ingreso en UCE, control y observación de síntomas complejos, mejora de los procesos diagnósticos, etc.
- Unidades de psicogeriatría: actualmente ubicadas en los Centros de Rehabilitación Psicosocial, pueden albergar dos programas:
 - Hospitalización de media estancia (psicogeriatría-subagudos): pacientes con patología psicogerítrica subaguda, parcialmente estabilizados, que han superado su fase crítica, pero que todavía precisan un control clínico durante un periodo más prolongado (entre 3 y 6 meses como referencia).

- Unidades de larga estancia psicogerítrica: pacientes con patología psicogerítrica tras estabilización en otras unidades, con importante problemática socio-familiar y pendientes de ubicación óptima, que requieren un ingreso prolongado en unidad de larga estancia psicogerítrica y no pueden, debido a su psicopatología, integrarse en residencias para mayores.
- Residencias para mayores: pacientes de más de 60 años con trastorno mental crónico estabilizado, sin psicopatología activa, sin alteraciones conductuales, que provienen de la propia institución o del exterior, que no requieren atención aguda o subaguda, y que tampoco requieren institucionalización psicogerítrica de larga estancia. No se excluyen paciente con demencia sin alteraciones conductuales graves. Se incluyen ingresos temporales para descanso familiar. Las residencias para mayores pueden combinarse con otros recursos de gran interés como los centros de día psicogerítricos.

Dada la importancia y la complejidad de la comorbilidad orgánica en este grupo de población, en los sectores y áreas de salud dónde se disponga de recursos geriátricos deberá favorecerse la coordinación entre éstos y los recursos de salud mental, favoreciendo la elaboración de programaciones conjuntas en el área de la psicogeriatría, contando también con los equipos de atención primaria de referencia.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o
Desarrollo programa de atención a mayores de 65 años con enfermedad mental.										
Protocolo de actuación (Atención Primaria, USM) para residencias y centros de día para mayores.										
Protocolizar la atención para síntomas psiquiátricos y trastornos de conducta en pacientes con demencia.										
Estudio para la puesta en marcha de programas o dispositivos especializados en problemas complejos de psicogeriatría.										
Mapa de activos sociales para pacientes con demencia o deterioro cognitivo.										

 Diseño y planificación
  Desarrollo
  Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Desarrollo programa de atención a mayores de 65 años con enfermedad mental.	Elaboración del programa (2018). Número y % de mayores de 65 años atendidos en dispositivos de salud mental. % de mayores atendidos en centros de larga duración de salud mental. % de mayores atendidos en centros sociales de larga duración. Número de pacientes con residencia en centros de salud mental de larga duración por ausencia de recurso social. % de pacientes a los que se les ha solicitado valoración de dependencia.
Protocolo de actuación (Atención Primaria, USM) para residencias y centros de día para mayores.	Número y % de mayores de 65 años en residencias y centros de día valorados por su médico/enfermera de Atención Primaria. Número de derivaciones a USM de pacientes mayores de 65 años.
Protocolizar la atención para síntomas psiquiátricos y trastornos de conducta en pacientes con demencia.	Pacientes con demencia a los que se les ha realizado conciliación de medicamentos cada 6 meses.
Estudio para la puesta en marcha de programas o dispositivos especializados en problemas complejos de psicogeriatría.	Finalizado en 2018.
Mapa de activos sociales para pacientes con demencia o deterioro cognitivo.	% de USM y EAP que disponen del mismo.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
Las adaptaciones correspondientes para disponer de espacios suficientes para profesionales y pacientes en los nuevos programas propuestos.
<i>Recursos materiales</i>
Adaptación de las unidades de psicogeriatría de los Centros de Rehabilitación Psicosocial para albergar programa de subagudos.
<i>Recursos humanos</i>
La dedicación que se estime necesaria de profesionales del Salud y el Departamento de Sanidad para el diseño y puesta en marcha de las intervenciones referidas.

Proyecto 12

COORDINACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE AGITADO.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE	2.10 Establecer procedimientos garantes de buenas prácticas y de los derechos y la dignidad de los usuarios, para las siguientes situaciones: Contención física, traslado del paciente agitado e intervenciones que precisen de consentimiento informado.

Introducción

Ante la aparición de una situación de demanda de atención urgente en un paciente con agitación psicomotriz, el sistema sanitario es el encargado de dar la respuesta inmediata en primera instancia, y de garantizar la resolución de la misma.

Se trata de una intervención que debe iniciarse rápidamente tras la demanda, que exige de procedimientos ajustados a la ley y de la colaboración de otras administraciones, que también deben responder rápidamente.

Así pues, con la finalidad de articular estas intervenciones, y que se realicen con la mínima demora, con todas las garantías legales y de una forma flexible y adaptada a cada caso y situación, se precisa un documento consensuado que refleje puntualmente todas las actuaciones, responsabilidades y que asegure la coordinación, comunicación y cooperación necesarias. Este documento deberá implementarse, con su conocimiento por todos los ámbitos responsables y con las instrucciones necesarias que aseguren su cumplimiento.

Se deberá contar con los recursos necesarios, tanto sanitarios como no sanitarios, que permitan la identificación de la situación de urgencia, la valoración del paciente para su diagnóstico y tratamiento y la decisión de la necesidad de traslado en el caso de que sea preciso su internamiento.

El traslado en contra de la voluntad de un paciente agitado lo decide el médico responsable de la valoración de la persona.

El médico, como responsable sanitario, puede recabar directamente el auxilio de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, sin requerir ninguna actuación judicial.

Siempre y cuando el paciente sea ingresado posteriormente de manera involuntaria, deberá cumplirse la legislación vigente mediante la comunicación al Juzgado correspondiente por parte del centro donde quede ingresado, en las primeras 24 horas.

Cuando el paciente esté a disposición del sistema judicial, el traslado e ingreso del mismo se realizará de acuerdo con las instrucciones dictadas por el propio ámbito.

En todo momento se asegurará el absoluto respeto a la dignidad y a los derechos del paciente.

Justificación

La cobertura de las situaciones de urgencia que presentan los pacientes con síndrome de agitación psicomotriz, con o sin antecedentes de enfermedad mental o trastorno psiquiátrico previo, es una de las lagunas de la atención sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón, debido a que en su resolución eficaz intervienen aspectos no sólo sanitarios, sino también sociales, legales y de orden público.

Esta situación viene determinada por el hecho de que no existe en el momento actual un mecanismo claro y asumido por todos los intervinientes que protocolice y coordine de manera eficaz el ámbito competencial de cada uno, lo que ocasiona en numerosas ocasiones, retrasos injustificados en la atención.

El presente documento tiene como finalidad sentar las bases para la adecuada coordinación del proceso de atención ante una demanda de asistencia sanitaria urgente en una persona con agitación psicomotriz, poniendo especial atención en aquellos casos en los que existe involuntariedad para su atención o traslado.

En cualquier caso, la aplicación de este protocolo deber restringirse a aquellos casos en que se hayan agotado otras alternativas menos traumáticas y coercitivas, en las que se debe incidir en su desarrollo y aplicación, y en caso de aplicarse, extremar los cuidados, el respeto a los derechos, la información al usuario y familia y optar por las actuaciones que sigan estas indicaciones.

Desarrollo

Las situaciones de agitación psicomotriz y otros signos y síntomas que puedan sugerir descompensación de una psicopatología, además de otras causas o situaciones, deben ser valorados clínicamente por un médico ya que en ocasiones puede ser necesario su traslado a un centro hospitalario, ya sea porque el cuadro no ha cedido con la intervención en el lugar de la demanda, habitualmente el domicilio, o porque sea necesario una valoración en urgencias con o sin ingreso posterior.

Tanto para el traslado, ya sea voluntario o involuntario, como para la intervención en el lugar de la demanda, puede ser necesaria la colaboración de otros ámbitos que aseguren un trabajo coordinado que facilite este proceso. Éstos pueden ser el medio judicial, los servicios sociales y las fuerzas de seguridad.

Suele ser el entorno cercano del paciente el primero en detectar las señales de alarma, pero en ocasiones tienen dudas sobre el significado de esas señales y no saben cómo afrontarlas y cómo pedir ayuda.

Cualquier señal de alarma debe generar una actitud de especial atención y en ocasiones de intervención activa, la respuesta debe ser rápida, coordinada, respetuosa con los derechos de los pacientes y debe ser informada tanto al paciente como al medio familiar.

Las actuaciones que aseguren este proceso consistirán en:

- Acuerdo entre todos los ámbitos relacionados con el objeto del protocolo, servicios sanitarios, sociales, judiciales y de los cuerpos de seguridad, para la establecer un protocolo que recoja la descripción de las situaciones, las actuaciones indicadas en cada caso, las responsabilidades de cada ámbito y los procedimientos para la coordinación, comunicación y colaboración entre ellos.

Redacción final de un documento del protocolo, con toda la información pertinente, y una guía rápida para facilitar su difusión, conocimiento y aplicación.

Implementación del protocolo en todos los ámbitos, administraciones, y equipos implicados, con una correcta difusión e instrucciones para su aplicación.

El protocolo, a grandes rasgos, deberá incluir:

- Actuaciones en función de la vía de entrada de la demanda
- Movilización de recursos para el traslado
- Actuaciones en la asistencia inicial y durante el traslado
- Transferencia del paciente en el centro de ingreso
- Situaciones especiales: origen del traslado por orden judicial

Además de lo señalado para el protocolo, debe incidirse en favorecer el desarrollo de estrategias y procedimientos que supongan alternativa a las intervenciones en contra de la voluntad de los pacientes, más respetuosas y no coercitivas.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^{er}	2 ^o	1 ^{er}	2 ^o	1 ^{er}	2 ^o	1 ^{er}	2 ^o
Consenso sobre documento y guía rápida con fuerzas de seguridad, judicial, social.										
Análisis externo de todos los casos en que intervengan las fuerzas de seguridad.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Consenso sobre documento y guía rápida con fuerzas de seguridad, judicial, social.	Finalizar en 2017.

Proceso de difusión del documento.	Primer semestre de 2018.
Análisis externo de todos los casos en que intervengan las fuerzas de seguridad.	Número de casos en los que se ha aplicado y análisis. Informe de mejora.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
No se precisan.
<i>Recursos materiales</i>
Los necesarios para la difusión del Protocolo y la monitorización de su implementación.
<i>Recursos humanos</i>
La dedicación que se estime necesaria de profesionales del Salud y el Departamento de Sanidad para el diseño y puesta en marcha de las intervenciones referidas.

Proyecto 13	
PROTOCOLO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	2.10 Establecer procedimientos garantes de buenas prácticas y de los derechos y la dignidad de los usuarios, para las siguientes situaciones: Contención física, traslado del paciente agitado e intervenciones que precisen de consentimiento informado.

Introducción

La contención física es un recurso para la sujeción física del paciente y limitación de sus movimientos, en aquellos casos muy determinados en que concurren una situación que suponga riesgo para el paciente, o personas de su entorno y profesionales, o de causar daños físicos significativos en el entorno sanitario, y el fracaso de otros métodos como la contención verbal, fármacos, etc.

Se confrontan los derechos de autonomía (actuaciones en contra de la libertad y voluntad del paciente) y de beneficencia (búsqueda de protección al paciente y a su entorno cuando la seguridad está comprometida).

Este conflicto ético, junto a los riesgos que pueden suponer la restricción e inmovilización de los pacientes (fracturas, asfixia...) y sus posibles consecuencias legales, exigen que el procedimiento sea realizado siguiendo una normativa que contemple claramente desde lo adecuado de la prescripción y metodología, hasta el papel de todo el equipo implicado, así como la obligación de informar a la familia sobre el proceso.

Justificación

Se trata de una intervención en ámbito sanitario, pautada por el médico y con intervención de diferentes profesionales sanitarios (médico, enfermero, TCAE, celador) y otros (profesionales de seguridad), que comporta privación de libertad, por tanto con implicaciones legales reguladas: Ley General de Sanidad, Ley de enjuiciamiento Civil, Constitución española y Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del usuario y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: Arts. 4 y 5 (derecho a la información asistencial) y Arts. 8 y 9 (consentimiento informado).

Habitualmente las unidades de hospitalización en salud mental cuentan con protocolos que regulan esta intervención, que son muy similares, pero, en cambio, no es tan homogéneo, si lo hay, un plan para formación, revisión de la práctica y su aplicación.

Es preciso, por ello, establecer un protocolo consensuado para realizar esta intervención, acompañado de un plan formativo periódico, para su correcta aplicación

en los casos estrictamente necesarios, promoviendo y facilitando alternativas, y todo ello siguiendo la normativa legal y el respeto absoluto a los derechos de los pacientes.

Desarrollo

Se establecerá un grupo de trabajo que revise los protocolos existentes y consensúe uno para su aplicación en las diferentes unidades de hospitalización de la red de salud mental en Aragón, que observe las peculiaridades de las unidades para su adaptación a todas ellas.

Este protocolo deberá incluir:

- Criterios de indicación.
- Criterios de contraindicación.
- Riesgos y complicaciones potenciales.
- Consideraciones legales y de garantía de derechos y respeto a la dignidad del paciente.
- Procedimiento para su aplicación.
- Procedimientos para su seguimiento, cuidados, control y retirada.
- Comunicación, registros y documentos.
- Indicadores de proceso y de resultado.

Este protocolo se debe acompañar de un plan de formación a todos los profesionales de las unidades de hospitalización de la red de salud mental, periódica para profesionales de plantilla y de manera puntual para profesionales de nueva incorporación y eventuales/sustitutos.

Esta formación no solo incluirá la práctica y la aplicación de la contención mecánica sino que también formará en alternativas a la misma, en sus implicaciones legales y éticas.

Establecer indicadores que permitan conocer en las unidades tanto la aplicación del protocolo como del plan formativo:

De proceso:

- Prevalencia de aplicación del protocolo.
- Porcentaje de aplicaciones con las indicaciones del protocolo debidamente cumplimentadas.
- Porcentaje de aplicaciones que son informadas al juzgado correspondiente.

