



III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja

III PLAN ESTRATEGICO DE SALUD MENTAL DE LA RIOJA

Grupo de trabajo

Caro Berguilla, Yolanda.

Subdirectora Enfermería Asistencia Especializada.

Servicio Riojano de Salud.

Cestafe Martínez, Carmen.

Supervisora Enfermería. Unidad Corta Estancia Psiquiátrica.

Servicio Riojano de Salud.

Fonseca Pedrero, Eduardo.

Profesor - Universidad de La Rioja.

Garraleta Calvo, Javier

Médico Atención Primaria de Salud

Servicio Riojano de Salud

Gutiérrez Gamarra, M^a Carmen.

Psicóloga Clínica. Unidad Corta Estancia Psiquiátrica.

Servicio Riojano de Salud.

Khalil Kassem, Hassane

Técnico - Consejería de Salud

Ibáñez de la Cruz, Jerónimo.

Director Médico - Centro Salud Mental Albelda de Iregua.

Servicio Riojano de Salud.

Merina Díaz, Carmen

Psiquiatra

Servicio Riojano de Salud

Ortega Esteban, Miguel Ángel.

Jefe Departamento Salud Mental

Servicio Riojano de Salud.

Piserra Bolaños, Carlos José.

Dirección - Servicio Riojano de Salud.

Sáenz Ortiz, Pilar

Técnico - Consejería de Salud

Santolalla Arnedo, Iván.

Supervisor Enfermería. Hospital de La Rioja.

Servicio Riojano de Salud.

SUMARIO

PRESENTACIÓN.

OBJETIVOS GENERALES.

1. METODOLOGÍA.

1.1 PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN.

1.2 MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO TÉCNICO.

2. MARCO NORMATIVO Y TÉCNICO.

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.

3.1. EVOLUCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA RIOJA.

3.2. DEMOGRAFÍA.

3.3. REINGRESOS.

3.4. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS.

3.5. SUICIDIO.

4. OFERTA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL.

4.1. DOTACIÓN DE LA OFERTA DE ATENCIÓN.

4.1.1. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN.

4.1.2. RECURSOS HUMANOS.

4.2. FLUJO Y DERIVACIONES.

5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA SALUD MENTAL EN LA RIOJA.

6. CALIDAD, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

PRESENTACIÓN

Según la OMS una de cada cuatro personas padece algún trastorno mental a lo largo de su vida. Las enfermedades mentales representan un 12,5% de todas las patologías, un porcentaje superior al cáncer y a los trastornos cardiovasculares. Unos 450 millones de personas en todo el mundo padecen alguna enfermedad mental. Las enfermedades mentales suponen el 40% de las enfermedades crónicas y la mayor causa de los años vividos con discapacidad. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado.

En relación con la edad infanto-juvenil, la OMS calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos mentales.

En los países de la **Unión Europea** (UE), las estimaciones más conservadoras señalan que cada año un 27% de la población adulta (18-65 años) padece un trastorno mental, siendo los más frecuentes la ansiedad, la depresión, los trastornos somatomorfos y los relacionados con consumo de sustancias. Los estudios europeos llevados a cabo en población general confirman que los trastornos mentales son muy frecuentes y causan un alto grado de discapacidad, si bien ciertas cuestiones metodológicas, como la dificultad para la definición de “caso” y los diferentes criterios diagnósticos empleados, se reflejan en la variabilidad de las cifras de prevalencia e incidencia encontradas. A pesar de esta variabilidad, los trastornos mentales son la segunda causa de carga por enfermedad, sólo por detrás de las enfermedades cardiovasculares. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6,2% de la carga causada por todas las enfermedades.

El coste social y económico de la enfermedad mental se calcula en torno al 4% del Producto Nacional Bruto de la Unión Europea, sobre los 182.000 millones de euros. El 20% del gasto sanitario en los sistemas sanitarios de la Unión Europea lo ocupan los procesos de tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental. Los trastornos mentales originan el 10,5% de los días perdidos por incapacidad laboral temporal y el 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente.

La salud mental es un derecho humano que capacita a los ciudadanos para disfrutar del bienestar, de la calidad de vida y de la salud, facilita el aprendizaje, el trabajo y la participación ciudadana. Con este reconocimiento comienza el Pacto Europeo para la Salud Mental y Bienestar en el que se acuerda dar un paso político decisivo que haga que la Salud Mental y el Bienestar sean una prioridad clave en el que se hace un llamamiento a actuar en cinco campos prioritarios.

1. Prevención de la depresión y el suicidio, al ser esta una de las enfermedades mentales más frecuentes y graves, así como un factor de riesgo que induce a la conducta suicida.
2. Salud Mental de los jóvenes. La base de la salud mental de cada persona

esta en la infancia; la mitad de las enfermedades mentales aparecen en la adolescencia. Entre el 10% y el 20% de los jóvenes pueden presentar problemas de salud mental, con índices más altos en los sectores más deprimidos de la sociedad.

3. La salud mental en el marco laboral. El trabajo es beneficioso para la salud física y mental. El ámbito laboral juega un papel primordial en la inclusión social de las personas que padecen problemas de salud mental.
4. La salud mental de los ancianos. La población de la UE está envejeciendo, fenómeno que puede conllevar ciertos factores de riesgo para la salud mental, como pueden ser la pérdida de apoyo familiar, aparición de enfermedades neurodegenerativas, etc.
5. Combatir el estigma y la exclusión social, que son a la vez factores de riesgo y consecuencia de las enfermedades mentales.

Existe una amplia coincidencia en la mayoría de países europeos en la búsqueda de una asistencia psiquiátrica en la que se asegure el acceso de todas las personas con trastornos psiquiátricos, se establezcan las bases de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y se avance en el conocimiento de los factores de riesgo. Asimismo, esta coincidencia se extiende a los objetivos estratégicos: desarrollo de Unidades de Salud Mental Comunitarias unidas a la atención primaria, unidades de psiquiatría en los Hospitales Generales, disminuir las admisiones involuntarias, coordinación de recursos, reducción del número de camas de larga estancia.

En **España** más del 9% de la población padece en este momento un trastorno mental y más del 20% lo padecerá a lo largo de su vida; más de la mitad de estas personas no reciben tratamiento alguno. Según el ESEMeD-España, el 19,5% de la población adulta española presentó alguna vez en la vida un trastorno mental (prevalencia-vida), siendo esta cifra más alta en mujeres (22,9%) que en hombres (15,7%). En relación con la prevalencia en los 12 meses previos a la realización del estudio (prevalencia-año), el 8,4% de la población presentó algún trastorno mental (5,2% en hombres y 11,4% en mujeres). La relación entre prevalencia-año y prevalencia-vida puede considerarse un indicador indirecto de la duración o cronicidad de un trastorno.

Más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado. Existen diferencias en los patrones de búsqueda de ayuda para tratar un trastorno mental; es más probable que las mujeres soliciten ayuda y refieran tener problemas en comparación con los hombres. Asimismo, la probabilidad de que a las mujeres se les prescriban psicofármacos es más elevada.

Los Trastornos Mentales Graves (TMG) crean una importante carga familiar que suele recaer sobre la familia; en el caso de la esquizofrenia esto supone de 6 a 9 horas diarias con las consiguientes restricciones en la vida social, pérdida de oportunidades, etc. La tasa de mortalidad por suicidio ajustado para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico es 9 veces mayor que la de la población general. En depresión mayor, el riesgo de suicidio se multiplica por 21; en los trastornos de alimentación por 33 y en los toxicómanos por 86. Se estima que la repercusión económica de las enfermedades mentales en España tuvo un coste total, en 1998, de 3.005 millones de euros.

El estigma sigue siendo el principal obstáculo para que las personas con enfermedad mental accedan a un tratamiento adecuado y que se asegure su recuperación e integración social. El principal ámbito de discriminación para las personas con enfermedad mental es el laboral; sólo el 5% de las personas con enfermedad mental tiene un empleo regular, según un estudio en la Comunidad de Madrid. El 18% de la población general, el 28% de los familiares e incluso el 20% de las personas con enfermedad mental crónica creen que las personas con enfermedad mental suponen un riesgo si no se las hospitaliza.

Por lo que respecta al consumo de sustancias, cabe resaltar que los mismos están relacionados con un nuevo escenario, caracterizado por un cambio manifiesto en los perfiles de los consumidores de sustancias, un patrón de policonsumo cada vez más generalizado, la precocidad en el inicio de algunas sustancias y la relación, cada vez más estrecha, entre ésta y los espacios y tiempos de ocio. En cuanto a la asistencia a las adicciones, La Rioja ha sido una de las primeras Comunidades Autónomas en normalizar la misma, integrándola como tal en el ámbito sanitario, concretando el segundo nivel de atención en la Red de Salud Mental. Junto a la consecución de este importante reto, se ha constatado la relación existente entre el consumo de sustancias y otros productos adictivos y el desarrollo de determinados trastornos mentales y del comportamiento, lo que requerirá intervenciones específicas desde los dispositivos de Salud Mental.

Respecto a la atención al trastorno mental en nuestro país, la Ley General de Sanidad recoge en su artículo 20 el modelo de atención recomendado por la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, orientado hacia la Comunidad e integrado en el sistema Sanitaria General. El desarrollo de recursos alternativos que facilitarían la superación del Hospital Psiquiátrico era un elemento esencial en el espíritu y en la letra de la Ley. Este modelo asistencial fue adoptado de inmediato por todas las CC.AA., quedando patente en La Rioja en los anteriores Planes de Salud.

La perspectiva que los últimos décadas en nuestra comunidad, permite ver avances significativos como la integración en la red Sanitaria General, la territorialización de los servicios, la reducción de camas monográficas, la formación reglada de los profesionales, etc., así como comprobar la persistencia de problemas como son la insuficiencia de los recursos humanos, de programas específicos para grupos vulnerables, déficit en la información y coordinación, escaso desarrollo de recursos de rehabilitación y reinserción sociolaboral, etc.