De resultado:

- Porcentaje de complicaciones (complicaciones orgánicas, lesiones, etc.) como consecuencia de la aplicación del protocolo.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^{er}	2 ^o	1 ^{er}	2 ^o	1 ^{er}	2 ^o	1 ^{er}	2 ^o
Protocolo consensuado por el grupo de trabajo establecido para tal fin.										
Difusión del protocolo y del plan formativo en todas las unidades de hospitalización de la red de salud mental.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Protocolo consensuado por el grupo de trabajo establecido para tal fin.	Documento terminado en 2017.
Difusión del protocolo y del plan formativo en todas las unidades de hospitalización de la red de salud mental.	Implantación 2018. Número de unidades con plan formativo y protocolo implementado. Número de unidades que recogen información de los indicadores propuestos por el protocolo.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
No se precisan.
<i>Recursos materiales</i>
No se precisan.
<i>Recursos humanos</i>
Dedicación horaria de profesionales de las diferentes unidades de hospitalización de la red de salud mental y Departamento de Sanidad para grupo de consenso y de difusión del protocolo y plan formativo.

Proyecto 14

SALUD MENTAL EN POBLACIONES ESPECÍFICAS: PERSONAS SIN HOGAR, PERSONAS JUDICIALIZADAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL.

Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA	2.24 Coordinar con servicios sociales y entidades la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental para su atención más adecuada. 2.25 Coordinar la atención a personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal, asegurando la continuidad asistencial y la equivalencia de cuidados con el resto de la población. 2.26 Adaptar los procesos asistenciales y de rehabilitación a personas con trastorno mental grave en situación de riesgo de exclusión social.

Introducción

Existen colectivos de personas con situaciones, personales, sociales y/o legales que, unidas a su situación clínica de patología mental, les confiere una especial vulnerabilidad, que puede conllevar una exclusión social. No basta con que las personas puedan acceder a las prestaciones en salud mental en las mismas condiciones que la población general, es necesario además establecer una serie de programas de apoyo, coordinación con otras áreas, y de vinculación con los recursos, que posibiliten su derivación y tratamiento adecuado ajustándolo a su situación de vulnerabilidad.

Los colectivos que han sido identificados como susceptibles de beneficiarse de estas programaciones por su especial vulnerabilidad serán las personas sin hogar, personas judicializadas y aquellas que presentan discapacidad intelectual. Además de aquellas otras programaciones que puedan ser necesarias, en un futuro corto medio plazo, si se identifican otros colectivos con necesidades especiales y aquejados de enfermedad mental.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, en sus distintas revisiones, contempla como objetivos específicos la atención a los problemas de salud mental de grupos de población excluidos, como son las personas recluidas en centros penitenciarios y las personas «sin techo», requiere ser ampliamente reconsiderada para garantizar la «equivalencia de cuidados», es decir, que se proporcione a estos sectores una atención de características, en extensión y calidad, equivalentes a las de la población general. Igualmente insta a las Comunidades Autónomas a contemplar, en sus planes de salud mental, las necesarias especificidades para la atención especializada de las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental.^{107,108}

¹⁰⁷Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones. Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

Justificación

Las personas que padecen una patología psíquica tienen asegurada su asistencia sanitaria y los circuitos y dispositivos que requiera en función de sus necesidades clínicas y evolución, pero hay colectivos, con peculiaridades y condiciones específicas, que pueden dificultar su normal acceso a estas prestaciones.

Bajo este epígrafe general, con el nexo común de los riesgos de exclusión, dificultad de acceso y de continuidad asistencial, se incluye a personas que, además de trastorno mental grave tienen discapacidad intelectual, responden al perfil de personas sin hogar, o sujetas a medidas de seguridad con privación de libertad o internadas en instituciones penitenciarias.

Cada colectivo tiene sus características pero la necesidad común de estudiar la adaptación de los procedimientos habituales de derivación, atención y seguimiento, con la finalidad de asegurar su correcta asistencia, la coordinación entre diferentes ámbitos que intervienen con la persona (entidades del tercer sector, servicios sociales, medio judicial, instituciones penitenciarias, etc.) y evitar la pérdida de continuidad asistencial.

Desarrollo

La pretensión fundamental que busca este proyecto es la del análisis y estudio de los actuales déficits que dificultan la derivación, atención y seguimiento en los diferentes ámbitos aludidos, de tal manera que se puedan establecer todos aquellos procedimientos que, de manera coordinada con otras administraciones y entidades, permitan una adecuación de las intervenciones necesarias para la correcta prestación de los servicios públicos.

Personas con TMG sin hogar:

- Establecer los procedimientos y recursos necesarios para garantizar el acceso y la continuidad asistencial de personas sin hogar y con TMG a la red de salud mental, desde el ámbito en que se tenga contacto, habitualmente servicios sociales autonómicos o municipales, con la suficiente flexibilidad y adaptación a sus necesidades.
- Adaptar determinados recursos rehabilitadores y de alojamiento supervisado, de salud mental, a las características especiales de estos usuarios, que facilite su acceso, vinculación, continuidad asistencial, y que contribuya a revertir la situación de exclusión social en la que se encuentren.

Personas con TMG judicializadas:

¹⁰⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

La continuidad del tratamiento, cuidados y apoyo una vez que las personas con TMG sometidas a medidas judiciales abandonan el centro penitenciario es un momento delicado que requiere un abordaje interdisciplinar e interinstitucional. La continuidad de cuidados en la red sociosanitaria, que permita mantener su proceso asistencial y de incorporación lo más adecuado y seguro posible, requiere por parte de los servicios sanitarios un especial esfuerzo que permita una adecuada inclusión en los circuitos de la Red de atención de Salud Mental aragonesa. De esta manera la puesta en marcha de estos mecanismos deberán favorecer:

- El establecimiento del procedimiento de derivación y tratamiento, mediante la coordinación entre el equipo interdisciplinar de instituciones penitenciarias (PAIEM) de los Centros Penitenciarios de Zuera, Teruel, Daroca y servicios sanitarios, para la continuidad asistencial de las personas con TMG que finalizan su internamiento en centro penitenciario.
- Facilitar un especial seguimiento a personas con TMG y especial vulnerabilidad penal por razón de su falta de continuidad asistencial.
- Colaborar en el intercambio de formación entre las diferentes administraciones públicas y entidades sin ánimo de lucro que intervienen en la atención a este colectivo.
- Favorecer el intercambio de información que facilite la coordinación y la atención a las personas generando para ello grupos de trabajo estables.
- Favorecer la regulación y consolidación de la denominada “Comisión de análisis de casos” formada por técnicos y responsables de los ámbitos judicial, social, sanitario, entidades y asociaciones de usuarios y familiares, e instituciones penitenciarias. Destinada a abordar casos concretos con unas necesidades especiales que requieran de actuaciones coordinadas y adaptadas a las mismas.

Personas con TMG y discapacidad intelectual:

Algunos de los pacientes con discapacidad intelectual con enfermedad mental asociada y/o trastornos de conducta presentan características que no se adaptan bien ni a los recursos asistenciales sanitarios ni a los de servicios sociales.

Las necesidades diferentes de este grupo de pacientes, el manejo clínico, las respuestas terapéuticas, hacen muy difícil su tratamiento en los entornos asistenciales existentes, en los que deben convivir con otras personas con discapacidad intelectual sin enfermedad mental, o con otras personas con enfermedad mental sin discapacidad intelectual.

Los casos más graves suelen peregrinar por diferentes dispositivos, tanto sanitarios ambulatorios y de internamiento como sociales asistenciales comunitarios y residenciales, casi siempre sin coordinación, y, sobre todo, sin que entre todos logren el control de las alteraciones de conducta, además de perjudicar la evolución de otros usuarios de los recursos mencionados.

Es una población escasa en número, mal atendida, que genera un alto uso y consumo de recursos ambulatorios y estancias en centros hospitalarios.

Planteamos el objetivo de crear un sistema de gestión asistencial de pacientes, así como de los recursos necesarios, en el ámbito de la coordinación ente el sistema sanitario y el social, para la atención a personas con discapacidad intelectual con enfermedad mental y/o trastornos de conducta que, por diversos motivos, no son adecuadamente atendidos ni en los servicios de la red sanitaria ni en los de la red de servicios sociales.

No se considera necesario crear una red asistencial completa paralela a la existente en salud mental y en servicios sociales para la atención a este grupo de pacientes, sino mantener la atención a los mismos dentro de los servicios existentes a excepción de una atención diferenciada para casos concretos y en determinados momentos del proceso asistencial mediante la participación conjunta y colaboración coordinada de todas las instituciones que intervienen en la atención a este tipo de pacientes, aprovechando al máximo los recursos existentes de todas las entidades involucradas, tanto materiales como de recursos humanos.

Para dar respuesta a las necesidades de esta población se requiere de un abordaje interdisciplinar integrador que implica el estudio de creación de dos nuevos recursos:

- Servicios de atención en salud mental específico para la discapacidad intelectual, a prestar por un equipo interdisciplinar interinstitucional.
- Unidad para ingreso de pacientes con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta asociados, para intervenciones temporales más intensas y controladas.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Realización del Protocolo de captación, derivación e inclusión en procesos de rehabilitación de personas con TMG y en situación de exclusión social entre las instituciones implicadas en su atención y los servicios sanitarios.										
Realización del Protocolo de derivación entre instituciones penitenciarias y Salud Mental.										
Estudio para la puesta en marcha de un programa específico para la coordinación asistencial ambulatoria y de hospitalización para pacientes con TMG y discapacidad intelectual.										
Estudio para la puesta en marcha de una unidad específica para ingreso de pacientes con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta asociados.										
Establecer un programa formativo común para mejorar la intervención coordinada y asegurar la continuidad asistencial.										

Diseño y planificación

 Desarrollo

 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Protocolo de captación, derivación e inclusión en procesos de rehabilitación de personas con TMG y en situación de exclusión social entre las instituciones implicadas en su atención y los servicios sanitarios.	Finalizado en primer semestre de 2018.
Realización del Protocolo de derivación entre instituciones penitenciarias y Salud Mental.	Finalizado en primer semestre de 2018.
Estudio para la puesta en marcha de un programa específico para la coordinación asistencial ambulatoria y de hospitalización para pacientes con TMG y discapacidad intelectual.	Finalizado en 2017.
Estudio para la puesta en marcha de una unidad específica para ingreso de pacientes con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta asociados.	Finalizado en 2018.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
Las necesarias, propias o concertadas, para la puesta en marcha de una unidad específica para ingreso de pacientes con discapacidad intelectual y trastornos graves de conducta asociados.
<i>Recursos materiales</i>
Los necesarios para la mencionada unidad de ingreso específica.
<i>Recursos humanos</i>
La dedicación que se estime necesaria de profesionales del Salud y el Departamento de Sanidad para el diseño y puesta en marcha de las intervenciones referidas.
Dotación, propia o concertada, de profesionales para la mencionada unidad de ingreso específica.

Proyecto 15 SUFICIENCIA DE RECURSOS.	
Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 2</p> <p>Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.</p>	<p>2.8 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida.</p> <p>2.9 Desarrollar e implantar procesos de rehabilitación e inserción adaptados a las características de cada persona. Con objetivos y metas concretas y que permitan valorar el logro de resultados.</p> <p>2.10 Disponer en las unidades de salud mental de un programa específico para primeros episodios psicóticos que permita su identificación, intervención temprana, abordaje intensivo y que garantice su continuidad asistencial y las intervenciones con el núcleo de convivencia que sean necesarias. Debe apoyarse en los profesionales con dedicación al programa de seguimiento de casos de Trastorno Mental Grave.</p> <p>2.13 Disponer en las Unidades de Salud Mental de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluya la atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento, para facilitar la continuidad y la vinculación con la red asistencial.</p> <p>2.18 Desarrollar una red de profesionales y dispositivos suficientes y flexibles para el diagnóstico, tratamiento y recuperación en población infantojuvenil según criterios de ordenación y estándares reconocidos que permita la pertinencia entre necesidad de cada paciente y la oferta establecida.</p> <p>2.19 Implantar los recursos y dispositivos necesarios para que ningún menor tenga que salir necesariamente fuera del territorio de la Comunidad Autónoma.</p> <p>2.20 Disponer las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil de los recursos y programas específicos de seguimiento que incluyan: atención a domicilio, atención a la familia y acompañamiento para facilitar la continuidad y la vinculación con la red asistencial.</p>

Introducción

El anterior Plan de Salud Mental 2002-2010 incluía la definición de los recursos de la red de salud mental, su dotación profesional, su distribución en el territorio y su organización administrativa.

Estas indicaciones recogidas en el anterior Plan de Salud Mental en cuanto a la adecuación y desarrollo de recursos no se han alcanzado todavía en algunos casos, en otros la realidad de la demanda ha cambiado, todo esto junto con la experiencia de funcionamiento de la red de salud mental, conforman este proyecto para la Suficiencia de Recursos, que permitirá dar soporte al resto de Proyectos a desarrollar en los próximos años.

Se detallan los criterios observados para la potenciación de recursos:

- Completar las plantillas de USM y USMIJ, hasta alcanzar ratios que se fijaban como mínimos en el Plan anterior, y potenciar las mismas para la implementación de programas específicos (Gestión de Casos de TMG adulto e infantojuvenil, atención en primeros episodios, psicogeriatría, entre otros) y para reducir dificultades en la equidad y accesibilidad, en dependencia de las características y determinantes de salud de cada territorio.
- Reforma y adecuación de determinados recursos de hospitalización (UCE Hospital Universitario Miguel Servet, UME para albergar programa de subagudos), estudio de necesidades en otros (UCE infantojuvenil del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa) y estudio de necesidad de nuevos recursos (Unidad para pacientes TMG complejos/refractarios a tratamiento, Programa Residencial Terapéutico Infantojuvenil, Unidad para pacientes con discapacidad intelectual y patología psiquiátrica, etc.).
- Adecuación de la red de rehabilitación psicosocial e inserción laboral, compuesta por equipos concertados y propios, al trabajo centrado en procesos de rehabilitación con respuestas adaptadas a las necesidades de cada usuario.
- Asegurar los recursos de rehabilitación psicosocial e inserción laboral y de alojamiento supervisado, con la adecuada dotación y redistribución entre los sectores sanitarios en función de la demanda existente.

Justificación

Desde aquellos desarrollos iniciales que, en alguno de los sectores, no alcanzaron las dotaciones mínimas, conviene analizar el estado de los dispositivos y equipos de la red de salud mental, su adecuación numérica y distribución geográfica, con la finalidad de asegurar una prestación sanitaria a las enfermedades mentales accesible, equitativa y eficiente.

Se incluye en este proyecto la reforma integral de dos recursos que, por diferentes circunstancias, han quedado en un caso obsoleto e inutilizable en otro, dicha remodelación incluye unas mejoras en sus prestaciones y una adecuación a las mismas de sus equipos profesionales. Se trata de la Unidad de Corta Estancia del Hospital Universitario Miguel Servet y del pabellón San Juan del CRP Ntra. Sra. del Pilar, de Zaragoza.

Desarrollo

Los centros y servicios sanitarios y asistenciales de Salud Mental de Aragón, propios o concertados por el Departamento de Sanidad y el Servicio Aragonés de Salud, son los siguientes:

- Unidades de Salud Mental de adultos e infantojuvenil.

- Unidades de hospitalización total: de corta estancia de adultos e infantojuvenil, de media estancia, de larga estancia y psicogeriatría.
- Unidades de hospitalización parcial: hospitales de día.
- Unidades especializadas: de atención a trastornos de conducta alimentaria de adultos e infantojuvenil, y de atención a trastornos de la personalidad.
- Unidades de psicósomática y psiquiatría de enlace.
- Unidades para la rehabilitación: centros de día, centros de inserción laboral y equipos de apoyo social comunitario.
- Centro de Día de Salud Mental infantojuvenil.
- Unidades para el alojamiento supervisado (residencias de salud mental, pisos supervisados o cualquier otra que se establezca).
- Unidades y/o programas de atención y seguimiento de adicciones.
- Comunidades terapéuticas para la deshabituación de adicciones.
- Aquellas otras unidades o programas que se establezcan en función de las necesidades de los usuarios relacionadas con problemas de salud mental y/o adicciones.

Bajo la premisa de completar las plantillas de USM y USMIJ, hasta alcanzar ratios que se fijaban como mínimos en el Plan anterior, y potenciar las mismas para la implementación de programas específicos (Gestión de Casos de TMG adulto e infantojuvenil, atención en primeros episodios, etc.) se establece la siguiente previsión en recursos humanos:

Suficiencia de Recursos.

	Total	Huesca	Barbastro	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Calatayud	Teruel	Alcañiz
USMIJ									
Psiquiatra	8	1	1	1	3	1	1	0	1
Psicólogo Clínico	9	0,5	1	1	2	3	1	0	0,5
Enfermero Esp. SM	10	0,5	0,5	1,5	3	3	0,5	0	1
Trabajador Social	8	1	1	1	2	1,5	0,5	0,5	0,5
Administrativo	8	1	1	1	1	1	1	1	1

	Total	Huesca	Barbastro	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Calatayud	Teruel	Alcañiz
USM									
Psiquiatra	2	0	1	0	1	0	0	0	0
Psicólogo Clínico	7	0	1	1	1	4	0	0	0
Enfermero Esp. SM	2	0	0	0	0	2	0	0	0
Trabajador Social	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Administrativo	5	1	0	1	2	1	0	0	0

Nuevas acciones.

Programa para la Gestión de Casos TMG adultos

Gestión de casos	Total	Huesca	Barbastro	Zaragoza I	Zaragoza II	Zaragoza III	Calatayud	Teruel	Alcañiz
USM									
Enfermero Esp. SM	21	2	2	3	4	4	2	2	2
Trabajador Social	15	1	1	2	4	4	1	1	1

Reforma y adecuación de unidades de hospitalización

Unidad de Corta Estancia - Hospital Miguel Servet de Zaragoza

La actuación consiste por un lado en ampliar el número de camas de hospitalización psiquiátrica breve del Hospital, pasando de las 19 camas actuales a 30 camas, distribuidas en 13 habitaciones dobles y 4 individuales, con sus espacios de consulta, terapia y apoyo precisos; por otra parte hay un programa de psicopatología y enlace vinculado a la unidad pero independiente de la misma.

Su ubicación será en la planta 3ª del Hospital General, en el bloque situado junto al Paseo Isabel La Católica. La superficie que ocupará la nueva unidad son 1.800 m².

Las obras se realizarán durante los años 2017 y parte del 2018.

Unidad de Media Estancia - Pabellón San Juan - CRP Ntra. Sra. del Pilar

La actuación consiste en la reforma integral del Pabellón San Juan para poder ubicar 35 camas, distribuidas entre la Unidad de Media Estancia - Subagudos, con una dotación de 14 camas susceptibles de ser ampliadas a 21 camas y la Unidad de Larga Estancia, con una dotación de 14 camas como mínimo y 21 camas como máximo, dependiendo de la extensión de la anterior.

Remodelación Unidades	Total	Zaragoza –II - UCE	Zaragoza III – CRP UME	Centro terapéutico infantojuvenil
Psiquiatra	5	3	1	1
Psicólogo Clínico	2	1		1
Enfermero Esp. SM	12	8	3	1
TCAE	11	8	3	
Celador	6	6		
Trabajador Social	2	1		1

Se acondiciona dentro del mismo pabellón espacios para despachos de los profesionales sanitarios y zonas de estar de pacientes. También se construye de nueva planta un pabellón intermedio para servicios comunes y de terapias diversas.

Las obras durarán 20 meses, que previsiblemente deberán ser entre 2017, 2018 y principios de 2019.

Unidad para pacientes TMG complejos/refractarios a tratamiento

Se plantea a estudio un dispositivo de estancia media dirigido a pacientes con psicosis refractaria o pacientes con patología dual y TMG complejos. Se trataría de un recurso de hospitalización total, de soporte de alta intensidad, con un equipo que permita un trabajo intensivo individual, grupal y con el núcleo familiar.

En la actualidad se da una desigual respuesta a este perfil de paciente, bien con reingresos frecuentes en unidades de hospitalización de corta estancia o media estancia, con altas tasas de fracaso terapéutico, o bien son propuestos para ingreso de larga estancia en plazas contratadas con el Centro Neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen, en cuyo caso hay una escasa rotación de las mismas y los planteamientos terapéuticos son a largo plazo.

A valorar los modelos existentes en otras comunidades autónomas y su experiencia acumulada.

Unidad para pacientes con discapacidad intelectual y patología psiquiátrica.

Se plantea a estudio un dispositivo de estancia media dirigido a pacientes con discapacidad intelectual y patología psiquiátrica. Se trataría de un recurso de hospitalización total, de soporte de alta intensidad, con un equipo que permita un trabajo intensivo individual, grupal y con el núcleo familiar.

En la actualidad se da una escasa respuesta a este perfil de paciente, con dificultades notables para su manejo en caso de que precise hospitalización en las unidades de corta estancia o media estancia, con altas tasas de fracaso terapéutico, su soporte, con frecuencia, está en el ámbito de los servicios sociales y entidades que prestan esos servicios.

A valorar los modelos existentes en otras comunidades autónomas y la experiencia desde servicios sociales y entidades que prestan servicios en este ámbito.

Programa Residencial Terapéutico Infantojuvenil

Se propone el estudio para la puesta en marcha de un recurso residencial terapéutico para niños y adolescentes con trastorno mental grave y que no pueden seguir un tratamiento ambulatorio en su entorno habitual.

El equipo de salud mental que se asigne trabajará en el centro de manera intensiva con los usuarios pero también tendrá una especial dedicación a la coordinación con otras áreas implicadas, al trabajo con el entorno y con el medio familiar, además de este equipo clínico, el recurso se dotará de los medios materiales, espacio y recursos humanos, educadores sociales y monitores, adecuados para el soporte residencial.

En nuestra Comunidad carecemos de un recurso de este tipo, cuando se presentan casos que precisan de un programa terapéutico y residencial, de alta intensidad, o bien se opta por otras alternativas (que no son la solución óptima o incluso pueden empeorar la situación) o bien se recurre a dispositivos de fuera de Aragón.

Se plantea el estudio de este proyecto como un trabajo colaborativo con Servicios Sociales, en el que ambas administraciones deberían perfilar el centro, el equipo y el proceso asistencial, ya que los potenciales usuarios tienen ya, en una amplia mayoría, intervenciones desde el ámbito de la protección de menores y desde la salud mental infantojuvenil.

Se plantea un dispositivo, urbano, accesible, para dar continuidad a procesos formativos individuales, para 8 – 10 usuarios menores de 18 años, con TMG, que dé soporte residencial y de intervención terapéutica intensa y que trabaje en el entorno y en la coordinación con otras áreas. Se plantea como una media estancia, con el objetivo general de la estabilización clínica, la recuperación y el trabajo en el entorno y núcleo familiar que permita un retorno adaptado.

Deberá estar plenamente insertado y coordinado en la red asistencial de salud mental infantojuvenil, será de referencia para toda la Comunidad.

Adecuación de la red de rehabilitación psicosocial e inserción laboral

La base del modelo es la organización de la asistencia a partir del Proceso de Rehabilitación e Inserción Psicosocial y Laboral (que debe estar integrado en el proceso asistencial al TMG), bajo la perspectiva de la recuperación (como un proceso respetuoso e integral, individualizado, progresivo, apoyado en sus fortalezas, centrado en la persona y sus decisiones). Esto supone una flexibilidad a la hora de la utilización de recursos, que podrán ser compartidos en función de las necesidades de los usuarios, por lo que el cuadro siguiente de plazas estimadas por sector sanitario en cada categoría de unidades es orientativo, y conviene adaptarlo a lo que se precise en cada momento y en cada sector sanitario.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Suficiencia de Recursos USM - USMIJ.										
Elaboración de una propuesta de adecuación de recursos y flujos por las Direcciones de los centros.										
Unidad de Corta Estancia - Hospital Miguel Servet de Zaragoza.										
Unidad de Media Estancia - Pabellón San Juan - CRP Ntra. Sra. del Pilar.										
Unidad para pacientes TMG complejos/refractarios a tratamiento.										
Unidad Residencial Terapéutica Infantojuvenil.										
Unidad para pacientes con discapacidad intelectual y patología psiquiátrica.										
Adecuación de la red de rehabilitación psicosocial e inserción laboral.										

Diseño y planificación

 Desarrollo

 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Recursos USM – USMIJ por sector sanitario.	Ratio de profesionales / 100.000 hab.
Propuesta de adecuación de recursos y flujos por las Direcciones de los centros.	Finalizar en 2017.
Unidad de Corta Estancia - Hospital Miguel Servet de Zaragoza.	Finalizar en 2018.
Unidad de Media Estancia - Pabellón San Juan - CRP Ntra. Sra. del Pilar.	Finalizar en 2019.
Estudio para la puesta en marcha de una Unidad para pacientes TMG complejos/refractarios a tratamiento.	Finalizar en 2018.
Estudio para la puesta en marcha de una Unidad para pacientes con discapacidad intelectual y patología psiquiátrica.	Finalizar en 2018.
Estudio para la puesta en marcha de un Programa Residencial Terapéutico Infantojuvenil.	Finalizar en 2018.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
Las contempladas ya en las citadas remodelaciones. Las que se determinen específicamente para los nuevos recursos a estudio.
<i>Recursos materiales</i>
Los necesarios para la puesta en marcha de nuevos programas y recursos.
<i>Recursos humanos</i>
Los que se determinen, con la propuesta de la DG de Asistencia Sanitaria y de los directores de los centros.

Proyecto 16
ESPACIO COLABORATIVO PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS DE TRABAJO COMPARTIDO.

Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.</p>	<p>2.15 Establecer procedimientos con servicios sociales para trabajar de manera coordinada, para las personas con edad avanzada y trastorno mental, con la finalidad de asignar los recursos más adecuados a cada caso.</p> <p>2.16 Implantar procedimientos de coordinación local con la oferta de servicios sociales, incluyendo aquellas prestaciones que correspondan a estos pacientes.</p> <p>2.22 Atender al trastorno mental en la población de menores infractores con una mejora de la coordinación y cooperación entre Salud Mental, Centros de Prevención Comunitaria, Servicios Sociales, Educación y el Sistema de Justicia Juvenil.</p> <p>2.24 Coordinar con servicios sociales y entidades la atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental para su atención más adecuada.</p> <p>2.25 Coordinar la atención a personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal, asegurando la continuidad asistencial y la equivalencia de cuidados con el resto de la población.</p> <p>2.26 Adaptar los procesos asistenciales y de rehabilitación a personas con trastorno mental grave en situación de riesgo de exclusión social.</p>

Introducción

La coordinación entre las diferentes instancias implicadas en salud mental continúa siendo hoy por hoy una asignatura pendiente. Desde todas ellas, se constata la necesidad de que en la consecución de esta coordinación las actuaciones para mejorar la salud mental no deben centrarse solamente en actividades de recuperación o exclusivas de los sistemas sanitarios, y que para ser efectivas requieren la participación de distintos sectores administrativos e institucionales y contar con la participación de los activos y entidades en los que se organiza la sociedad. Además del sector de la salud, es esencial contar con la participación de los sectores como servicios sociales, educación, empleo, justicia, vivienda y todas aquellas instancias que puedan verse implicadas con factores relacionados con la salud mental.

Las diferentes fórmulas propuestas para abordar las respuestas de coordinación entre las diferentes instancias implicadas, ocupa un lugar prioritario en diferentes planes estratégicos de Salud Mental, tanto nacionales como autonómicos, lo que pone de relieve la importancia de las aplicaciones de conceptos como coordinación, comunicación, colaboración y quizás el más preciso, complementariedad, que

aparecen en múltiples niveles de intervención: entre profesionales, instituciones sociales y sanitarias, iniciativa social, pública y privada, diferentes categorías de recursos, etc. De esta manera la creación de un espacio que propicie la complementariedad de actuaciones debería facilitar la accesibilidad a los diferentes servicios y garantizar o facilitar la continuidad de cuidados a los mismos. De igual manera puede servir como laboratorio de ideas, foro de propuestas y lugar para reconocer y compartir buenas prácticas.