La experiencia acumulada en estos años, también nos permite disponer de datos clínicos y epidemiológicos que nos manifiestan la necesidad de efectuar las intervenciones con un enfoque comunitario y que la asistencia a los trastornos mentales se realice tanto desde los servicios especializados, específicos, como con programas horizontales en los que participen distintos dispositivos y profesionales de la red sanitaria, que permitan avanzar en la atención comunitaria garantizando la continuidad en los cuidados. Así pues, deben desarrollarse actividades regladas de colaboración entre atención primaria y especializada, abordando de forma integrada aspectos preventivos asistenciales y de rehabilitación.

La atención primaria juega un papel clave en la detección, tratamiento, derivación y seguimiento del trastorno mental en la población general, corresponsabilizándose activamente a través de protocolos reglados de coordinación asistencial con los profesionales de los Centros de Salud Mental, evitando rupturas de colaboración que la creciente situación de la demanda puede generar. Esta coordinación debe apoyarse y potenciarse con líneas de formación continuada e investigación compartidas, que entre otros objetivos mejoren la capacidad de detección de los trastornos mentales a este nivel, la efectividad de las intervenciones y la calidad de las derivaciones a los Centros de Salud Mental. La organización y regulación de las actividades específicas tendentes a coordinar los dispositivos de atención primaria y los servicios de salud mental serviría para establecer los ámbitos de actividad conjunta y compartida además de delimitar los campos de atención específica de cada uno de los niveles, en lo que se refiere a la atención de los problemas de salud mental.

El proceso de planificación de los dispositivos de salud mental, su funcionamiento e interrelación con el resto de la red sanitaria, debe tener en cuenta la realidad social actual, caracterizada por un aumento constante de la demanda de salud mental por parte de la población, centrada cada vez más en problemas de sufrimiento de la vida cotidiana, un incremento de la sensibilidad por problemas específicos y por la desaparición paulatina de las redes informales de apoyo, paralela al envejecimiento de la población. .

La población de más edad, resulta también día a día mas demandante, destacando la alta prevalencia de trastornos afectivos. La aparición de este tipo de patologías en edades avanzadas, está unida a veces, al deterioro orgánico, situaciones de pérdida, soledad, etc.

Conclusiones y consideraciones:

1. La atención en la Salud Mental en La Rioja se encuentra ya integrada en la atención sanitaria como cualquier otro proceso de enfermedad. Lo mismo ocurre con la asistencia a las adicciones, la cual, en su segundo nivel de atención, se integra en la Red de Salud Mental.
2. La Atención Primaria de Salud debe tomar mayor protagonismo tanto en la detección y derivación precoz de los procesos que precisen atención especializada como en el abordaje terapéutico de las patologías que puedan atenderse en su nivel, incluyéndose las conductas y trastornos adictivos.
3. Es preciso poner en marcha actuaciones que promuevan la Salud Mental de la población e intervenciones de prevención en grupos de riesgo.
4. Reconocimiento del esfuerzo realizado por las familias para mantener a los pacientes con trastorno mental grave en la Comunidad.
5. Necesidad de coordinar los distintos dispositivos para definir los límites de las actuaciones, en aras a lograr la continuidad de cuidados.
6. La presión de la demanda ejercida por los trastornos mentales comunes y el insuficiente número de especialistas repercuten negativamente en la atención ambulatoria prestada a los trastornos graves.
7. Es preciso incluir las adicciones dentro del repertorio de prioridades de atención de las Unidades de Salud Mental, a la par que optimizar la atención a pacientes con trastornos adictivos a través del diseño y puesta en marcha de protocolos para el diagnóstico y tratamiento de la patología dual, la

prescripción y dispensación de sustitutivos opiáceos, así como de derivación para ingreso en centros de carácter residencial para el tratamiento de la deshabituación por consumo de alcohol y otras drogas. Del mismo modo, el tratamiento de menores con problemas de abuso y dependencia de drogas requerirá un abordaje específico.

8. Deben incrementarse las intervenciones psicoterapéuticas específicas eclipsadas hoy en día por el uso, casi exclusivo de las prescripciones farmacológicas.
9. Disponemos de herramientas informáticas muy útiles para la gestión, planificación e investigación que deben actualizarse y homologarse, con los sistemas que en este campo dispone el Sistema Riojano de Salud.
10. La planificación asistencial debe tener en cuenta que es en la fase prodrómica o incluso antes de que empiece esta donde se tienen las mejores opciones de intervención y el mayor impacto sanitario público (Índices de prevalencia y mortalidad).
11. Las personas que padecen un trastorno mental grave y persistente presentan una compleja problemática que no se reduce a la sintomatología psicopatológica, sino que además conllevan un grado variable de discapacidad, dependencia y disfunción social que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos básicos de la vida diaria. Muchas de estas personas presentan discapacidades psicosociales que se expresan en dificultades en su autonomía personal y social, en sus relaciones interpersonales, en su integración laboral, pérdida de la red social de apoyo y están en mayor riesgo de encontrarse en situaciones de desventaja social, sin perder de vista los problemas de tensión y sobrecarga que sufren sus familiares y cuidadores. Por ello su adecuada atención integral exige la actuación coordinada y complementaria entre el sistema sanitario de servicios de salud mental y el sistema de servicios sociales, especialmente del sistema de atención a las personas con discapacidad y dependencia.

OBJETIVOS GENERALES

-Promocionar la salud mental y el bienestar emocional en la población general y en grupos específicos de edad.

-Prevención de la enfermedad mental.

-Favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de atención primaria y de salud mental de cada zona de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos.

-Mejora del funcionamiento personal y social y de la calidad de vida de las personas que sufren un TMG, así como el apoyo a su integración promoviendo que el paciente pueda definir sus propios objetivos y encuentre en los profesionales ayuda para desarrollarlos.

-Disminuir la tasa de suicidios consumados y de tentativas de suicidios en La Rioja.

-Realizar un abordaje integral que proporcione apoyo psicosocial a personas con ideas o con tentativas previas de suicidio y a familiares y amigos de personas que han intentado o consumado el suicidio.

-Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con trastorno por abuso de alcohol y otras conductas adictivas.

-Impulsar la mejora de la atención a los problemas de salud mental infanto-juvenil completando la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad.

-Mejorar la atención integral e integrada de las personas mayores con trastornos psicogerítricos.

-Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos e instituciones involucradas en la mejora de la salud mental.

-Luchar contra el estigma y la discriminación, previniendo y/o disminuyendo el impacto y las consecuencias negativas que tiene en la vida de las personas con problemas de salud mental y en sus familiares.

-Mejorar el conocimiento sobre la enfermedad mental de la sociedad en su conjunto, modificando actitudes e implementando políticas y actuaciones que disminuyan la discriminación asociada al estigma.

-Rechazar firmemente cualquier tipo de estigmatización y discriminación de las personas con enfermedad mental en todos los ámbitos de la sociedad y especialmente en aquellos en los que se produce la vulneración de sus derechos.

-Desarrollo de la formación, docencia e investigación en Salud Mental.

-Mejora de la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía.

-Mejorar la coordinación directa entre los profesionales de los equipos de atención primaria y los de salud mental de cada zona de salud.

-Mejora de la efectividad y resolución.

1. METODOLOGÍA

1.1 PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PLAN

El proceso de elaboración del III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja se desarrolla atendiendo a la priorización, identificación de los problemas de salud relevantes; el diagnóstico de situación, análisis de la situación de los factores determinantes en la Comunidad Autónoma de La Rioja; la formulación de objetivos y acciones a desarrollar, definición y ejecución de intervenciones pertinentes; así como la previsión de la asignación de recursos, y la propuesta de indicadores de seguimiento y evaluación.

Para la elaboración del III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016-2020 se crea un Grupo de Trabajo Técnico encargado del estudio situacional y de la redacción del Plan, en el que se encuentran representados todos los ámbitos de asistencia y planificación relevantes en el campo de la Salud Mental de la Comunidad Autónoma.

Los trabajos de dicho Comité están coordinados por la Dirección del Servicio Riojano de Salud.

La metodología de trabajo del grupo se estructura en sesiones, que se desarrollan a lo largo del año 2016. Tras la presentación, en la sesión de apertura, de las coordinadas estratégicas y objetivos del Plan, el grupo de trabajo establece la metodología y agenda de trabajo. En las sesiones de trabajo posteriores, el grupo aporta información al análisis de situación y se formulan objetivos y acciones para cada una de las líneas de intervención previstas, se discuten e integran las propuestas de acción. Se desarrollan sesiones con asociaciones, entidades e instituciones colaboradoras para la aportación de propuestas de interés a este nuevo plan estratégico. Durante el proceso de elaboración se remite borrador del plan a los distintos profesionales involucrados en el mismo con el objeto del desarrollo de propuestas.

Se utilizan básicamente dos técnicas de producción y análisis:

a) Revisión documental y análisis de datos:

- Revisión de documentos marco de políticas de salud mental, informes de la OMS, Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki, 2005, Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y Planes de Salud Mental en vigor de otras Comunidades Autónomas.
- Estudio y análisis de datos de la Comunidad Autónoma de La Rioja.
- Revisión de principios y contenidos de los planes de salud mental previos y del III Plan de Salud de La Rioja 2015-2019.
- Revisión de bases bibliográficas.
- Propuestas de asociaciones, instituciones y profesionales.

b) Sistematización y triangulación de la información debatida en las sesiones del grupo de trabajo.

Priorización de las áreas de intervención, el grupo de trabajo estructura las distintas líneas de intervención preferentes y establece los objetivos generales y

específicos, y la definición de acciones a realizar para el logro de los mismos. Las recomendaciones se estructuran con acuerdo a su prioridad de ejecución y el Comité de Salud Mental de La Rioja velará por su seguimiento y evaluación. Asimismo, se proponen indicadores de seguimiento y evaluación de cada uno de los objetivos.