Aragón debe afrontar esta necesidad de coordinación con las diferentes instancias implicadas en la Salud Mental como una parte más en la garantía de cuidados que precisan sus ciudadanos, pero además, es esencial poner especial atención sobre aquellos colectivos que por sus especiales características presentan mayores dificultades de accesibilidad a la atención y cuidados necesarios o a la necesaria detección temprana de patologías como es el caso de menores y adolescentes. Colectivos como las personas con problemas de adicciones, enfermos mentales sometidos a procesos penales, personas mayores con trastornos psiquiátricos y demencias que requieren un plan estratégico de cuidados, determinadas situaciones clínico asistenciales y determinados colectivos, que no encuentran respuesta y acomodo en las estructuras sociales o sanitarias actuales y que acumulan un riesgo creciente de exclusión...todos ellos son susceptibles de la puesta en marcha de fórmulas de trabajo compartido que garanticen la efectividad de los sistemas implicados.

Justificación

De esta manera, y de la necesidad de hacer converger la especificidad de la Salud Mental con aquellos ámbitos de trabajo en los que las situaciones clínico-asistenciales lo precisen, nace el proyecto de espacio colaborativo para el desarrollo de procesos de trabajo compartido. Un espacio productivo de trabajo abierto, con soporte informático, basado en la comunicación, la colaboración y la coordinación donde compartir recursos para sacar adelante tratamientos, procesos y proyectos.

Un espacio que garantice la participación de todas aquellas instancias que por diferentes situaciones precisen entablar un trabajo colaborativo desarrollando procesos y proyectos compartidos donde se identifiquen los déficits relacionales y las respuestas o soluciones a los mismos, todo ello bajo el reconocimiento de la importancia de lo que se viene a denominar las tres 'C': *Comunicación, Colaboración y Coordinación* mediante el trabajo conjunto que permitirá la consecución de procesos estables e incluso la innovación.

La creación de un espacio, que sin suponer un incremento presupuestario suponga en definitiva, la puesta en marcha de una metodología de trabajo más eficaz, que evitaría la fragmentación y la falta de equidad en el acceso a los recursos y la necesaria continuidad asistencial de todos aquellos colectivos cuyas situaciones clínico asistenciales lo requieran a través de:

- La identificación de los déficits que dificultan la continuidad de la asistencial: es uno de los principales problemas de una oferta de servicios fraccionada, más en estos pacientes que son atendidos por distintos profesionales, entidades e instituciones.
- La filiación de aquellos aspectos que dificulten la identificación temprana.
- La identificación de profesionales implicados en cada uno de los ámbitos donde se detecten la necesidad de realizar un trabajo colaborativo, de tal manera, que puedan ser identificados como profesionales referentes de su ámbito de actuación.
- La elaboración de trabajos consensuados que den respuesta a los problemas detectados en forma de instrucciones, proyectos o protocolos e incluso la generación de las bases para la firma de posibles acuerdos .
- La consulta y puesta en común de toda aquella documentación consensuada en el espacio colaborativo a través de una herramienta informática de gestión documental.

BENEFICIARIOS

Serán beneficiarios directos de la innovación en los procesos de desarrollo fruto del espacio colaborativo:

- Colectivos con problemas de salud mental que presentan mayores dificultades de accesibilidad a la atención biopsicosocial dada la complejización del abordaje integral que requieren, entre los se pueden citar sin ser excluyentes:
 1. **Ámbito Judicial:** Enfermos mentales judicializados y exreclusos.
 2. **Ámbito Servicios Sociales**
 - Personas sometidas a medidas de protección tuteladas por la administración.
 - Menores con problemas de salud mental de difícil acomodación.
 - Personas mayores con patologías de difícil manejo que ingresados en dispositivos residenciales requieren apoyo específico a su patología pero no atención continuada.
 - Personas con discapacidad intelectual; casos especialmente complejos son derivados de uno a otro servicio sin encontrar una respuesta suficiente ni adaptada a sus necesidades concretas.
 - Personas sin hogar, con escaso apoyo social o en alto riesgo de exclusión.
 3. **Ámbito Educativo.**
 4. **Ámbito Sanitario.**
 5. **Áreas específicas:**
 - Violencia de género.
 - Transexualidad.
 - Inmigración.

- Los profesionales de la Administración que deban tomar decisiones en materia de atención y prestación de servicios sanitarios y que requieran la intervención de otras instancias para su prevención, detección temprana o tratamiento.
- Las entidades prestadoras de servicios que requieran de la administración la puesta en marcha de programas específicos para la mejora de la prestación de la atención de estos colectivos específicos.

Desarrollo

CARACTERÍSTICAS

El Espacio Colaborativo pretende ser un “lugar de trabajo” con las siguientes características:

- Es un “lugar de encuentro” *ad hoc*, fundamentalmente basado en el trabajo vía web, aunque siempre abierto a la posibilidad de realizar colaboraciones presenciales y con sede física en el Departamento de Sanidad, Dirección General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón responsable de la coordinación.
- El espacio colaborativo pondrá a disposición de sus miembros el acceso a una herramienta de gestión de contenidos documentales
- Su ámbito de influencia será autonómico.
- La pertenencia al espacio colaborativo requerirá que los profesionales de inclusión en dicho espacio refieran su necesidad de trabajo en confluencia con Salud Mental para la resolución o mejora de procesos, creación de proyectos, etc.
- La inclusión en el espacio colaborativo se realizará a través de solicitud formulada mediante correo electrónico dirigido a:
espaciocolaborativosm@aragon.es
- La autorización de pertenencia a dicho espacio dará acceso a la plataforma de gestión documental securizada (documentos del área de trabajo compartida, herramientas de intercambio de información, foros electrónicos, chat, etc.)

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º
Generación de plataforma y difusión del espacio colaborativo entre los ámbitos de trabajo establecidos.										
Identificación e Inclusión de colaboradores.										
Diseño de programas conjuntos con colaboradores.										
Puesta en marcha de actuaciones específicas.										

Diseño y planificación

 Desarrollo

 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Generación de plataforma y difusión del espacio colaborativo entre los ámbitos de trabajo establecidos.	Número de instituciones y entidades implicadas.
Identificación e Inclusión de colaboradores.	Número de participantes en la plataforma
Diseño de programas conjuntos con colaboradores.	Número de acciones emprendidas
Puesta en marcha de actuaciones específicas.	Número de actuaciones diseñadas.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
Disposición de equipos informáticos con adecuada accesibilidad a Internet.
<i>Recursos materiales</i>
Plataforma de trabajo compartido y documentación para su manejo. Espacio de reuniones.
<i>Recursos humanos</i>
Soporte administrativo para su mantenimiento, permisos de acceso, etc. Los propios con los que cuenta actualmente la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

Proyecto 17
ESTIGMA.

Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.</p>	<p>3.2 Asegurar la participación de usuarios y familiares en procesos de planificación y desarrollo de estrategias en salud mental.</p> <p>3.5 Adecuar los procedimientos administrativos para las hospitalizaciones, y el acceso a recursos comunitarios y de rehabilitación, según criterios habituales en otras áreas de la salud.</p> <p>3.6 Formar en materia de prevención y lucha contra la estigmatización de la salud mental, para profesionales sanitarios.</p> <p>3.7 Asegurar la sensibilización en la lucha contra el estigma de la administración pública y colaborar con iniciativas en otros ámbitos (educativo, social, laboral, judicial, medios de comunicación, etc.).</p> <p>3.8 Asegurar un trato no discriminatorio por enfermedad mental en cualquier ámbito del sistema sanitario público.</p> <p>3.9 Colaborar con intervenciones para la sensibilización sobre el estigma de la enfermedad mental dirigidas a población general.</p>

Introducción

En relación a las actitudes sociales relacionadas con el estigma podemos distinguir entre el **estereotipo**, entendido como conjunto de creencias, en gran parte erróneas, que la mayoría de la población mantiene en relación con un determinado grupo social y que condicionan (sesgan) en gran medida la percepción, el recuerdo y la valoración de muchas de las características y conductas de los miembros de dicho grupo; el **prejuicio**, actitud que refleja la disposición de las personas para actuar de una forma negativa o positiva hacia el objeto prejuzgado, sin analizar si existe alguna razón que justifique dicho comportamiento; y la **discriminación**, consecuencia particularmente negativa de estigmas y prejuicios, por la cual individuos o grupos de una sociedad privan a otros de sus derechos o beneficios por su causa.

La discriminación como consecuencia de padecer una enfermedad mental se expresa de muchas maneras: injusticias en las leyes, resistencia a emplear a personas con patología mental e impedimentos para que alguien con un trastorno mental entre a formar parte de un grupo o categoría sociales (p. ej., por el matrimonio).

En cuanto a prioridades, no hay duda de que la discriminación debe ser el primer objetivo de actuación, no sólo porque constituye la forma más directa del daño infligido a los que padecen una enfermedad mental, sino también porque reducir la discriminación (por ejemplo en el ámbito legislativo) ayuda a su vez a disminuir la estigmatización y el consiguiente prejuicio.

Justificación

Uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y del control de la esquizofrenia es la estigmatización frecuentemente asociada a este trastorno. La estigmatización puede dar lugar a una discriminación grave que exacerba innecesariamente los problemas de las personas con esquizofrenia u otras enfermedades mentales. Tal discriminación limita la cantidad de recursos disponibles para el tratamiento del trastorno, la disponibilidad de vivienda, las oportunidades de empleo y las relaciones sociales, problemas que, a su vez, aumentan aún más la estigmatización asociada a la enfermedad.

El estigma asociado a la esquizofrenia repercute negativamente en la evolución y recuperación de la propia enfermedad. Los sentimientos de vergüenza y estigmatización que provoca esta enfermedad entre quienes la padecen y sus familiares, es la causa de que actualmente muchos enfermos no estén diagnosticados ni tratados, especialmente al comienzo del trastorno.

La estigmatización lleva a que en los medios de comunicación se presenten ideas erróneas, lo que ayuda a perpetuar los estereotipos negativos.

Finalmente, no sólo afecta a aquellos que padecen el trastorno, sino también a sus familiares, los cuidadores y los profesionales sanitarios.

ACTUACIONES CONTRA EL ESTIGMA ASOCIADO A LA ENFERMEDAD MENTAL

LA PROTESTA

Generalmente se usa para luchar contra manifestaciones públicas, campañas publicitarias y declaraciones estigmatizadoras. También se utilizan observatorios de buenas y malas prácticas.

No obstante, este tipo de estrategias, aunque siempre ayudan y, en cualquier caso, son totalmente necesarias, no parecen ser las más efectivas en la reducción del estigma.

LA EDUCACIÓN: CAMPAÑAS DE CONCIENCIACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOCIAL

Tratan de proporcionar información veraz y adecuada. Se han utilizado diferentes métodos de concienciación y sensibilización social: videos, cine, campañas publicitarias, cursos de formación, etc. También destacan las campañas dirigidas a los medios de comunicación.

En este sentido, a lo largo de los últimos años ha ido surgiendo y desarrollándose un gran número de campañas y programas en este sentido.

Ejemplo de ellos son los siguientes:

- WPA: Campaña “Open The Doors”. Referido sólo a esquizofrenia, este programa es el más antiguo y prolongado hasta la fecha, participando en él 18 países, de los que España fue el segundo (después de Canadá) en inscribirse.

- España (las más importantes):
 - Campaña “Todos somos parte de la enfermedad mental” del Ministerio de Sanidad en 2005. En 2005 el Ministerio de Sanidad y Consumo lanzó esta campaña dirigida a la población general y que tenía por objetivo informar de que las personas que sufren enfermedad mental necesitan apoyo, comprensión y respeto. Se difundió a través de anuncios en prensa, radio, televisión, salas de cine, trípticos y carteles informativos.

 - Campaña “Zeroestigma” de FEADES.

 - www.1decada4.es. Promovida por la Junta de Andalucía.

No obstante, no existe evidencia alguna sobre la eficacia de estas campañas dirigidas a la población general. De lo que sí parece haber evidencia es de que parecen no ser tan eficaces como otras acciones dirigidas en el mismo sentido, tales como, el aprendizaje activo, el enfoque a pequeños colectivos (por ejemplo: escuelas) o, sobre todo, el contacto positivo con personas con problemas de salud mental.

Nos encontramos con que es posible sustituir los estereotipos para reducir el estigma pero no es posible todavía encontrar un modo cierto para vincular ese cambio hacia el comportamiento discriminatorio. La forma que ha demostrado ser más eficaz son los enfoques sobre la mejora de conocimientos y actitudes combinadas con el contacto positivo. Los que menos éxito parecen tener son los enfoques basados exclusivamente en la protesta.

Por poner sólo un ejemplo de lo difícil que resulta obtener resultados con estas campañas baste el estudio post-test de la campaña sobre sensibilización y eliminación de prejuicios hacia las personas con enfermedad mental impulsada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2005, en el que destacan algunas de sus conclusiones:

- El 71% de los 450 individuos consultados en la muestra, no recuerda espontáneamente haber visto u oído la campaña.

- Del 26% que sí lo recuerda espontáneamente, los que recuerdan el lema utilizado “todos somos parte del tratamiento” suponían un 4% (es decir, el 1% de los encuestados).

EL CONTACTO

El contacto con personas con patología mental junto con la educación constituyen las dos acciones más eficaces para luchar contra la estigmatización.

REGULACIONES LEGISLATIVAS

Sin duda los cambios más importantes sobre el comportamiento de las personas en cualquier sociedad y respecto a cualquier tema son los que dimanen de las disposiciones legislativas. Puede ser que no modifiquen ni las etiquetas, ni los estereotipos ni los prejuicios hacia el objeto legislado, pero sí la conducta discriminatoria hacia él.