El III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja, por el Grupo de Trabajo Técnico, este es elevado a la Consejería de Salud del Gobierno de La Rioja para su aprobación.

1.2 MIEMBROS DEL GRUPO DE TRABAJO TÉCNICO.

Piserra Bolaños, Carlos José (Coordinador)

Dirección - Servicio Riojano de Salud.

Caro Berguilla, Yolanda.

Subdirectora Enfermería Asistencia Especializada.

Servicio Riojano de Salud.

Cestafe Martínez, Carmen.

Supervisora Enfermería. Unidad Corta Estancia Psiquiátrica.

Servicio Riojano de Salud.

Fonseca Pedrero, Eduardo.

Profesor - Universidad de La Rioja.

Garraleta Calvo, Javier

Médico Atención Primaria de Salud

Servicio Riojano de Salud

Gutiérrez Gamarra, M^a Carmen.

Psicóloga Clínica. Unidad Corta Estancia Psiquiátrica.

Servicio Riojano de Salud.

Khalil Kassem, Hassane

Técnico - Consejería de Salud

Ibáñez de la Cruz, Jerónimo.

Director Médico - Centro Salud Mental Albelda de Iregua.

Servicio Riojano de Salud.

Merina Díaz, Carmen

Psiquiatra

Servicio Riojano de Salud

Ortega Esteban, Miguel Ángel.

Jefe Departamento Salud Mental

Servicio Riojano de Salud.

Sáenz Ortiz, Pilar

Técnico - Consejería de Salud

Santolalla Arnedo, Iván.

Supervisor Enfermería. Hospital de La Rioja.

Servicio Riojano de Salud.

2. MARCO NORMATIVO Y TÉCNICO

Declaración de Luxor de 1989 de los derechos humanos para los enfermos mentales de la Federación Mundial de la Salud Mental. Explicita la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos del enfermo.

Resolución de Naciones Unidas 4/119 de diciembre de 1991 para la defensa de los derechos de los enfermos mentales. Reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social de estas personas. Incluye, también, la no utilización de la psiquiatría con fines políticos, ideológicos o religiosos.

Carta Europea de Derechos del Niño del Parlamento Europeo. 1992.

Convenio de la Haya sobre la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional. 1993.

Convenio Europeo para la protección de los derechos y dignidad del ser humano de 1997 con respecto a las aplicaciones y limitaciones sobre las personas de la biología y la medicina. Se plantea la armonización de las legislaciones nacionales en lo relativo a los derechos de los pacientes.

Libro Blanco del Comité de Bioética del Consejo de Europa sobre protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental, ingresa involuntariamente en centros psiquiátricos. Se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

Conferencia Europea sobre la Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa, celebrada en Atenas en 2003. Se pone de relieve la importancia de combatir la estigmatización para mejorar la salud mental y reconoce la importancia de fomentar una actuación eficaz en todas las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra la discriminación y la estigmatización.

Organización Mundial de la Salud. Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future: Geneva. 2005.

La Declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental.

Constitución Española (1978).

Ley Orgánica 3/1982, Estatuto de Autonomía de La Rioja.

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

Real Decreto 63/1995, de 20 de marzo, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor. 1996.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.

Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de La Rioja de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

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

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud.

Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.

Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se regula la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Centro Asistencial Albelda de Iregua.

II Plan de Salud de La Rioja 2009 – 2013

II Plan de Salud Mental de La Rioja 2010 - 2015

III Plan de Salud de La Rioja 2015 – 2019

Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social.

Ley 7/2009, de 22 de diciembre de Servicios Sociales de La Rioja.

Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de Servicios y Prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales.

Decreto 56/2010, de 3 de diciembre, por el que se regulan los requisitos y el procedimiento de acceso al Servicio de Centro de Día y de Centro Ocupacional,

para personas con discapacidad del Sistema Riojano para la Autonomía Personal y la Dependencia.

3. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

3.1. EVOLUCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA RIOJA.

El proceso de transformación de la Asistencia Psiquiátrica realizada en los países occidentales industrializados a lo largo de las últimas décadas del siglo XX, tiene múltiples componentes que se engloban bajo la denominación genérica de Psiquiatría Comunitaria. En las primeras fases del proceso de transición ha tenido un peso específico la desinstitucionalización, proceso que no consiste en el cierre de camas "antiguas" sino en desarrollar simultánea y alternativamente nuevos dispositivos y nuevas prácticas que den una mejor respuesta al conjunto de necesidades de atención a la Salud Mental.

En España en la primera mitad del siglo veinte y siguiendo el patrón de los países occidentales industrializados se produce un incremento en el número de camas psiquiátricas de una forma continua, desde 15.000 camas a principios de siglo hasta las 51.000 que se alcanzan a principios de los años 70, que suponen 1,5 camas por 1.000 habitantes. En la década de los 70 los centros psiquiátricos en nuestro país se encuentran en situación de penuria presupuestaria sin posible equiparación con el nivel alcanzado por el resto del sistema hospitalario en las mismas fechas, existe una grave debilidad científica y técnica, y una gestión bajo la dependencia de administraciones locales en el ámbito de las Beneficencias. Esta tendencia en el incremento del número de camas hace inflexión en esta década de los años 70, inflexión que se produce casi 20 años más tarde que en EEUU. En nuestro país entre los años 1972 y 1982 las camas de hospitalización psiquiátrica disminuyen de una tasa de 1,5 por 1000 habitantes a 1 por 1000 habitantes.

El consenso alcanzado en torno a la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica y el decidido impulso normativo dado por el capítulo III de la Ley General de Sanidad marca este punto de inflexión al dar un impulso normativo a la reforma, marcando las líneas de desarrollo de nuevas modalidades de intervención en la comunidad y centrando la hospitalización psiquiátrica en el marco de los Hospitales Generales.

En 1996 España dispone de 17.255 camas psiquiátricas globales, de las que 2.467 camas se han creado en Hospitales Generales, distribuidas en la totalidad de las CC.AA., que suponen 6,58 camas por 100.000 habitantes y representan un 55% de las estimadas como necesarias (documento del Sistema de información, encuesta nacional de salud mental del Ministerio de Sanidad y Consumo, periodo 1991-1996) y 14.788 camas en Hospitales Psiquiátricos, un 0,38 por 1.000, tras una reducción de un 53% en el periodo 1986 a 1996. Este proceso de transición se desarrolla con ritmos y resultados dispares según las posibilidades de los gobiernos autonómicos.

En La Rioja, en el año 1977, se construye un nuevo Hospital Psiquiátrico, el Hospital Psiquiátrico Reina Sofía, con objeto de dignificar las condiciones de vida y asistencia de la población internada, y que alcanza el punto de mayor oferta y actividad, en 1979. Muy pronto, tras la integración de nuevos profesionales se cuestiona la práctica del viejo modelo y se introducen nuevas estrategias de

intervención con prácticas de estancia breve y consultas ambulatorias. En 1980 se inicia la inflexión de la tendencia en La Rioja.

La Ley General de Sanidad desarrolla el modelo de atención presentado por la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica, orientado hacia la Comunidad e integrado en el sistema Sanitario General.

Entre 1986 y 1996 La Rioja se incorpora al movimiento de reformas y en el aspecto de hospitalización pasa de 544 a 206 camas psiquiátricas totales, que representan un 209 y 77 respectivamente por 100.000 habitantes. En 1988 se crea la primera Unidad Psiquiátrica englobada en el Hospital General con 26 camas que asume los nuevos episodios de hospitalización y comienzan a desarrollarse progresivamente y en línea a las nuevas estrategias, nuevos servicios psiquiátricos en la comunidad, cinco Equipos Comunitarios de Salud Mental, una Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, una Unidad de Atención a Drogodependencias y la Unidad de Rehabilitación de Área dotada de Centro de Día y Pisos Protegidos.

En 1995 se creó la Unidad De Salud Mental Infanto-Juvenil, ubicada en el Centro de Salud Espartero (USMIJ), con un profesional (psiquiatra), para toda la CC.AA. de la Rioja, a la que se fueron añadiendo progresivamente un enfermero/a, psicólogo/a clínico y por último otro psicólogo/a clínico a tiempo parcial. En principio se utilizó un modelo de atención terciaria, cuyo objetivo era la atención especializada a los niños más graves, la puerta de entrada y filtro eran las Unidades de Salud Mental (USM) de adultos. Con el desarrollo de la Ley del Menor, y siguiendo recomendaciones de la OMS en materia de salud mental infantil, en 2005 se elimina el paso/filtro de las USM de adultos y la puerta de entrada pasa a ser los médicos de Atención Primaria.

En el año 2007 coincidiendo con la inauguración del Hospital San Pedro se traslada a este Hospital General de referencia la Unidad de Hospitalización Breve, ocupando el espacio de la misma en el Hospital de La Rioja, la Unidad de Hospitalización de Media Estancia.

En el año 2009, para completar la actual Red de Salud Mental, se cierra definitivamente el antiguo psiquiátrico Reina Sofía inaugurándose el Centro Asistencial Albelda de Iregua.