Al igual que por ejemplo la mejor manera de reducir los accidentes de tráfico y las velocidades medias en las carreteras españolas ha sido la regulación legislativa en materia de infracciones y sanciones, una de las formas más eficaz de reducir la discriminación hacia personas con enfermedad mental es la aprobación de normativas que exijan su no discriminación en sus derechos como ciudadanos y las consecuentes sanciones que se derivan de no cumplir dichas exigencias.

El mayor ejemplo de todo ello lo encontramos en la DDA (Disability Discrimination Act) aprobada en Reino Unido en el año 1995, que prohíbe expresamente la discriminación a personas con problemas de salud mental. Esta ley que ha generado un gran número de sentencias y jurisprudencia que no obstante solo son a favor del presunto perjudicado en el 18% de las demandas presentadas, muy por debajo de las demandas en relación con problemas auditivos (29%) o diabetes (39%).

La aplicación de estas leyes de protección de personas con enfermedades mentales, no obstante, encuentra importantes resistencias, entre las que destacan:

- Resistencias de los propios pacientes, que encuentran importantes beneficios derivados fundamentalmente de la exención de responsabilidades sociales.
- Resistencias de los familiares derivadas de actitudes sobreprotectoras.
- Resistencias de los profesionales, que derivan ciertas responsabilidades hacia el sistema judicial o familiar (como en el caso de los tratamientos ambulatorios involuntarios).
- Resistencias del sistema judicial, con muestras de recelo hacia personas con enfermedad mental, ante las que muestran una especial prevención.
- Resistencias del sistema sanitario, siempre con retraso en la aplicación de las leyes sanitarias básicas en la atención a la salud mental (baste recordar lo establecido en el artículo 20 de la ley general de sanidad respecto al ingreso en hospitales generales).

Todo ello provoca un cruce de responsabilidades y resistencias que dificultan enormemente la correcta aplicación de unas disposiciones legales que en el caso español son más que suficientes para garantizar la igualdad de derechos entre una persona con enfermedad mental y otra con enfermedad de otro tipo.

PROGRAMAS INTEGRALES DE INCLUSIÓN SOCIAL

El mejor ejemplo de este tipo de programas es el realizado en el Reino Unido, con un importante esfuerzo por la reducción de la exclusión social entre adultos con problemas de salud mental, apoyado directamente por el Primer Ministro desde 2003. En este marco, en 2005, se lanzó un plan a cinco años. Las acciones que incluye el plan contemplan:

- Información a los empresarios, a los medios de comunicación y a los jóvenes.
- Enseñanza en las escuelas.
- Servicios jurídicos para la promoción de igualdad de oportunidades.
- Promoción de la capacitación para el trabajo bajo un modelo de colocación y apoyo individuales centrado más en la colocación y mantenimiento del trabajo que en la formación o empleo protegido.
- Programas especiales para la reincorporación laboral después de un primer episodio de trastorno mental.
- Formación específica para personal de las oficinas de empleo.
- Apoyar la puesta en marcha de negocios propios de personas con enfermedad mental.
- Eliminación de barreras para la pertenencia a jurados.
- Colaboración con responsables de políticas de vivienda para evitar desahucios innecesarios.
- Planificación del transporte público teniendo en cuenta las necesidades de este colectivo.

EMPODERAMIENTO

Existe consenso en que una de las acciones más importantes a realizar al respecto del estigma en general y el autoestigma en particular es el empoderamiento, esto es, afianzar la seguridad en sí mismo de las personas con problemas de salud mental y sus posibilidades de vida normalizada.

Un gran ejemplo de ello nos lo proporciona la Dra. Rachel Perkins, responsable de los servicios de salud mental de adultos para una población de un millón de personas en el sudoeste de Londres, que a su vez padece trastorno bipolar y sigue utilizando como usuaria los servicios de salud mental. De su experiencia se constata en primera persona las dificultades para reincorporarse al trabajo una vez superada una crisis y cómo a través de un adecuado empoderamiento estas dificultades pueden ser superadas.

OTRAS ESTRATEGIAS

Uno de los mayores expertos en discriminación de personas con enfermedad mental (y en salud mental en general), Graham Thornicroft, nos recuerda que ningún país, sociedad o cultura considera a las personas que padecen enfermedades mental igual que a las que no las padecen y que la enfermedad mental es, de todas las enfermedades, la más estigmatizante.

Thornicroft proporciona una valiosa guía de actuaciones a realizar con los pacientes y sus familiares, con sus lugares de trabajo y con las políticas sanitarias, sociales y generales a nivel local y nacional.

REFLEXION FINAL

El estigma no es propio de las personas con problemas mentales, es un fenómeno social que la humanidad ha sufrido, sigue y seguirá sufriendo independientemente de tiempos y lugares en multitud de colectivos: mujeres, personas de otras razas, de otros países, culturas, religiones y un largo etcétera.

Por tanto, no podemos pecar de ingenuos. La humanidad, a lo largo de toda su historia, viene estigmatizando de manera sistemática a “lo diferente” en general (y lo sigue haciendo a día de hoy), y a las enfermedades mentales en particular. Esto ha sido así hasta el punto de convertirse casi (por expresarlo en términos junguianos) en un arquetipo que parece formar parte ya de nuestro inconsciente colectivo. En este sentido, no podemos pretender cambiar en unas décadas lo que se ha ido forjando a través de miles de años. El cambio, como todos los que se han ido sucediendo en la historia (abolición de la esclavitud, derecho de sufragio de mujeres, igualdad de derecho de homosexuales, etc.), se producirá progresivamente (incluso habrá momentos de cierta involución o regresión de los logros alcanzados), de manera lenta y con mucho esfuerzo por parte de todos. No podemos, por tanto, esperar cambios radicales y sí dedicar mucho esfuerzo (no siempre recompensado) para ir, entre todos, avanzando en este difícil camino hacia la normalización de las personas con problemas mentales, teniendo siempre claro que de poco servirán los esfuerzos terapéuticos y rehabilitadores si la comunidad no desea que se integren.

Desarrollo

Visto este análisis pormenorizado y dentro de las competencias de la Dirección General de Asistencia Sanitaria, se desarrollarán intervenciones que favorezcan, aún con las limitaciones expuestas, la máxima eliminación de actitudes que estigmatizan, discriminan o excluyen a personas por el hecho de padecer una enfermedad mental. Entre estas acciones están las siguientes:

- Asegurar la participación, opinión y decisión de la persona con enfermedad mental en su propio proceso asistencial, reflejando éstas en la historia clínica y documentación relacionada de cada usuario.

- Favorecer y asegurar la participación de usuarios y familiares, tanto a título individual como asociados, en aquellos procesos de planificación y establecimiento de estrategias en materia de salud mental. Tanto a través de sistemas organizados, como el Consejo Asesor de Salud Mental, como mediante otros canales participativos (grupos focales, comunicación telefónica o email, etc.)
- Adaptar y/o reformular todos los procedimientos administrativos, asistenciales, de accesibilidad, de información, etc. de tal manera que no resulten discriminadores o estigmatizadores.
- Proporcionar formación a los profesionales sanitarios en materia de prevención y lucha contra la estigmatización de la salud mental.
- Colaborar en intervenciones para la sensibilización en la lucha contra el estigma de la administración pública y colaborar con iniciativas en otros ámbitos (educativo, social, laboral, judicial, medios de comunicación, etc.).
- Colaborar con cualquier actividad o intervenciones para la sensibilización sobre el estigma de la enfermedad mental dirigidas a población general, ya sean organizadas por las administraciones públicas, movimientos asociativos o entidades relacionadas con la materia.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o
Implantación y registro de opinión del usuario, y decisión compartida.										
Formación y capacitación para familiares y cuidadores.										
Participación de usuarios y familiares en procesos de planificación.										
Elaboración de material informativo para medios de comunicación, fuerzas de seguridad, servicios sociales, instituciones laborales...										
Elaboración de un programa anual, en colaboración con entidades, para sensibilización e información sobre la enfermedad mental.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Implantación y registro de opinión del usuario, y decisión compartida.	Auditoria de historias: % en las que se recoge la preferencia de los pacientes.
Formación y capacitación para familiares y cuidadores.	Auditorias de historias: % en las que se recoge la información que se da a las familias. Número de sesiones grupales para familias.
Participación de usuarios y familiares en procesos de planificación.	Convocatorias de órganos de participación. Atención a la demanda de participación por otros canales.
Elaboración de material informativo para periodistas, fuerzas de seguridad, servicios sociales, instituciones laborales...	Número de documentos focalizados para los distintos grupos de interés.
Elaboración de un programa anual, en colaboración con entidades, para sensibilización e información sobre la enfermedad mental.	Programa anual elaborado y consensuado.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
<i>Recursos materiales</i>
Los necesarios para el soporte de las intervenciones referidas (elaboración de material informativo, programas de sensibilización, etc.)
<i>Recursos humanos</i>
La dedicación que se estime necesaria de profesionales del Salud y el Departamento de Sanidad para el diseño y puesta en marcha de las intervenciones referidas.

Proyecto 18 SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 4 Facilitar la toma de decisiones clínicas y de gestión disponiendo de un SISTEMA DE INFORMACIÓN FIABLE Y ÚTIL	4.1 Disponer de una historia clínica electrónica, única y compartida por todos los profesionales de salud mental. 4.2 Disponer de un registro de pacientes con TMG. 4.3 Acceso de los profesionales autorizados de salud mental a la prescripción electrónica. 4.4 Disponer de un sistema informático de seguimiento para la planificación, seguimiento y evaluación de los pacientes en procesos de rehabilitación. 4.5 Disponer de cuadros de mando con información clínica que permitan establecer prioridades y conocer sus resultados para cada Unidad asistencial.

Introducción

En la actualidad no se entiende una organización que no mida y evalúe sus acciones y que no apoye éstas en los desarrollos tecnológicos.

En el ámbito de la atención a la salud mental se cuenta con antecedentes en algunas Comunidades Autónomas, como son los registros acumulativos de casos, fuente de información básica para evaluar el funcionamiento de las organizaciones sanitarias.

Así se ha dispuesto de una información precaria principalmente sobre incidencia y prevalencia de patología, actividad de dispositivos y equipos, y datos derivados del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) procedente de la hospitalización.

En Aragón estaba pendiente la implantación de un sistema de información de salud mental unificado, que dé respuesta a necesidades de gestión, coordinación, asistencia y epidemiología.

De igual modo, es una necesidad desarrollar e implantar la historia clínica electrónica en el ámbito de la salud mental.

Justificación

Uno de los grandes déficit de la atención a la salud mental es su evaluación, nunca se ha dispuesto de una información fiable, longitudinal, que abarque todo el territorio, y que se apoye en sistemas informáticos y aplicaciones adecuadas.

Otra dificultad, subyacente a la falta de implementación de las TIC en salud mental, es la falta de información compartida entre profesionales de diferentes dispositivos y ámbitos de atención a la salud, lo que repercute negativamente en la continuidad asistencial y seguimiento de los pacientes.

Las patologías psiquiátricas graves son complejas y requieren respuestas desde ámbitos diversos, no sólo el sanitario, también desde las organizaciones de servicios

sociales, educativas, judiciales, laborales, etc., por todo ello debemos encontrar apoyo en sistemas de información adaptados a dicha complejidad, que conecte y evalúe intervenciones tan diversas.

Las respuestas asistenciales y rehabilitadoras, además de otras prestaciones como puede ser el alojamiento supervisado, al trastorno mental grave, se debe facilitar desde diversos equipos y dispositivos, públicos y concertados, que deben coordinarse y trabajar de un modo colaborativo. Esto no será posible si no se dispone de información común, y la forma idónea de registrarla y transmitirla es mediante los sistemas de información.

Sistemas que son imprescindibles también para la gestión de los recursos propios y concertados, para medir y optimizar las intervenciones.

Es por todo esto que se considera prioritario la puesta en marcha de este programa, como apoyo a otros desarrollos asistenciales y de gestión de la salud mental en Aragón.

Desarrollo

Tradicionalmente los sistemas de información, en coherencia con los objetivos de los sistemas sanitarios en los últimos años, han estado orientados a conocer el volumen de actividad y costes económicos de las mismas. A lo más y a través de las llamadas políticas de calidad se han evaluado los procesos asistenciales en relación con la evidencia y las guías clínicas.

Cambiar el paradigma de los sistemas sanitarios y establecer como objetivos la pertinencia de las acciones, la búsqueda de resultados en un entorno de autonomía de los profesionales y de decisión compartida con los pacientes obliga al desarrollo de sistemas de información, modelos de evaluación y aplicación de las tecnologías muy distintas a los actuales.

Los objetivos de las herramientas que se proponen en el proyecto son los siguientes:

- Valorar la pertinencia de las actuaciones.
- Conocer los resultados de los programas y proyectos.
- Garantizar la continuidad de la asistencia.
- Suministrar información clínica y operativa a los profesionales.
- Suministrar información útil a pacientes y cuidadores.

El proyecto incluye el desarrollo de aplicativos informáticos propios o la adaptación e incorporación a los ya existentes, que nos permitirá:

- Tener un registro acumulado, con una información básica, de personas con TMG.
- Realizar y registrar, por el equipo de la USM, la valoración de las diferentes áreas clínicas y sociales de personas con TMG.
- Derivar al paciente que lo precise a un Proceso Rehabilitador, prestado por dispositivos propios o concertados.
- Realizar el seguimiento, compartir información y acordar intervenciones entre la USM y los equipos rehabilitadores.
- Disponer, los profesionales implicados en cada caso, de información sobre objetivos que se establecen para el paciente, las actuaciones terapéuticas que se realizan y la evaluación de las mismas.

- Acceso rápido a información clínica básica de salud mental para otros ámbitos sanitarios (atención primaria, especializada y de urgencias extrahospitalarias).
- Realizar la gestión de la acción concertada en materia de procesos rehabilitadores en salud mental y alojamiento supervisado.
- Explotación de datos acumulados para la gestión, planificación e investigación.

Los sistemas de información que se van desarrollar son los siguientes:

- Agendas con actividad estandarizada para los profesionales de las USM en aplicación HP-HIS.
- Registro de Trastorno Mental Grave (TMG) en formulario de Historia Clínica electrónica.
- Proceso de valoración y derivación a rehabilitación por parte del equipo de la USM, en formulario de historia clínica electrónica.
- Aplicación informática independiente para la entrada, actividad, seguimiento y alta en Procesos Rehabilitadores (PPR).
- Sistema de interconsulta virtual, para comunicación y colaboración entre salud mental y atención primaria.
- Historia clínica electrónica para salud mental.

Su desarrollo, fase de pruebas, implementación, será progresiva, facilitando la incorporación de estas herramientas a los centros en función de las peculiaridades de cada uno, con la consiguiente dotación de medios tecnológicos y recursos humanos que se precise.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o
Registro de Trastorno Mental Grave (TMG).										
Agendas de profesionales de las USM en aplicación HP-HIS.										
Proceso de valoración y derivación a rehabilitación desde USM.										
Aplicación informática independiente para la entrada, actividad, seguimiento y alta en Procesos Rehabilitadores (PPR).										
Sistema de interconsulta, para comunicación y colaboración entre salud mental y atención primaria.										
Historia clínica electrónica para salud mental.										

 Diseño y planificación
  Desarrollo
  Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Registro de Trastorno Mental Grave (TMG).	Implantación 2017 Número de registros por sector y unidad

	% de pacientes en proceso de rehabilitación con registro
Agendas de profesionales de las USM en aplicación HP-HIS.	% de consultas con agenda en HIS
Proceso de valoración y derivación a rehabilitación desde USM.	% de pacientes derivados a la red de rehabilitación con informe de la USM. % de pacientes en el proceso de rehabilitación que son evaluados semestralmente por la USM
Aplicación informática independiente para la entrada, actividad, seguimiento y alta en Procesos Rehabilitadores (PPR).	Implantación 2018 % de Centros con el programa instalado % de pacientes en proceso de rehabilitación incluidos en el programa
Sistema de interconsulta, para comunicación y colaboración entre salud mental y atención primaria.	Implantación 2018 Porcentaje de derivaciones/colaboraciones realizadas a través de interconsulta virtual
Historia clínica electrónica para salud mental.	Implantación 2019 Número de HCE abiertas

Recursos necesarios

Infraestructuras

No se precisan.

Recursos materiales

Adecuación de equipos informáticos y conexión de red en las USM, y centros propios de rehabilitación y hospitalización.

Homologación de dispositivos informáticos y redes de entidades rehabilitadoras para que les permita el uso del aplicativo que se implante.

Recursos humanos

Dotación de profesionales, con dedicación total o parcial, para la implementación, soporte técnico y administrativo y para explotación de la información generada.

Acreditación de usuarios para regular el acceso a los sistemas de información, tanto para profesionales propios como para los de entidades rehabilitadoras.

Proyecto 19
ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL.

Líneas estratégicas	Objetivos
<p>Línea Estratégica 2 Garantizar la autonomía y desarrollo de las personas con trastornos de salud mental mediante una ATENCIÓN DE CALIDAD, INTEGRAL, CON CONTINUIDAD Y COMUNITARIA.</p>	<p>2.14 Definir la cartera de servicios de todos los dispositivos de salud mental y de sus equipos, facilitando su conocimiento a la población general.</p> <p>2.7 Mejorar y consolidar la coordinación con el Servicio de Atención a la Infancia y Adolescencia, Departamentos de Orientación de Educación y los Centros de Prevención Comunitaria.</p>
<p>Línea Estratégica 5 Facilitar un entorno que favorezca el DESARROLLO; AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.</p>	<p>5.1 Regular la red de Unidades de Atención a la Salud Mental y Adicciones en Aragón.</p> <p>5.2 Establecer para cada proceso asistencial los límites, actuaciones y resultados de cada Unidad.</p> <p>5.3 Regular las comisiones y comités profesionales para la toma de decisiones clínicas y de atención a los pacientes.</p> <p>5.4 Disponer de Acuerdos Clínicos con todas las Unidades que participan en los procesos de atención a los pacientes.</p>

Introducción

El desarrollo de la política en salud mental, como un conjunto que incluye modelo asistencial, valores, principios y objetivos, debe plasmarse en un plan estratégico de salud mental, y necesita del apoyo de una organización que regule los recursos humanos, materiales, programas y procesos asistenciales.

Esta organización que respalde la política en salud mental del Departamento de Sanidad debe garantizar en todo caso el desarrollo de la misma, la coordinación entre distintos niveles y ámbitos asistenciales, la participación activa de usuarios y sus familias, y ejercer la representación institucional del área de salud mental.

Se entiende esta organización como un equipo de profesionales con experiencia en la materia, con suficiente apoyo para la gestión, y los órganos de coordinación que se precisen, en forma de comisiones, grupos de trabajo, consejos para el asesoramiento, etc. Las funciones principales de dicho equipo son desarrollar, implementar, gestionar, controlar y evaluar la política, los planes estratégicos y los programas.

Justificación

El Sistema de Salud de Aragón cuenta, para la asistencia en salud mental, con una serie de dispositivos comunitarios (USM, USMIJ y UASA), otros para la hospitalización total o parcial y los destinados a la rehabilitación e inserción social y laboral, alojamientos supervisados y Comunidad Terapéutica. Para garantizar la equidad, cobertura y accesibilidad se encuentran, en lo posible, territorializados según la ordenación en Sectores de la oferta sanitaria.

La existencia de múltiples dispositivos, equipos y programas, tanto clínicos como psicosociales, hace que puedan surgir problemas de coordinación, de responsabilidades mal delimitadas o de falta de adecuación a las necesidades de cada paciente.

Hasta ahora las unidades y servicios de salud mental, al igual que el resto de la oferta sanitaria, la dirección se ha basado en principios gerenciales incorporados en las últimas décadas del siglo pasado. Este modelo, abandonado ya en los sistemas sanitarios que lo impulsaron, ha demostrado que no resuelve los equilibrios de poder entre la empresa (aseguradora de los ciudadanos) y quien lo ejerce (profesionales sanitarios). No se aborda la adecuación de la arquitectura de la oferta y tampoco la práctica clínica. Se limita la utilización de recursos por parte de los profesionales basándose únicamente en criterios de eficiencia económica. Todo ello trae como consecuencia importantes conflictos laborales y una mayor desafección de los profesionales respecto al sistema. Conclusiones que también podrían aplicarse a los procedimientos, tan en boga, aplicados a la práctica clínica como certificaciones, acreditaciones, modelos de calidad, etc. En resumen, gestión y procedimientos empresariales que no responde a la complejidad de organizaciones profesionales con servicios imposibles de estandarizar y con un importante grado de incertidumbre en su aplicación^{109, 110, 111}

Gestionar lo esencial condiciona la organización gerencial y convencional de los métodos utilizados durante la fase de “empresa” de los centros y servicios regionales. Cuando hablamos de hacer más clínica la gestión¹¹² “queremos expresar que el trabajo gerencial y directivo de la red sanitaria y de los centros, debe incorporar decididamente la dimensión clínica y productiva (y no sólo la de asignación financiera, control de actividad y costes y resolución de incidencias). Se trata de buscar métodos que vinculen las acciones de todo el sistema con el objetivo de mejora en salud y capacidad de respuesta”.

La figura de dirección externa de los centros por expertos gestores que controlan lo que se hace, lo que se gasta o lo que se invierte, debe ser sustituida por otro tipo de experto interno en asistencia sanitaria, con conocimientos clínicos, que ayude al profesional a mejorar los resultados.

Situar las estrategias de cambio en los microsistemas, dotándoles de autonomía y responsabilidad, tener como objetivo la mejora de salud (pertinencia de los servicios y de la oferta), trabajar en un proyecto que integre todas las dimensiones de la actividad asistencial de los profesionales sanitarios y en el que se relacione resultados, costes y satisfacción del paciente, son constantes en prácticamente todas las propuestas para una nueva gestión de los sistemas sanitarios.

Estos nuevos principios y criterios deberían regir la ordenación de la oferta de servicios de salud Mental, considerando:

¹⁰⁹Martín JJ. *Formas directa e indirecta de gestión institucional en centros y servicios sanitarios*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad.

¹¹⁰Porter ME, Teisberg E. *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Harvard Business School Press. 2006.

¹¹¹Berwick DM, Feeley D, Loehrer S. *Change from the Inside Out: Health Care Leaders Taking the Helm*. JAMA. 2015 May; 313 (17): 1707-1708.

¹¹²Repullo JR. *Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios*. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012.

- Cada una de las Unidades como el núcleo de la organización, con autonomía responsabilidad y objetivos pertinentes y bien definidos
- La implantación de la gestión por procesos como forma de relacionarse las distintas unidades, 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 interdisciplinar, integrando los procedimientos clínicos con los administrativos y logísticos en busca de la efectividad, y evaluando los procesos en todas sus fases y niveles.
- La necesidad de una coordinación claramente profesional y que sustituya a procesos jerarquizados y basado en criterios administrativos. Siendo necesario establecer los distintos grados de coordinación, comisiones y responsables bajo una perspectiva clínica y profesional.

Desarrollo

La organización asistencial de Salud Mental de Aragón.

La organización asistencial de Salud Mental de Aragón representa el conjunto de recursos sanitarios (humanos, tecnológicos y materiales) y organizativos del Sistema de Salud de Aragón implicados en los procesos asistenciales, que conforman la cartera de servicios de salud mental, y que incluyen: diagnóstico, tratamiento, cuidados, recuperación personal e inserción social y laboral de las personas con problemas de salud mental y/o de adicción a drogas.

La atención se presta en diversos centros y servicios de Salud Mental de Aragón, propios o concertados por el Departamento de Sanidad y el Servicio Aragonés de Salud, como: Unidades de Salud Mental de adultos e infantojuvenil, unidades de hospitalización total, hospitales de día, unidades especializadas, psicosomática y enlace, centros de día, centros de inserción laboral y equipos de apoyo social comunitario, alojamiento supervisado, unidades y/o programas de atención y seguimiento de adicciones, comunidades terapéuticas de deshabituación.

Procesos Asistenciales.

Los Procesos Asistenciales constituyen una atención centrada en la persona y contando con su participación, opinión y decisión, con enfermedad mental y/o adicciones, que tiene por finalidad su recuperación. Dicha atención incluye, de manera integrada, actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación, desarrolladas por equipos interdisciplinares con una visión continua y compartida del trabajo asistencial, utilizando para ello los recursos idóneos.

Los Procesos Asistenciales deben integrar y coordinar los diferentes ámbitos de atención a la enfermedad mental y/o adicciones:

- Promoción, diagnóstico temprano y continuidad asistencial.
- Los equipos de atención primaria deben ser responsables de la promoción de salud mental, diagnóstico temprano y resolución del malestar psicosocial y trastornos comunes. Garante de la continuidad asistencial (mental y física de todos los procesos).

Atención comunitaria:

La Unidad de Salud Mental es el servicio especializado para la atención ambulatoria de la enfermedad mental y la UASA para atención a adicciones, ambas en el ámbito comunitario, para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, en sinergia con los equipos de Atención Primaria, y son el referente del paciente a lo largo de todo su proceso asistencial.

Atención en hospitalización:

Cuando la situación clínica del paciente, con enfermedad mental y/o adicciones, lo requiera se dispondrá de recursos para su hospitalización parcial, en hospital de día, o total tanto de corta como de media, larga estancia y psicogeriatría. Así como de otras unidades específicas como las desarrolladas para trastornos de la personalidad y de conducta alimentaria.

Cualquiera de las modalidades de hospitalización deberá coordinarse con la Unidad de Salud Mental de referencia del paciente para asegurar la continuidad de su proceso asistencial.

Programas para la rehabilitación e inserción psicosocial y laboral:

Los programas de rehabilitación e inserción psicosocial y laboral para personas con enfermedad mental grave deben dar respuesta a déficits y discapacidades generadas por la misma y que afectan a su desenvolvimiento autónomo en las diferentes áreas de la vida personal y social.

Integran recursos materiales y personales, procedimientos asistenciales y de transmisión de la información, coordinación entre equipos y dispositivos, seguimiento clínico y administrativo de las intervenciones y la evaluación de los indicadores que se determinen.

Alojamientos supervisados:

Cuando la situación clínica y funcional de la persona con enfermedad mental grave no permita su mantenimiento en su residencia habitual, se facilitarán alternativas de alojamiento supervisado, que podrán ser: piso supervisado, residencia de salud mental, y en caso necesario alojamiento supervisado en residencia normalizada o alojamiento supervisado en pensiones normalizadas.

La Comunidad Terapéutica es un recurso específico para personas con adicciones, con o sin enfermedad mental comórbida, que precisen ingreso para deshabituación y rehabilitación. La derivación a este recurso se podrá realizar desde las unidades y/o programas de atención y seguimiento de adicciones.

Plan Personal de Recuperación:

En el proceso asistencial de aquellas personas con TMG, susceptibles de derivación desde la USM a unidades de hospitalización y/o programas para la rehabilitación e inserción psicosocial y laboral, se dispondrá un Plan Personal de Recuperación para cada persona, acumulará toda la información generada a lo largo de su proceso y que tendrá soporte informático accesible a todos los profesionales que lo precisen.

Incluirá como información mínima: valoración del equipo de la Unidad de Salud Mental y valoración del equipo rehabilitador, objetivos de recuperación, intervenciones propuestas (con responsable, dispositivo e indicadores), histórico de acciones realizadas y evaluación de cumplimiento de objetivos.

Salud Mental Infantojuvenil.

Para pacientes menores de 18 años, la atención ambulatoria se sitúa en las Unidades de Salud Mental Infantojuvenil, de manera análoga a la atención en adultos, con la salvedad que suponen la relevancia de aspectos como la prevención y promoción de la salud mental en edades tempranas, la orientación diagnóstica evitando el estigma, y la necesidad de intervenciones específicas, con la indispensable coordinación con otros ámbitos (familiar, social, escolar, judicial, etc).