3.2. DEMOGRAFÍA

La Comunidad Autónoma de La Rioja cuenta con una población de 313.615 habitantes (a 1 de enero de 2015), 1.608 menos que el año precedente, lo que supone un tercer descenso consecutivo tras un máximo de población alcanzado en 2012.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y EXTRANJERA

	2011	2012	2013	2014	2015
LA RIOJA					
Españoles	276.157	277.055	277.337	278.892	279.633
Extranjeros	44.693	43.896	41.302	36.333	33.982
% extranjeros	13,9	13,7	13,0	11,5	10,8
Total	320.850	320.951	318.639	315.223	313.615
ESPAÑA					
Españoles	41.354.734	41.582.186	41.655.210	41.835.140	41.992.012
Extranjeros	5.312.441	5.236.030	5.072.680	4.677.059	4.447.852
% extranjeros	11,4	11,2	10,9	10,1	9,6
Total	46.667.175	46.818.216	46.727.890	46.512.199	46.439.864

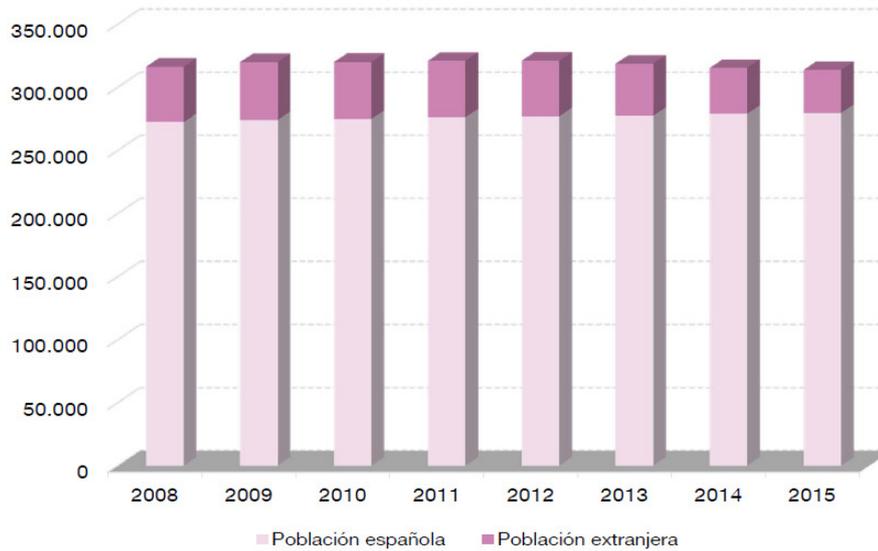
Fuente: Cifras de Población. INE

Esta bajada está asociada en su totalidad a la salida de extranjeros iniciada en 2009 y que ha continuado en 2015 y a los procesos de nacionalización de foráneos.

En el último lustro la población de nacionalidad española residente en La Rioja se ha incrementado en 3.476 personas, mientras que el número de foráneos ha descendido en 10.711 individuos, de los que 7.320 se han ido entre los dos últimos años.

Esta divergencia entre la evolución de españoles y extranjeros ha hecho que el porcentaje de foráneos respecto a la población total haya pasado de ser un 14,3% en 2009 a ser un 10,8% en 2015.

Evolución de la población de La Rioja



Fuente: Cifras de Población. INE

ESTRUCTURA DE LA POBLACIÓN POR EDADES. AÑO 2015

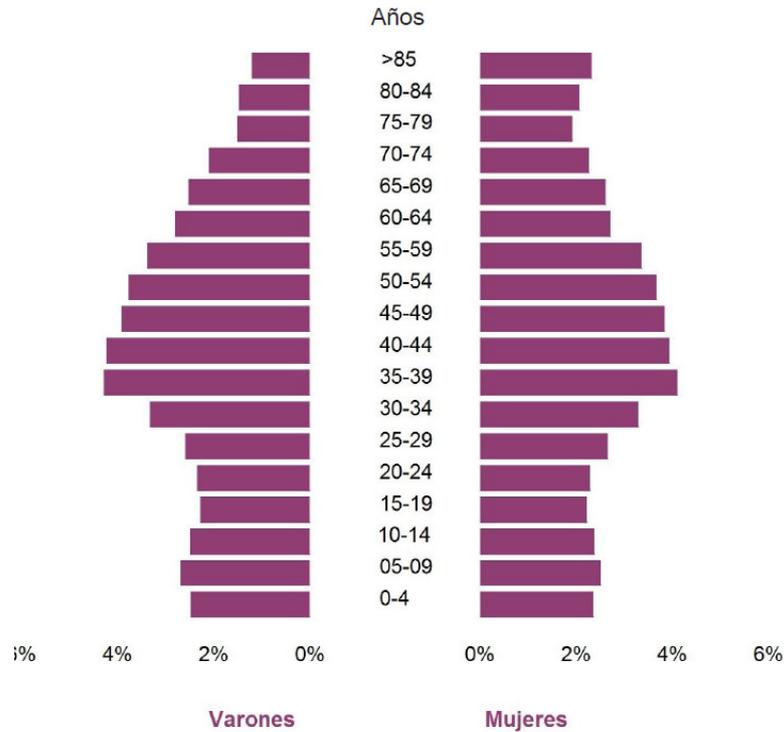
	La Rioja			España		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-15 años	15,8	16,4	15,2	16,1	16,9	15,4
16-44 años	36,7	37,6	35,7	38,3	39,5	37,1
45-64 años	27,5	28,1	26,9	27,1	27,4	26,8
65 años y más	20,0	17,8	22,2	18,5	16,2	20,7

FUENTE: Cifras de Población. INE

En cuanto a la estructura de la población por edades, el 20,0% de la población riojana tiene 65 o más años; es destacable que el 22,2% de las mujeres está en ese grupo de edad, frente a un 17,8% para los hombres. A nivel nacional esta diferencia también se produce.

El grupo de edad más numeroso en nuestra región es el comprendido entre 16 y 44 años, que engloba al 36,7% de la población.

Pirámide de edades. La Rioja. Año 2015



Cifras de Población. INE

La Rioja supera en 2015 a la media española en el Índice de Envejecimiento, el Índice de Longevidad y la Tasa de Dependencia, lo que denota una población más envejecida en nuestra región. Por ello no es de extrañar que el Índice de Infancia y el Índice de Juventud alcancen valores inferiores.

En la misma línea, la Tasa de Reemplazo señala un menor número de jóvenes en La Rioja, al ser la tasa española 9,7 puntos superior a la regional.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS ESTRUCTURALES. AÑO 2015.
DATOS PROVISIONALES

	La Rioja	España	Diferencia
Ratio de Masculinidad	97,7	96,6	-1,1
Índice de Infancia	14,9	15,2	0,3
Índice de Juventud	14,4	15,3	0,9
Índice de Longevidad	17,6	15,2	-2,4
Índice de Envejecimiento	126,4	114,7	-11,7
Tasa de Dependencia	55,9	53,0	-3,0
Tasa de Reemplazo	80,6	90,3	9,7

Fuente: Elaboración propia a partir de Cifras de Población del INE.

3.2.1. Riesgo de mala salud mental

- **Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental**

En adultos:

CC.AA.	Total			Hombres adultos			Mujeres adultas		
	2006	2011	Dif	2006	2011	Dif.	2006	2011	Dif.
Andalucía	20,14	20,92	0,78	14,61	16,49	1,88	25,37	25,21	-0,16
Aragón	17,68	13,65	-4,03	11,39	11,5	0,11	23,83	15,76	-8,07
Asturias	23,57	19,69	-3,88	15,07	18,2	3,13	31,34	21,04	-10,30
Baleares	25,14	16,64	-8,5	18,8	13	-5,80	31,46	20,29	-11,17
Canarias	28,17	28,18	0,01	19,5	26,88	7,38	36,77	29,47	-7,30
Cantabria*	12,68			9,15			15,94		
Castilla y León	14,3	17,84	3,54	10,89	15,46	4,57	17,6	20,15	2,55
Castilla - La Mancha	16,62	14,63	-1,99	11,17	9,1	-2,07	22,11	20,34	-1,77
Cataluña	23,43	18,66	-4,77	18,94	14,57	-4,37	27,85	22,51	-5,34
Comunidad Valenciana	24	24,62	0,62	16,86	20,42	3,56	31,03	28,7	-2,33
Extremadura	18,26	18,45	0,19	10,7	11,81	1,11	25,46	25,15	-0,31
Galicia	22,14	16,07	-6,07	15,5	12,47	-3,03	28,21	19,35	-8,86
Madrid	24,1	20,41	-3,69	18,92	18,35	-0,57	28,94	22,26	-6,68
Murcia	20,27	22,09	1,82	15,24	16,82	1,58	25,33	27,48	2,15
Navarra	25,48	22,42	-3,06	18,75	17,44	-1,31	32,12	27,25	-4,87
País Vasco	15,58	16,26	0,68	9,92	11,43	1,51	20,79	20,8	0,01
La Rioja	12,23	17,52	5,29	10,2	10,9	0,70	14,29	24,01	9,72
Ceuta	23,13	20,14	-2,99	15,7	12,56	-3,14	30,28	26,75	-3,53
Melilla	23,13	5,78	-17,35	15,7	8,05	-7,65	30,28	3,21	-27,07
España	21,31	20,41	-0,9	15,55	16,76	1,21	26,84	23,89	-2,95

*En 2011 los datos de Cantabria pueden ser incorrectos y por tanto no se muestran
Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

La salud mental de la población adulta (de 15 y más años) se ha valorado en la Encuesta Nacional de Salud para el año 2011. Este cuestionario permite hacer un cribado poblacional detectando la prevalencia de casos probables de morbilidad psiquiátrica o de malestar psicológico, explorando el estado del encuestado durante el último mes respecto a su estado habitual.

Figura. Riesgo de mala salud mental en adultos (%), según CC.AA. y sexo (ESPAÑA)

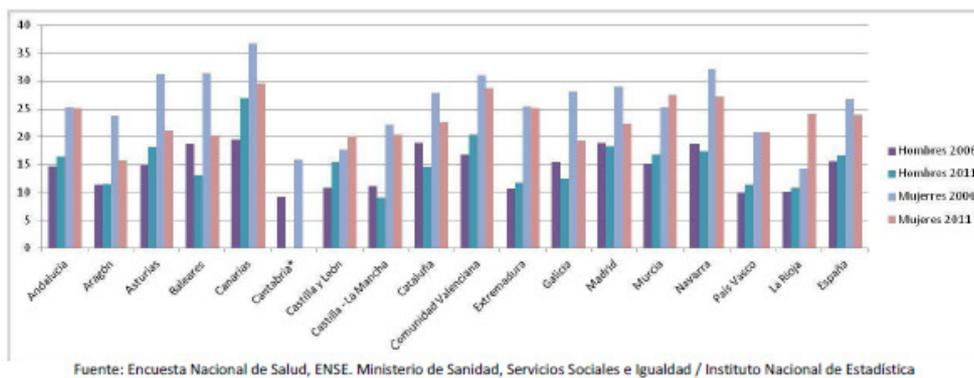


Tabla. Riesgo de mala salud mental en adultos (%), según sexo (ESPAÑA)

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total Nacional	20,41	16,76	23,89

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Se puede observar que en 2011, un 20,4% de la población española adulta encuestada estaba riesgo de mala salud mental, siendo éste más elevado en mujeres (23,89%) que en hombres (16,76 %).

En Población Infantil

	Ambos sexos			NIÑOS			NIÑAS		
	Estimación	Inferior	Superior	Estimación	Inferior	Superior	Estimación	Inferior	Superior
2011	8,2%	7,2%	9,3%	8,9%	7,6%	10,4%	7,4%	6,1%	9,0%
2006	8,7%	7,8%	9,7%	9,3%	8,1%	10,7%	8,0%	6,9%	9,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENSE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística

CC.AA. de residencia	TOTAL				NIÑOS				NIÑAS			
	Estimación	Intervalo de Confianza al 95%		Rec. no ponderado	Estimación	Intervalo de Confianza al 95%		Rec. no ponderado	Estimación	Intervalo de Confianza al 95%		Rec. no ponderado
		Inf.	Sup.			Inf.	Sup.			Inf.	Sup.	
Andalucía	8,24%	5,89%	11,41%	46	9,82%	6,67%	14,23%	27	6,67%	4,01%	10,91%	19
Aragón	5,08%	2,78%	9,09%	10	6,57%	3,12%	13,30%	7	3,48%	1,10%	10,42%	3
Asturias, Principado de	8,25%	4,28%	15,32%	10	12,37%	5,99%	23,80%	8	3,87%	0,95%	14,42%	2
Baleares, Islas	8,22%	4,93%	13,40%	16	11,80%	6,92%	19,42%	12	3,89%	1,43%	10,18%	4
Canarias	4,51%	2,58%	7,78%	11	4,14%	1,67%	9,88%	5	4,90%	2,34%	9,96%	6
Cantabria	4,13%	1,83%	9,04%	6	4,75%	1,32%	15,69%	3	3,55%	1,23%	9,82%	3
Castilla y León	12,34%	8,12%	18,32%	25	11,07%	6,00%	19,54%	11	13,73%	7,54%	23,71%	14
Castilla-La Mancha	7,98%	4,61%	13,49%	15	10,54%	5,92%	18,09%	11	4,94%	1,77%	13,01%	4
Cataluña	6,37%	4,35%	9,23%	31	7,87%	4,94%	12,29%	20	4,65%	2,51%	8,45%	11
Comunidad Valenciana	7,32%	4,75%	11,11%	24	6,16%	3,37%	11,00%	12	8,64%	4,39%	16,32%	12
Extremadura	12,26%	6,26%	22,60%	15	10,64%	4,56%	22,88%	6	13,59%	6,37%	26,67%	9
Galicia	7,75%	4,84%	12,18%	17	5,05%	2,41%	10,25%	7	10,90%	5,88%	19,32%	10
Madrid, Comunidad de	6,91%	4,55%	10,34%	25	8,08%	4,56%	13,90%	15	5,67%	2,99%	10,50%	10
Murcia, Región de	22,37%	15,11%	31,81%	47	22,06%	13,46%	34,00%	24	22,67%	12,56%	37,43%	23
Navarra, Com. Foral de	11,10%	6,47%	18,42%	13	10,71%	4,80%	22,22%	7	11,56%	4,97%	24,64%	6
País Vasco	10,86%	7,00%	16,49%	19	13,22%	7,50%	22,24%	12	8,47%	3,98%	17,10%	7
Rioja, La	2,90%	0,98%	8,25%	5	2,99%	0,92%	9,32%	3	2,77%	0,65%	11,01%	2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, ENSE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística

3.2.2. Morbilidad Psiquiátrica

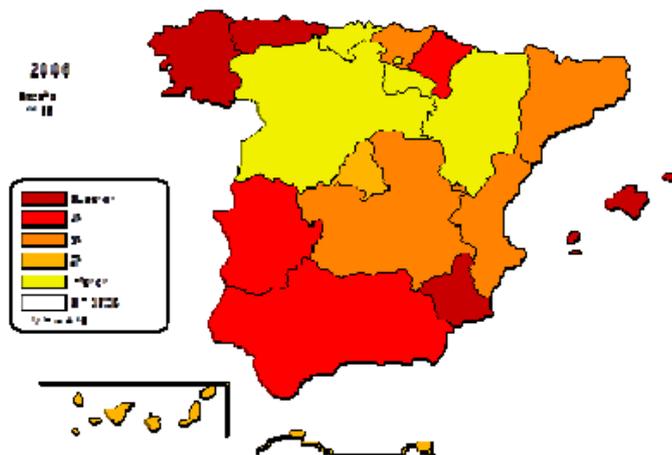
Otros datos que nos aporta la Encuesta Nacional de Salud del año 2011 es la morbilidad psiquiátrica. Se pregunta acerca de si la persona "padece o ha padecido", dentro de un listado de problemas, "depresión, ansiedad u otros trastornos mentales". En caso de respuesta afirmativa, se pregunta a continuación si "lo ha padecido en los últimos 12 meses" y si "le ha dicho un médico que lo padece".

- **Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico**

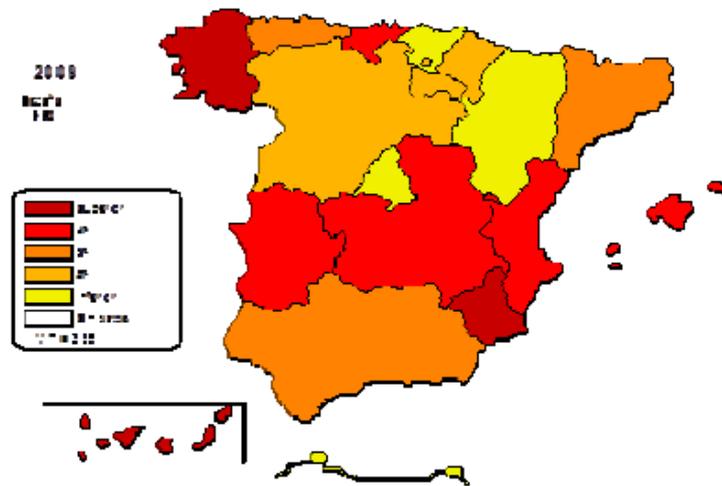
Al usar estos datos es necesario tener en cuenta la comparabilidad de los resultados de 2006 con los de 2009 y 2011.

En 2006 la pregunta era única, no se discriminaba por tipo de enfermedad de SM; en 2009 y 2011 se preguntan específicamente por depresión, ansiedad y otros problemas en tres preguntas separadas y se calcula a partir de las respuestas la prevalencia de los que tienen alguna de las tres.

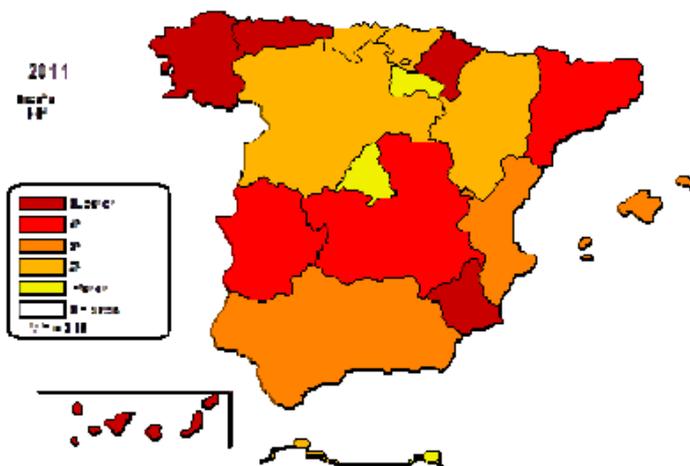
Por otra parte 2006 y 2009 se refieren a población de 16 años y más mientras en 2011 la población era de 15 años y más.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística

Tab. 8 Prevalencia de depresión, ansiedad, trastornos mentales
Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos

	Total		Hombres		Mujeres	
	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Andalucía	12,8	9,48	7,32	5,64	18,1	13,19
Aragón	9,13	7,93	5,01	4,46	13,19	11,31
Asturias	17,63	15,71	9,27	12,09	25,19	18,98
Baleares	14,72	8,85	10,27	4,97	19,15	12,69
Canarias	9,77	11,89	6,21	7,58	13,29	16,12
Cantabria	9,42	7,71	5,22	6,62	13,38	8,73
Castilla y León	9,25	8,5	6,2	4,65	12,2	12,22
Castilla - La Mancha	10,51	11,07	6,3	4,23	14,73	17,97
Cataluña	10,68	10,99	5,96	6,83	15,22	14,92
Comunidad Valenciana	11,03	9,43	5,79	5,03	16,17	13,71
Extremadura	12,99	10,64	9	3,39	16,9	17,72
Galicia	16,57	13,16	9,53	8,01	23	17,89
Madrid	9,98	5,43	5,51	4,03	14,11	6,71
Murcia	13,06	12,37	7,3	6,91	18,91	17,92
Navarra	11,8	11,13	8,23	5,61	15,32	16,49
País Vasco	10,91	8,17	5,58	4,64	15,95	11,46
La Rioja	4,16	4,53	2,05	3,53	6,29	5,5
Ceuta	10,23	8,15	6,62	4,72	13,72	11,14
Melilla	10,23	3,35	6,62	4,08	13,72	2,51
España	11,55	9,61	6,63	5,69	16,28	13,35

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística

Tabla. Prevalencia declarada de trastornos mentales (%), según sexo (ESPAÑA)

	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Total Nacional	11,5 (06) 9,61 (11)	6,6 (06) 5,69(11)	16,28 (06) 13,35(11)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En población de 15 y más años, la prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales se situó en el 9,61%, continúa siendo llamativa la diferencia entre sexos, ya que es más del doble en el caso de las mujeres (13,35%) que en el de los hombres (5,69 %). Es necesario tener presente esta diferencia entre sexos, teniendo en cuenta la constante mayor prevalencia entre las mujeres, que sugiere la necesidad de atención específica a la misma.