La hospitalización, si es necesaria, se realizará en la unidad de corta estancia infantojuvenil. Se dispone de otros recursos específicos, como Centro de Día infantojuvenil y Unidad de Trastornos de Conducta Alimentaria, así como otros dispositivos que se desarrollarán para completar la oferta asistencial en esta área.

Unidades Clínicas/Atención y Acuerdos Clínicos

La gestión profesional de todos los procesos así como la evaluación de resultados se sustenta sobre unidades clínicas o de atención a la salud mental.

Las Unidades Clínicas y de Cuidados pueden conceptuarse como equipos de trabajo con las siguientes dimensiones:

- Permanentes en el tiempo.
- Formales: Previstos por la Organización, orientados hacia sus objetivos y formando parte del organigrama de la misma.
- Con finalidad múltiple: De producción ya que realizan conjuntamente determinadas tareas y de cambio y desarrollo organizacional al aceptárseles su influencia en los cambios a realizar en todos los niveles de la Organización.
- Con influencia en las decisiones que abarcan a diversos colectivos de profesionales.
- Con capacidad respecto a su propia organización y al proceso de toma de decisiones.
- Con asignación de objetivos.

Estas características se concretan en los siguientes criterios:

- Existencia de un responsable que asume la representación de la Unidad respecto a la Dirección del Centro.
- Responsables por áreas asistenciales, que se establecerán en cada sector sanitario dependiendo de la dimensión de la Unidad, como pueden ser: hospitalización, atención ambulatoria adultos (USM), atención infantojuvenil, coordinación con recursos de rehabilitación, centro de rehabilitación psicosocial, adicciones, etc.
- Disponer de una Cartera de Servicios de productos finales en las Unidades Clínicas y de productos intermedios en las Unidades de Cuidados y que supongan el marco de relación de profesionales y usuarios o pacientes.
- Posibilidad de una asignación de recursos a través de presupuestos de gastos.
- Capacidad de asumir la organización respecto a la oferta de servicios, la utilización de recursos asistenciales, la gestión de los recursos económicos, la gestión de los recursos humanos y orientarlos globalmente hacia el rediseño y la gestión de procesos.
- Poder implantar un sistema de información orientado al balance de resultados de forma que pueda ser comparado con unidades similares.
- Ser fácilmente identificable por los usuarios, permitiendo la elección entre Centros que prestan igual cartera de servicios.
- Con posibilidad de evaluación continua de la calidad.
- Con relaciones con otras Unidades de Gestión posibles de cuantificar y evaluar.
- Deben significar un valor añadido en la relación de los servicios sanitarios con el usuario.

Unidad de Coordinación Autónoma de Salud Mental.

La Unidad de Coordinación Autónoma de Salud Mental es la unidad funcional responsable de la planificación, coordinación, seguimiento, control y evaluación de los Procesos asistenciales en salud mental en Aragón.

Estará constituida por:

- Coordinador autonómico de salud mental.
- Recursos humanos, materiales y técnicos necesarios para el desarrollo de sus funciones.

Los técnicos que formen parte de la Unidad de Coordinación Autónoma serán profesionales con formación y experiencia acreditada en el área de salud mental.

Dicha Unidad está adscrita a la Dirección General de Asistencia Sanitaria desde donde se prestará el apoyo técnico y los recursos necesarios para el desarrollo de sus funciones.

Coordinador Autonómico de Salud Mental.

El Coordinador Autonómico es el responsable técnico de la Unidad de Coordinación Autonómica de Salud Mental, será un profesional con la cualificación y formación adecuada para el cumplimiento de sus funciones, y será designado por el Consejero de Sanidad.

Realizará la representación institucional de la comunidad autónoma de Aragón ante los organismos, convocatorias y comparecencias que se requieran, presidirá la Comisión de Seguimiento de la Salud Mental de Aragón, y colaborará con el Consejo Asesor de Salud Mental de Aragón.

Coordinador de Salud Mental en el ámbito del Sector Sanitario.

Será designado por el Gerente del Sector, oídos la Unidad de Coordinación de Salud Mental, direcciones de centro y responsables de los servicios, jefes de servicio y supervisiones de enfermería, de entre los profesionales de la plantilla de alguno de los dispositivos de salud mental del Sector, que acredite cualificación suficiente, previa valoración de una memoria de gestión.

Presidirá la Subcomisión de Seguimiento de Salud Mental del Sector Sanitario correspondiente.

Cada Sector Sanitario contará con un Coordinador de Salud Mental, que deberá articularse con las figuras de gestión de los diferentes centros y servicios.

Coordinación en las Unidades de la red de Salud Mental.

Cada unidad de la red de Salud Mental contará con una figura designada como Coordinador de Unidad, como referente organizativo y para la gestión de las mismas. Se designará por el Gerente del Sector, oídos la Unidad de Coordinación de Salud Mental, direcciones de centro y responsables de los servicios, jefes de servicio y supervisiones de enfermería, de entre los profesionales de la plantilla de cada Unidad, que acredite cualificación suficiente, previa valoración de una memoria de gestión.

Deberá articularse con las figuras de gestión de los diferentes centros y servicios.

Contará, con responsables por áreas asistenciales, que se establecerán en cada sector sanitario dependiendo de la dimensión de la Unidad, como pueden ser: hospitalización, atención ambulatoria adultos (USM), atención infantojuvenil, coordinación con recursos de rehabilitación, centro de rehabilitación psicosocial, adicciones, etc. Dependerán del Coordinador de cada Unidad.

Comisión Autónoma de Seguimiento de Salud Mental de Aragón.

Constituye un órgano colegiado para la coordinación asistencial y asesoramiento al Departamento de Sanidad, sustituyendo, y ampliando, las funciones de la Comisión para Ingresos y Seguimiento de pacientes en Centros Sanitarios de Rehabilitación de Salud mental y Comunidades Terapéuticas de Deshabitación.

De acuerdo con la estructura territorial del Sistema Aragonés de Salud, esta Comisión se articula en Subcomisiones de Sector, con la finalidad de conseguir una mayor operatividad y proximidad en la gestión de la salud mental.

Subcomisiones de Seguimiento de Salud Mental de los Sectores Sanitarios de Aragón.

En cada Sector Sanitario, y dependiendo de la Comisión Autonómica de Seguimiento de Salud Mental, se constituirá una Subcomisión de Seguimiento de Salud Mental.

Estas Subcomisiones se constituyen como un órgano de coordinación y comunicación entre los profesionales que intervienen directamente en los procesos asistenciales en salud mental y/o adicciones, tanto en adultos como en infantojuvenil, y aquellos otros de diferentes áreas relevantes en esta asistencia (ámbitos social, laboral, educativo, judicial, etc.).

Comisión de Seguimiento de Salud Mental Infantojuvenil de Aragón.

Se crea la Comisión de Seguimiento de Salud Mental Infantojuvenil de Aragón que constituye el órgano máximo de asesoramiento al Departamento competente en materia de sanidad en el ámbito de aplicación de esta norma.

La Comisión de Seguimiento de Salud Mental de Aragón Infantojuvenil estará presidida por el Coordinador Autonómico de Salud Mental, y participarán los responsables de salud mental infantojuvenil de los sectores y los profesionales / responsables de equipos o centros que se considere oportuno convocar según los casos y temas a tratar.

Esta comisión se reunirá de forma ordinaria con periodicidad bimestral. A propuesta del Presidente podrán celebrarse las reuniones extraordinarias que se estimen oportunas.

Colaboración y coordinación con otros ámbitos.

Dada la complejidad de la enfermedad mental, la importancia de su trabajo preventivo y la necesidad de complementar el trabajo asistencial, que implica no sólo el ámbito de la salud sino el social, familiar, laboral, educativo, judicial, etc., debe favorecerse la comunicación desde la Unidad de Coordinación Autonómica de salud mental, con: IASS, Dirección General de Salud Pública, Educación, Administración de Justicia, Asociaciones de usuarios y familiares, Ayuntamientos y Comarcas y todos aquellos otros recursos que se considere oportunos.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre	1 ^{er}	2 ^a	1 ^{er}	2 ^a	1 ^{er}	2 ^a	1 ^{er}	2 ^a	
Desarrollo de la organización de la red de salud mental.										

Identificación de las Unidades Clínicas y de Atención.									
Acuerdos de Gestión Clínica.									

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Regulación mediante Orden de la organización asistencial de Salud Mental de Aragón.	Orden publicada en 2017.
Coordinador Autonómico de Salud Mental.	Nombramiento realizado en 2017.
Coordinadores de las diferentes áreas que se estime en cada uno de los sectores sanitarios.	Nombramientos realizados en 2018.
Coordinadores de Unidad de la red de Salud Mental.	Nombramientos realizados en 2018.
Comisión Autonómica de Seguimiento de Salud Mental de Aragón.	Comisión constituida en 2017.
Subcomisiones de Seguimiento de Salud Mental de los Sectores Sanitarios de Aragón.	Subcomisiones constituidas en 2017.
Comisión de Seguimiento de Salud Mental Infantojuvenil de Aragón.	Comisión constituida en 2017.
Unidades Clínicas y de Atención	Constituidas las unidades en 2018.
Acuerdos de Gestión Clínica y de Atención.	Implantación de los acuerdos en 2018.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
No se precisan
<i>Recursos materiales</i>
No se precisan
<i>Recursos humanos</i>
No se precisan

Proyecto 20 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN.	
Líneas estratégicas	Objetivos
Línea Estratégica 3 Facilitar mediante la participación, la información y la colaboración con entidades y asociaciones, la AUTONOMIA Y LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	3.1 Ofrecer formación a los profesionales de Salud Mental para que favorezcan la toma de decisiones, la autonomía de los pacientes y aseguren el apoyo a los derechos de los usuarios
Línea Estratégica 5 Facilitar un entorno que favorezca el DESARROLLO; AUTONOMIA Y RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES.	5.5. Diseñar en colaboración con el IACS un programa de formación e investigación asequible a todos los profesionales.

Introducción

Este proyecto trata de impulsar la formación continuada de los profesionales de salud mental y la investigación que se realice en esta área.

La formación debe responder a necesidades identificadas en los profesionales y también a las líneas estratégicas propuestas desde el Departamento de Sanidad, para dar soporte a nuevas intervenciones, utilización de sistemas de información y al consenso entre actuaciones para unificar criterios en la oferta asistencial de salud mental.

La investigación se favorecerá desde el Departamento de Sanidad, canalizándose las propuestas a través de las entidades que presten apoyo, fundamentalmente el IACS.

Justificación

El trabajo clínico de calidad de los profesionales en salud mental se sustenta, entre otras cosas, en una formación y actualización en conocimientos permanente, a ello se debe contribuir desde las organizaciones facilitando el esfuerzo personal en esta área y por otro lado proporcionando oferta formativa alineada con las estrategias de desarrollo, en este caso de las que se van a impulsar desde el Departamento de Sanidad.

La formación continuada ofertada anualmente por el Servicio Aragonés de Salud, se complementará con aquella que, desde el desarrollo de este Plan de Salud Mental se estime necesaria para favorecer y facilitar los objetivos marcados en las líneas estratégicas.

De igual modo se potenciará la investigación, con los suficientes apoyos metodológicos, organizativos y logísticos, que se oriente a la aplicabilidad en práctica asistencial en salud mental. Para ello se establecerán líneas preferentes para el Departamento, que marcaran la prioridad que seguirán los proyectos de investigación.

También se facilitará, dentro del desarrollo del Programa de Apoyo a las Iniciativas de Mejora de la Calidad en Salud, aquellas propuestas que vayan en la línea de los contenidos de este Plan.

Desarrollo

Colaborar con las iniciativas en materia de formación e investigación del Departamento de Sanidad, SALUD e IACS.

Se colaborará con las iniciativas, tanto las institucionales como las que son a propuesta de los profesionales, en materia de formación e investigación del Departamento de Sanidad, SALUD e IACS:

- Formación sanitaria especializada (con las Unidades Docentes de MIR (Psiquiatría), PIR (Psicología Clínica) y EIR (Enfermería en Salud Mental).
- Formación continuada de las profesiones sanitarias.
- Programa FOCUSS.
- Programa de Formación para el Empleo en la Administración Pública.
- Iniciativas y líneas de investigación con apoyo del IACS.

Programa para la formación continuada orientada a dar soporte a los proyectos del Plan de Salud Mental.

- Formación para el manejo de las aplicaciones de los sistemas de información (Registro TMG, Historia Clínica electrónica, Plan Personal de Recuperación, interconsulta virtual, etc.).
- Formación en salud mental sobre el modelo de la Recuperación.
- Difusión y asesoramiento en protocolos, procesos e intervenciones concretas que se deriven de la puesta en marcha de los Proyectos de este Plan.

Programa de formación continuada e investigación entre atención primaria y salud mental

- Establecer un programa de formación continuada desde Salud Mental dirigido a los profesionales de Atención Primaria, que ofrezca formación clínica especialmente en entrevista clínica psiquiátrica, algoritmos diagnósticos, manejo de urgencias psiquiátricas, prevención de suicidio, manejo básico de psicofármacos y técnicas de psicoterapia como terapia de resolución de problemas, consejo terapéutico y terapia de apoyo.

- Establecer un programa de formación continuada desde Atención Primaria hacia profesionales de Salud Mental con especial énfasis en el manejo clínico y cuidados de las patologías somáticas más prevalentes y su comorbilidad con la patología psiquiátrica.
- Realizar sesiones clínicas conjuntas sobre los casos clínicos psiquiátricos de mayor prevalencia y/o con especiales dificultades de manejo clínico a nivel de Atención Primaria, incluyendo la posibilidad de supervisión de casos clínicos grabados en video.
- Promoción de la investigación conjunta entre Atención Primaria y Salud Mental.