3.2.3. Alcohol. Porcentaje de bebedores en riesgo de abuso alcohol

Comunidad Autónoma	2006			2009			2011*		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Andalucía	4,40	6,67	2,21	3,88	5,17	2,65	1,29	1,81	0,79
Aragón	3,33	4,66	2,04	1,34	1,86	0,84	2,98	3,94	2,04
Asturias	6,67	10,80	3,02	5,32	6,13	4,61	3,87	5,16	2,74
Baleares	4,26	5,68	2,86	1,38	0,65	2,10	1,70	1,81	1,59
Canarias	2,41	3,92	0,91	1,12	1,74	0,51	1,55	2,25	0,87

Cantabria	2,66	3,53	1,84	5,57	9,11	2,28	0,89	0,54	1,22
Castilla y León	3,47	4,19	2,78	4,55	6,27	2,88	3,59	4,75	2,46
Castilla La Mancha	7,76	12,50	3,05	5,37	7,34	3,39	2,37	3,59	1,13
Cataluña	4,05	5,39	2,74	1,79	1,73	1,84	1,09	0,81	1,36
Comunidad Valenciana	5,75	7,89	3,66	2,18	2,90	1,48	2,06	2,54	1,60
Extremadura	4,32	7,34	1,38	5,65	9,01	2,54	0,84	1,49	0,26
Galicia	6,32	9,99	2,98	2,42	2,19	2,62	0,93	0,68	1,16
Madrid	5,12	7,39	3,04	3,67	3,86	3,49	1,26	1,47	1,07
Murcia	3,92	4,91	2,92	4,15	5,50	2,76	0,62	0,00	1,26
Navarra	6,43	8,84	4,07	2,59	2,94	2,27	1,69	2,45	0,93
País Vasco	3,94	5,6	2,39	5,7	6,95	4,61	3,24	3,87	2,65
La Rioja	3,00	3,17	2,82	1,03	1,29	0,77	2,61	2,91	2,31
Ceuta	4,54	6,72	2,45	0,28	0,00	0,56	2,00	1,78	2,18
Melilla	4,54	6,72	2,45	1,62	1,54	1,71	0,00	0,00	0,00
España	4,70	6,80	2,69	3,24	4,01	2,51	1,69	2,05	1,35

* Los datos correspondientes a 2011 se refieren a población de 15 y más años.

Fuente: Tendencia del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol. Encuesta Nacional de Salud. 2006-2011. Para el año 2009 Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad / Instituto Nacional de Estadística.
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>

Figura 22. Evolución del porcentaje de población bebedora de riesgo de alcohol. Por sexo. España. 2006, 2009, 2011



Fuente: Encuesta Nacional de Salud. 2006-2011. Para el año 2009 se utiliza la Encuesta Europea de Salud en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad/Instituto Nacional de Estadística.

El consumo de bebidas alcohólicas constituye uno de los principales factores relacionados con el estado de salud de la población; está implicado en la etiología y/o desarrollo de un importante número de enfermedades (cardiovasculares, del aparato digestivo, neurológicas, cáncer, dependencia alcohólica, intoxicación aguda...) y problemas sociales (accidentes, violencia, absentismo laboral...).

En La Rioja, en 2012 el total de fallecidos mayores de 34 años por causas atribuidas al alcohol han sido 124 (85 hombres y 39 mujeres). En hombres supone el 5% de todas las causas y el 3% en mujeres. La mortalidad atribuida al alcohol es más del doble en hombres que en mujeres, a razón hombre-mujer de 2,2:1.

El consumo de bebidas alcohólicas está generalizado en la población de La Rioja. La última encuesta ESTUDES (2012) indica que el 86,2% del alumnado de 14-18 años ha consumido alcohol alguna vez en la vida, el 85% los últimos doce meses y el 80,1% los últimos 30 días. Se observa, comparando estas prevalencias con las de la encuesta del 2010, un importante incremento del consumo. La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días es en La Rioja, para este grupo de edad, del 40,1% y en España de 30,8%; la prevalencia de binge drinking (Beber 5 o más bebidas en hombres y 4 o más bebidas en mujeres en un intervalo de dos horas) es, en los últimos 30 días, del 40,8% en España y de 46,8% en La Rioja. Respecto a las diferencias por sexo, la prevalencia tanto en borracheras como de binge drinking sigue siendo mayor en los varones. La edad media de inicio en el consumo de alcohol se produce a los 13,5 años (España 13,9 años).

En la población de La Rioja de 16 y más años se observa un incremento de la prevalencia en el consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses, pasando del 62,5% en el 2006, al 67% en el 2011 por encima del valor nacional (65,6%).

Según los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, La Rioja presenta un porcentaje de bebedores de riesgo superior a la media nacional. Se observa, respecto al año 2006, un descenso del porcentaje de bebedores de riesgo, tanto en La Rioja como en España.

3.2.4. Consumo de drogas. Análisis de situación

Aunque el consumo y la dependencia de las drogas ilegales afectan a una proporción relativamente baja de la población, sus consecuencias conllevan importantes repercusiones sociales y sanitarias.

En el año 2012, las sustancias ilegales más consumidas por los estudiantes españoles de entre 14 y 18 años fueron, como en años anteriores, el cannabis consumido alguna vez por el 33,6 % del alumnado y los hipnosedantes por el 18,5%.

El consumo del resto de sustancias estudiadas se encuentra menos generalizado. Los hombres presentan, excepto en los hipnosedantes, mayores prevalencias que las mujeres.

La Rioja presenta prevalencias de consumo de cannabis entre la población de 14 a 18 años inferior a la media nacional. Han consumido alguna vez en la vida en España el 33,6% y en La Rioja 30,9%.

La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas (2011) señala el cannabis, hipnosedantes y tranquilizantes como las drogas ilegales con mayores prevalencias en población general. Por sexos, los hombres presentan mayores prevalencias de consumo de cannabis, cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/speed y setas mágicas y las mujeres hipnosedantes, somníferos y tranquilizantes.

En comparación con la encuesta anterior, año 2009, se observa una reducción en el consumo de todas las sustancias (excepto para los hipnosedantes, somníferos y tranquilizantes). Dicho descenso es más acusado en el caso del cannabis (32,1% en 2009; 27,4% en 2011) y cocaína (10,2% en 2009; 8,8% en 2011).

3.3. REINGRESOS

Se considera reingreso a todo aquél que produce una misma persona de manera no programada, en un periodo de tiempo inferior a 30 días tras su alta anterior, y por la misma causa.

Altas por trastornos mentales. Por CCAA. 2012

Comunidad Autónoma	Nº Altas	Estancia Media	Tasa de Reingresos	EM de Reingresos	Tasa reingresos < 8 días	Tasa reingresos de 8 a 30 días
España	71.392	14,71	9,05	13,78	3,50	5,55
Andalucía	9.910	14,22	11,56	14,85	4,93	6,63
Aragón	2.753	13,52	9,01	14,78	4,21	4,79
Asturias (Principado de)	2.461	12,77	8,53	13,65	3,54	5,00
Baleares (Islas)	2.261	14,57	9,46	15,16	3,72	5,75
Canarias	2.816	18,64	5,50	20,77	1,70	3,80
Cantabria	783	13,86	6,39	10,08	2,81	3,58
Castilla y León	4.984	18,92	9,15	13,09	2,89	6,26
Castilla - La Mancha	3.626	14,34	13,68	15,64	6,23	7,45
Cataluña ¹	7.283	11,91	5,37	9,67	2,32	3,05
Comunidad Valenciana	8.142	11,42	8,34	11,40	3,23	5,11
Extremadura	2.286	10,71	14,83	9,90	5,51	9,32
Galicia	4.515	16,53	7,97	16,42	2,77	5,20
Madrid (Comunidad de)	10.992	17,61	8,72	15,12	3,06	5,67
Murcia (Región de)	2.497	13,44	9,45	11,88	3,24	6,21
Navarra (Comunidad Foral)	1.174	17,58	6,39	18,25	1,96	4,43
País Vasco	4.321	14,70	8,84	12,08	2,94	5,90
Rioja (La)	334	13,15	8,08	9,33	4,19	3,89
Ceuta y Melilla						

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas

¹ Los datos publicados del CMBD de los hospitales de agudos del SNS correspondientes a Cataluña no incluyen la actividad de la mayor parte de los centros que forman la red de salud mental.

Existe una base de datos del CMBD de hospitalización psiquiátrica, donde declaran 22 centros de hospitalización psiquiátrica de Cataluña. La actividad de hospitalización psiquiátrica del año 2012 fue de 21.155 altas.

3.4 CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

- Dosis por habitante y día (DHD) de antidepresivos

	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	46,97	49,60	51,66	52,85	55,46
Aragón	57,91	60,89	64,32	64,21	65,01
Asturias (Principado de)	80,61	85,20	90,21	89,65	93,08
Baleares (Islas)	58,29	61,98	65,11	63,95	65,93
Canarias	48,82	52,04	52,97	53,19	56,64
Cantabria	55,50	59,00	62,48	63,36	66,03
Castilla La Mancha	56,29	60,45	62,20	63,51	66,09
Castilla y León	55,93	59,67	63,24	61,02	63,40
Cataluña	65,52	69,30	72,82	69,76	70,23
Comunidad Valenciana	50,82	53,86	56,02	54,51	55,89
Extremadura	73,32	78,47	81,27	82,96	87,63
Galicia	76,87	83,39	87,13	84,15	90,87
Madrid (Comunidad de)	42,93	45,46	48,23	48,71	49,43
Murcia (Región de)	53,78	57,35	60,57	60,92	63,65
Navarra (Comunidad Foral de)	59,49	62,95	65,98	64,65	65,83

País Vasco	49,60	52,62	55,38	55,49	56,51
Rioja (La)	52,85	55,89	59,29	58,35	59,45
ESPAÑA	55,15	58,56	61,31	60,70	62,71

Fuente: SI-CF. MSSSI

- Dosis por habitante y día (DHD) de antipsicóticos

	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	8,59	8,84	9,13	9,33	9,71
Aragón	9,24	9,21	9,27	9,41	9,18
Asturias (Principado de)	12,79	13,23	14,24	14,55	14,77
Baleares (Islas)	8,53	8,82	8,94	8,81	8,98
Canarias	10,98	11,40	11,49	11,45	11,95
Cantabria	9,31	9,75	10,10	10,01	9,90
Castilla La Mancha	8,82	9,24	9,42	9,63	9,45
Castilla y León	11,44	11,90	12,39	12,42	12,56
Cataluña	11,62	12,17	12,78	12,51	12,84
Comunidad Valenciana	10,70	11,14	11,45	11,45	11,56
Extremadura	10,06	10,53	10,98	11,05	11,43
Galicia	13,72	14,38	14,92	14,65	15,61
Madrid (Comunidad de)	7,13	7,31	7,53	7,65	7,68
Murcia (Región de)	12,35	13,07	13,57	13,76	14,29
Navarra (Comunidad Foral de)	8,18	8,42	8,79	8,86	8,63
País Vasco	11,53	11,95	12,34	12,70	12,70
Rioja (La)	8,01	8,27	8,61	8,67	8,67
ESPAÑA	10,08	10,47	10,83	10,86	11,10

Fuente: SI-CF. MSSSI

• Dosis por habitante y día (DHD) de sustancias hipnóticas, sedantes y ansiolíticas

	2009	2010	2011	2012	2013
Andalucía	27,78	28,87	29,81	30,43	31,03
Aragón	27,83	28,71	29,53	29,38	29,48
Asturias (Principado de)	25,57	26,07	26,49	26,67	27,22
Baleares (Islas)	21,29	21,78	22,05	21,89	22,07
Canarias	33,88	35,01	35,40	36,56	38,66
Cantabria	38,82	40,83	42,49	43,75	44,93
Castilla La Mancha	19,82	20,59	20,68	21,31	21,85
Castilla y León	24,37	25,73	27,01	27,15	28,57
Cataluña	27,34	28,30	29,30	28,53	28,94
Comunidad Valenciana	23,72	24,46	24,54	23,89	24,42
Extremadura	22,96	23,84	24,22	24,54	25,35
Galicia	25,87	27,60	28,13	27,52	29,96
Madrid (Comunidad de)	18,80	19,42	20,32	20,60	20,81
Murcia (Región de)	22,25	23,14	23,88	24,25	25,19
Navarra (Comunidad Foral de)	41,74	42,34	42,31	41,92	41,45
País Vasco	35,15	36,83	38,16	38,77	39,57
Rioja (La)	31,66	33,08	34,32	34,70	35,39
ESPAÑA	25,84	26,83	27,57	27,63	28,35

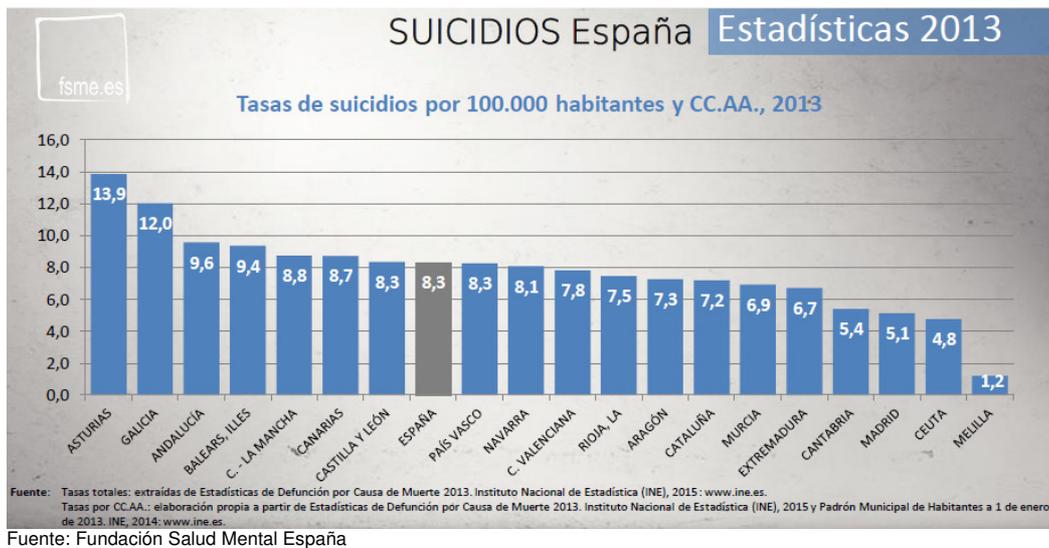
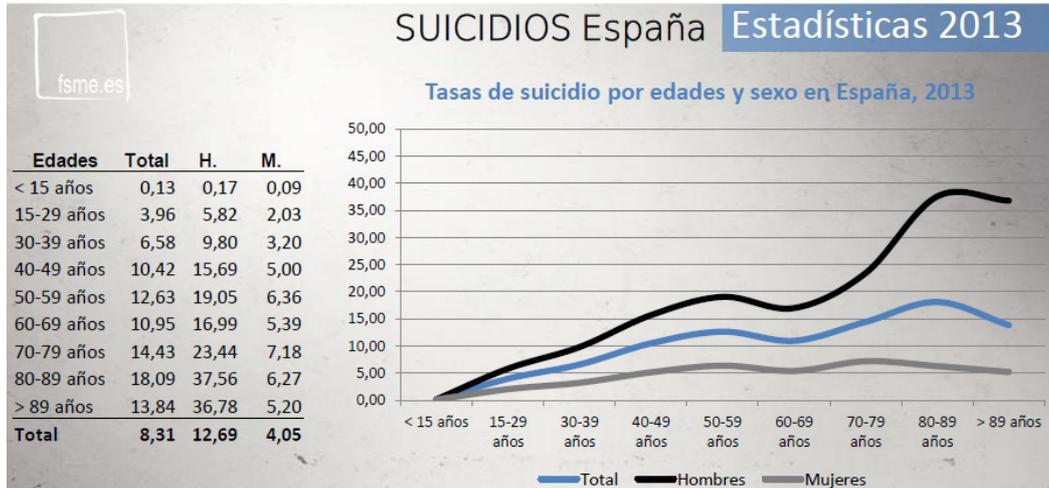
Fuente: SI-CF. MSSSI

3.5. SUICIDIO

En el periodo 2005-2014 han fallecido por suicidio en La Rioja 278 personas, 219 hombres y 59 mujeres, con un promedio de 28 muertes al año. La razón hombre/mujer ha sido de 3,7. La tasa ajustada media de los hombres es de 13,5 por 100.000 y de 3,2 en las mujeres.

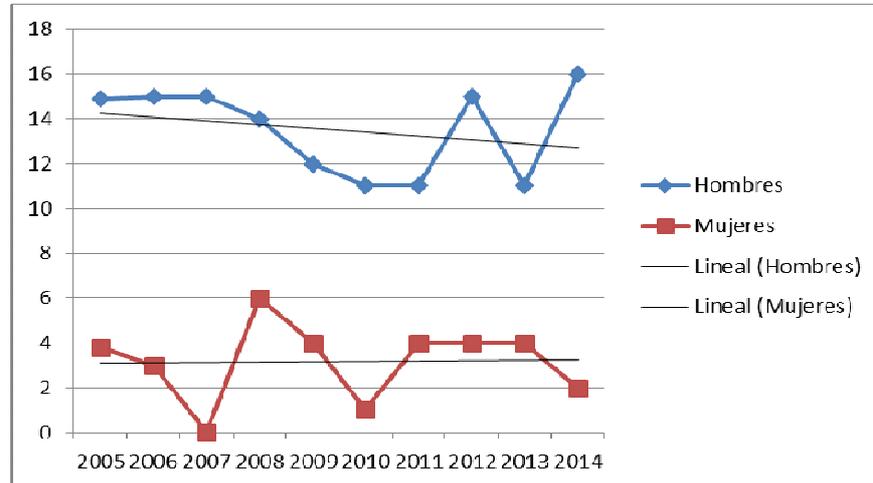


Fuente: Fundación Salud Mental España



En la figura siguiente se observa la evolución de las tasas ajustadas en el periodo, se aprecia un descenso en la tasa de los hombres y sin cambios en la de las mujeres. Las tasas están ajustadas con la población europea de 2013.

Tasas ajustadas por 100.000 de mortalidad por suicidio en el periodo 2005-2014 en La Rioja.



Fuente: Registro de Mortalidad de La Rioja

El suicidio es una causa de muerte que además de estar relacionada con el sexo, también guarda relación con la edad. En un estudio sobre el suicidio en La Rioja en el periodo 1980-2005 se identificaron como grupos de riesgo los hombres mayores de 75 años y los jóvenes.

En las siguientes tablas se presentan el nº de casos y las tasas brutas de mortalidad por 100.000, por grupos de edad para los hombres y las mujeres.