Cronograma										
Acción	año		2017		2018		2019		2020	
	semestre		1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o	1 ^o	2 ^o
Formación en salud mental sobre el modelo de la Recuperación.										
Programa de formación continuada e investigación entre atención primaria y salud mental.										

Diseño y planificación
 Desarrollo
 Implementación y evaluación

Indicadores	
Acción	Indicador
Formación en salud mental sobre el modelo de la Recuperación.	Finalizado en 2017. Grado de satisfacción de los participantes.
Programa de formación continuada e investigación entre atención primaria y salud mental.	Finalizado en 2018. Grado de satisfacción de los participantes.

Recursos necesarios
<i>Infraestructuras</i>
<i>Recursos materiales</i>
Los que se estimen necesarios en función de las actividades programadas anualmente.
<i>Recursos humanos</i>
Los que se estimen necesarios en función de las actividades programadas anualmente.

5. MEMORIA ECONÓMICA

La estimación de los recursos económicos que se recogen debe considerarse como provisionales hasta que se desarrollen completamente los proyectos recogidos en el Plan de Salud Mental y se valore la necesidad de nuevos recursos.

Suficiencia de Recursos Humanos. Criterios de Ordenación

		Retribuciones	Capítulo I	Gasto corriente	Inversión
USM: Adultos - Infantojuvenil					
Psiquiatras	19	45.163,20	858.100		
Psicólogos	28	45.163,20	1.264.569		
Enfermeras	52	26.787,02	1.392.925		
TCAE	17	25.708,94	437.051		
Trabajadores Sociales	10	20.064,56	200.645		
Administrativos	19	45.163,20	858.100		

Rehabilitación

	Retribuciones	Capítulo I	Gasto corriente	Inversión
Nuevos centros				
Corta estancia HUMS			250.000	
Corta estancia H. Defensa			250.000	
Media estancia CRP NSP			300.000	
C.D. Fraga			150.000	
C. D. Jaca			150.000	
Residencia jóvenes			350.000	
Residencia Discapacidad-TMG			350.000	

Digitalización

	Retribuciones	Capítulo I	Gasto corriente	Inversión
Aplicaciones				
Registro TMG				
Rehabilitación			200.000	
HCE			250.000	

Formación

	Retribuciones	Capítulo I	Gasto corriente	Inversión
Atención Primaria				
300 profesionales	150.000		50.000	

Inversiones

Corta estancia HUMS	2.700.000
Media estancia CRP NSP	3.500.000
Corta estancia H. Defensa	250.000

	Capítulo I	Gasto corriente	Inversión
TOTAL Capítulos	4.479.873	2.300.000	6.450.000
TOTAL	13.229.873		

6. METODOLOGÍA

La Dirección General de Asistencia Sanitaria, responsable de la redacción de este Plan de Salud Mental 2017-2021 ha facilitado la participación en el mismo de usuarios y familiares, sus movimientos asociativos, sociedades científicas, profesionales, instituciones y entidades que prestan servicios en salud mental y cualquier otra persona o institución relacionada con esta área de la salud.

Esta participación se ha vehiculado a través del Consejo Asesor de Salud Mental, y se han recibido alegaciones y sugerencias a través del correo electrónico dispuesto para ello: plandesaludmental@aragon.es , también mediante entrevistas personales y grupos focales.

Con este proceso se ha confeccionado un Plan de Salud Mental que contiene un análisis de la situación actual y evaluación del Plan anterior, y se orienta en torno a cinco líneas estratégicas, todo ello se concreta en 20 Proyectos.

Cada uno de los Proyectos son intervenciones concretas que buscan dar respuesta a necesidades de mejora detectadas, incluyen objetivos específicos, acciones con temporalización, indicadores para su medición y recursos estimados para su realización.

El Plan pretende ser un documento dinámico que tiene este punto de partida, pero que se va a evaluar periódicamente, lo que permitirá el seguimiento y actualización de los 20 proyectos propuestos e incorporar nuevos proyectos en función de las necesidades a abordar.

Por operatividad se han agrupado los proyectos que serán seguidos, implementados y evaluados con la colaboración de grupos de trabajo que articulará el Consejo Asesor de Salud Mental.

Los grupos propuestos son los siguientes:

Grupo 1:

ABORDAJE DEL TRASTORNO MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

ATENCIÓN INTEGRADA A TODOS LOS PROBLEMAS DE SALUD DEL PACIENTE

PROGRAMAS COLABORATIVOS ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD MENTAL

ACTUACIONES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL

Grupo 2:

GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN ADULTOS

PROCESOS DE REHABILITACIÓN

TRASTORNO MENTAL EN FASE AGUDA (PROGRAMA SUBAGUDOS)

PSICOGERIATRÍA

COORDINACIÓN PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE AGITADO

PROTOCOLO PARA LA CONTENCIÓN MECÁNICA

Grupo 3:

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN A ADICCIONES

SALUD MENTAL EN POBLACIONES ESPECÍFICAS: PERSONAS SIN HOGAR,

PERSONAS JUDICIALIZADAS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Grupo 4:

GESTIÓN DE CASOS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN INFANTOJUVENIL

ATENCIÓN TEMPRANA

Grupo 5:

SUFICIENCIA DE RECURSOS

ESPACIO COLABORATIVO PARA EL DESARROLLO DE PROCESOS DE TRABAJO
COMPARTIDO

ESTIGMA

SISTEMA DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

De las sugerencias recibidas se han identificados diversos temas que se irán incorporando como proyectos a corto plazo: Prevención del suicidio, Psicooncología, Unidades de psicosomática y enlace, Salud mental en catástrofes y emergencias, Salud mental y violencia de género, Abordajes terapéuticos en Autismo y aquellos otros que se identifiquen a partir de la información directa de usuarios, familiares, profesionales, instituciones y entidades, y del análisis de la información asistencial y de morbilidad que aporten los sistemas de información y estudio de datos.

7. PARTICIPANTES

Dirección:

Manuel García Encabo Director General de Asistencia Sanitaria.

Coordinación:

Alicia Corredor Álvarez Trabajadora Social. Unidad de Coordinación de Salud Mental.
José Manuel Granada López Enfermero Especialista en Salud Mental. Coordinador
Autonómico de Salud Mental.
Mariano Sanjuan Casamayor Médico Psiquiatra. Unidad de Coordinación de Salud Mental.

Consejo Asesor de Salud Mental:

Presidente

Sebastián Celaya Pérez Consejero de Sanidad

Vicepresidente

Manuel García Encabo Director General de Asistencia Sanitaria.

Vocales titulares:

Joaquín Santos Martí Director Gerente del Instituto Aragonés de Servicios Sociales.
Ángela Mancho Biesa Psicóloga Clínica.
Fernando Gómez Burgada Médico Psiquiatra.
Vicente Rubio Larrosa Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio de Psiquiatría. Zaragoza I.
Francisco González Montesinos Federación Salud Mental de Aragón
Juan Sanz Artieda Asociación Pro Salud Mental Bajo Aragón
Nuria Del Río Viñao Asociación Oscense Pro Salud Mental
María Carmen Galindo Ortíz De Landázuri Asociación de Familiares de Enfermos de la Conducta Alimentaria: Anorexia y Bulimia
Sandra Reboreda Amoedo Asociación Aragonesa de Rehabilitación Psicosocial
María José García Rubio Sociedad Aragonesa de Psicología Clínica
Miguel Martínez Roig Sociedad Aragonesa-Riojana de Psiquiatría
José Manuel Lalana Cuenca Sociedad Aragonesa de Salud Mental-Asociación Española de Neuropsiquiatría. Sasm-Aen
Catalina Bestué Felipe Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria
Beatriz Sánchez Hernando Asociación de Enfermería Comunitaria (Vocal Aragón)
Javier Serrano Catalán Ejea Sociedad Cooperativa de Iniciativa Social

Vocales suplentes:

José Mariano Velilla Picazo	Médico Psiquiatra.
Fernando Gracia Clavero	Médico Psiquiatra.
María Jesús Pérez Echeverría	Médico Psiquiatra. Jefa de Servicio de Psiquiatría. Zaragoza II.
Ana López Trencó	Asociación Aragonesa Pro Salud Mental
José Luis Mosquera González	Asociación de Familiares de Trastorno de la Personalidad El Volcán
Ana Belén Marco Muñoz	Asociación Turolense Pro Salud Mental
Patricia Hernández Bernal	Federación Salud Mental de Aragón
Marta Pilar Jiménez Cortés	Socidrogalcohol Aragón
Patricia Alayeto Adiego	Asociación de Enfermeras Especialistas de Salud Mental de Aragón
Nieves Domeque Valiente	Sociedad Médica Aragonesa de Conductas Adictivas
Ramón Nadal Queralt	Fundación Ramón Rey Ardid

Secretario titular:

José Manuel Granada López	Coordinador Autonómico de Salud Mental.
---------------------------	---

Secretaria suplente:

Alicia Corredor Álvarez	Unidad de Coordinación de Salud Mental.
-------------------------	---

Han formado parte del Consejo Asesor de Salud Mental:

Fernando Jiménez Mazo	Médico Psiquiatra.
Pilar Sacristán Miguel	Psicóloga Clínica.
Ana M ^a Martínez Calvo	Médico Psiquiatra.
María Pilar Delgado Miguel	Psicóloga Clínica.

El Plan de Salud Mental ha contado con la participación de las personas y entidades que se enumeran a continuación a las que se agradece su disposición y colaboración:

Virginia Andreu Martí	Terapeuta Ocupacional.
Ángel L. Arricivita Amo	Trabajador Social.
Marisol Ara Usieto	Médico Psiquiatra.
Esther Aranda Minguillón	Terapeuta Ocupacional.
Laura Berges Borque	Terapeuta Ocupacional.
Ana Cantero Latorre	Terapeuta Ocupacional.
Raquel Castán Gasquet	Terapeuta Ocupacional.
Elena Cercadillo Isla	Terapeuta Ocupacional.
Carmen Conca Moreno	Psicóloga Clínica.
María Pilar Delgado Miguel	Psicóloga Clínica.
Nieves Domeque Valiente	Médico. UASA.
Jaime Domper Tornil	Médico Psiquiatra.
M ^a Pilar Enguita Flórez	Terapeuta Ocupacional.
Mercedes García Lacoma	Psicóloga Clínica.

M ^a Luisa Gaspar Ruz	Terapeuta Ocupacional.
Silvia Gil Soriano	Trabajadora social.
Ana González Uriarte	Médico Psiquiatra.
Alfredo Gurrea Escajedo	Médico Psiquiatra.
Luisa F. Hernández de Andrés	Terapeuta Ocupacional.
Fabiola Hernández Fleta	Terapeuta Ocupacional.
Carlos Iglesias Echegoyen	Médico Psiquiatra.
Marta Pilar Jiménez Cortés	Médico Psiquiatra.
Maite Lanzán Sancho	Médico Psiquiatra.
Rocío López García	Terapeuta Ocupacional.
Ana Cris López Latorre	Trabajadora Social.
Susana Malo Gracia	Terapeuta Ocupacional.
Ángela Mancho Biesa	Psicóloga Clínica.
Inmaculada Marco Arnau	Enfermera especialista en Salud Mental.
Andrés Martín Gracia	Médico Psiquiatra.
M ^a Lourdes Martín Gros	Terapeuta Ocupacional.
Raquel Martínez Navarro	Terapeuta Ocupacional.
Miguel Martínez Roig	Médico Psiquiatra.
Almudena Martínez Soto	Terapeuta Ocupacional.
María Josefa Medina Sánchez	Terapeuta Ocupacional.
M ^a Carmen Mesa Raya	Trabajadora Social.
M ^a Desiree Moreu Maza	Terapeuta Ocupacional.
Felipe Muelas Muelas	Terapeuta Ocupacional.
Nuria Nuez Basarte	Terapeuta Ocupacional.
Javier Oncins Mur	Médico Psiquiatra.
M ^a Ángeles Pastor Montaña	Terapeuta Ocupacional.
Elvira Pesonada Utrilla	Terapeuta Ocupacional.
Aurora Pérez Faus	Terapeuta Ocupacional.
Concepción Pérez Pascual	Terapeuta Ocupacional.
Judit Pérez Sancho	Terapeuta Ocupacional.
Miguel Ángel Quintanilla López	Médico Psiquiatra.
M ^a Elena Ripol Muñoz	Terapeuta Ocupacional.
Ana Rivases Aunes	Médico Psiquiatra.
Pedro Ruiz Lázaro	Médico Psiquiatra.
Sonia Sánchez Aranda	Trabajadora social.
Sonia Sanz Maluenda	Terapeuta Ocupacional.
Ana Isabel Sieso Sevil	Enfermera especialista en Salud Mental.
Ainoha Telleria Sanjuán	Terapeuta Ocupacional.
Nuria Val Jiménez	Médico de Familia.
Ana Vallespí Cantabrana	Psicóloga Clínica.
Tirso Ventura Faci	Médico Psiquiatra.

M ^a Ángeles Vicente Redondo	Terapeuta Ocupacional.
M ^a Pilar Vidal Cortés	Terapeuta Ocupacional.
Isabel Vidal Sánchez	Terapeuta Ocupacional.
Sandra West Ortín	Enfermera especialista en Salud Mental.

Antonio J. Villar Sáez

Entidades:

Sociedad Aragonesa Riojana de Psiquiatría (SARP)
Sociedad Aragonesa de Psicología Clínica (SAPC)
Asociación de Enfermeras Especialistas de Salud Mental de Aragón (AENESMA)
Sociedad Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC)
Centro de Prevención Comunitaria de Huesca
Centro de Prevención Comunitaria de Monzón
Centro de Prevención Comunitaria de Alcañiz
Centro Municipal de Atención y Prevención de Adicciones de Zaragoza
Colegio Oficial de Psicólogos de Aragón
Forum de Entidades
Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR)
Delegación en Aragón de la Asociación Trabajo Social y Salud
Fundación APIP- ACAM
Federación Salud Mental Aragón
ASAPME Zaragoza
ASAPME Bajo Aragón
Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)
Dirección General de Salud Pública