Nº de casos de mortalidad por suicidio por año y grupos de edad en hombres en el periodo 2005-2014 en La Rioja

Año	15-24	25-44	45-64	65-84	85 y +	total
2005	0	7	6	9	2	24
2006	2	5	6	10	0	23
2007	0	6	7	5	4	22
2008	1	6	9	5	2	23
2009	2	10	5	6	0	23
2010	0	4	5	8	0	17
2011	1	3	6	6	1	17
2012	3	4	4	10	2	23
2013	0	9	4	5	3	21
2014	0	11	8	6	1	26
TOTAL	9	65	60	70	15	219

Fuente: Registro de Mortalidad de La Rioja

Nº de casos de mortalidad por suicidio por año y grupos de edad en mujeres en el periodo 2005-2014 en La Rioja

Año	15-24	25-44	45-64	65-84	85 Y +	total
2005	0	5	1	1	0	7
2006	0	0	1	3	1	5
2007	0	1	0	0	0	1
2008	1	3	3	2	0	9
2009	0	0	4	3	0	7
2010	1	0	0	1	0	2
2011	0	0	2	3	3	8
2012	0	2	1	3	1	7
2013	0	4	3	1	0	8
2014	0	0	3	2	0	5
TOTAL	2	15	18	19	5	59

Fuente: Registro de Mortalidad de La Rioja

Tasas brutas de mortalidad por 100.000 por suicidio por año y grupos de edad en hombres en el periodo 2005-2014 en La Rioja

Año	15-24	25-44	45-64	65-84	85 y +
2005	0	51,5	60,7	154,6	92,8
2006	23	38	62,4	193,6	0
2007	0	44,8	74,8	101,7	167,5
2008	10,4	45	85,7	80,8	77,6
2009	21,2	71,7	48,1	99,3	0
2010	0	29,8	49,3	145,7	0
2011	11,5	20,7	58,6	117,6	32
2012	35,6	28,3	33,7	177	60,5
2013	0	83,2	36	80	87,3
2014	0	89,4	72,5	104,4	28

Fuente: Registro de Mortalidad de La Rioja

Tasas brutas de mortalidad por 100.000 por suicidio por año y grupos de edad en mujeres en el periodo 2005-2014 en La Rioja

Año	15-24	25-44	45-64	65-84	85 y +
2005	0	42	13,7	15,2	0
2006	0	0	12	49	20,5
2007	0	8,5	0	0	0
2008	11	24	34,3	29,2	0
2009	0	0	45	50	0
2010	11,5	0	0	13,6	0
2011	0	0	20,4	43	47,4
2012	0	16	10,6	42,3	15
2013	0	30,6	17	16,2	0
2014	0	0	28	30,5	0

Fuente: Registro de Mortalidad de La Rioja

4. OFERTA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL

4.1. DOTACIÓN DE LA OFERTA DE ATENCIÓN

4.1.1. DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN

Los servicios asistenciales de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud se estructuran en los siguientes dispositivos:

- Unidades de Salud Mental (USM).
- Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ).
- Unidad de Hospitalización de Breve (UHB). Hospital San Pedro (18 camas).
- Unidad de Hospitalización de Media Estancia y Rehabilitación (UHME). Hospital de La Rioja (26 camas).
- Centro de Salud Mental Albelda de Iregua (CSMAI) (140 camas).
- Unidad de Rehabilitación Psicosocial de Área (URA). Hospital de La Rioja.
- Unidad Trastornos Alimenticios (UTA).

UNIDADES DE SALUD MENTAL (USM).

Las USM se establecen como los dispositivos “puerta de entrada” a la Red de Salud Mental de La Rioja, así como los dispositivos para el seguimiento comunitario del paciente. La asistencia prestada en éste tipo de dispositivos soporta el seguimiento de la mayor parte de los pacientes atendidos en la Red de Salud Mental de nuestra Comunidad, constituyendo, por tanto, la actividad asistencial más polivalente en sus objetivos y en las modalidades terapéuticas. La asistencia comunitaria prestada en estos dispositivos, constituye el eje sobre el que se organiza todo el proceso asistencial de las personas con trastornos mentales.

En la actualidad estas unidades se encuentran ubicadas en el Centro de Salud Espartero y Siete Infantes de Lara, en Logroño; Centro de Salud de Calahorra, nuevo Centro de Salud de Arnedo y Centro de Salud de Cervera en Rioja Baja; y Centro de Salud de Haro, Centro de Salud de Nájera y Centro de Salud de Santo Domingo en Rioja Alta.

Desde estas unidades se presta una atención sanitaria integral. El equipo interdisciplinar de salud mental esta compuesto por, al menos, un psiquiatra, un psicólogo/a clínico y un enfermero/a especialista en salud mental. Se dispondrá así mismo de personal administrativo y auxiliar de enfermería.

Objetivos: promoción de la salud mental, diagnóstico precoz, mejoría psicopatológica y conductual del paciente desde la asistencia en la comunidad,

que permita la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando un plan continuado de atención. Coordinación con las Unidades de Hospitalización para asegurar la continuidad de los cuidados al alta del paciente y la calidad de los mismos. Desarrollar líneas de formación e investigación.

Entre los datos epidemiológicos que nos aporta el Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos se muestra una prevalencia atendida que, al igual que en el resto de España, mantiene una línea ascendente desde hace más de 10 años. Este incremento constante de la atención que afecta a todos los grupos diagnósticos adquiere una relevancia especial en los trastornos mentales mas leves.

UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL (USMIJ).

El acceso a la USMIJ se produce a través de Atención Primaria, Pediatras y Médicos de Familia y especialistas de Hospital San Millán S. Pedro. Los pediatras son la clave en la detección del trastorno y facilita la atención sanitaria a los casos menos graves y más frecuentes.

La población que atiende actualmente la USMIJ es toda la población de niños y adolescentes menores de 18 años.

El equipo interdisciplinar de la USMIJ esta compuesto por, al menos, dos psiquiatras, un psicólogo clínico, un psicólogo clínico a tiempo parcial y un enfermero. Dispone así mismo de personal administrativo y auxiliar de enfermería a tiempo parcial.

Las premisas de trabajo de la USMIJ en las actividades diarias son el trabajo en equipo, la confidencialidad en las actuaciones, la equidad en el acceso a los servicios y tratamientos (independientemente tengan Seguridad Social, compañías...), la mejora continua de la calidad como objetivo, el respeto y defensa de los derechos del niño/ adolescente, la alianza terapéutica con el niño y adolescente, así como con la familia, y la visión integral bio-psico-social del paciente.

Las funciones de los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil abarcan cuatro áreas:

1. Clínico-Asistencial.
 - a. Atender a los pacientes que son remitidos desde Atención Primaria (AP) u otros servicios sanitarios.
 - b. Realizar interconsulta extrahospitalaria con profesionales sanitarios y educación.
 - c. Apoyar y asesorar a los equipos de atención primaria y a otros profesionales de la CCAA.
 - d. Derivar a otros dispositivos de la red de asistencia en Salud Mental u servicios relacionados con la infancia.
2. Promoción y Prevención.
3. Coordinación y Gestión.

- a. Trabajadores sociales de los equipos de salud.
- b. Educación, con los Equipos Psicopedagógicos de área y /o profesores. Y con Centros Específicos de Educación Especial.
- c. *Servicios Sociales*, con trabajadores de los distintos estamentos, ayuntamiento, CC.AA., Menores, pisos tutelados, etc.
- d. *Justicia*, centro de reclusión, informes a juzgado, peritaciones etc..

4. Investigación, Formación y Docencia

Las tablas de prevalencia e incidencia de la población atendida por trastorno mental en los niños de la La Rioja va ascendiendo de forma considerable, al igual que en otras CC.AA. De forma que en el año 2006 los datos de prevalencia son el doble que en 1999.

UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN BREVE (UHB) HOSPITAL SAN PEDRO (18 CAMAS).

La hospitalización ha de contemplarse dentro del conjunto de medidas que comprende el proceso terapéutico. Deberá realizarse cuando aporte más beneficios terapéuticos que las intervenciones realizadas en el entorno familiar y social y su duración estará, siempre, en función de criterios clínicos.

La Unidad de Hospitalización Breve se define como una Unidad de Hospitalización para tratamientos intensivos en régimen de atención continuada, con dotación de personal especializado y con un tiempo de estancia breve. Física y funcionalmente integrada en el Hospital San Pedro atenderá a todos los pacientes que remitidos desde las USM cumplan los criterios de derivación establecidos. La atención no se limitará a la hospitalización psiquiátrica, debiéndose atender las Urgencias Psiquiátricas así como las Interconsultas y la Psiquiatría de Enlace del Hospital.

De las 18 camas disponibles existen dos en espacio diferenciado para la atención a pacientes de 15 a 17 años. Los ingresos de 14 o menor edad debe realizarse en el Servicio de Pediatría.

El equipo interdisciplinar de la UHB esta compuesto por médicos psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, auxiliares de enfermería, trabajador social y personal administrativo.

Objetivos: función de apoyo en la USM en el momento evolutivo de la enfermedad que requiera hospitalización, diagnóstico precoz, mejoría psicopatológica y conductual del paciente desde la hospitalización. Coordinación con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental al alta del paciente asegurando la continuidad de los cuidados y la calidad de los mismos. Desarrollar líneas de formación e investigación.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA Y REHABILITACIÓN (UHME) HOSPITAL DE LA RIOJA (26 CAMAS).

En esta unidad, ubicada en la tercera planta (izquierda) del Hospital de La Rioja, se lleva a cabo en régimen de hospitalización la asistencia de pacientes con estancias medias, que presenten una patología psíquica con una evolución subcrónica-crónica, a través de la integración del tratamiento, el cuidado y la rehabilitación. Esta dedicada a pacientes generalmente refractarios a diversos tratamientos en numerosos dispositivos, en los que persiste clínica severa que impide su manejo ambulatorio y su adaptación a un entorno social normalizado.

El equipo interdisciplinar de la UHME esta compuesto por médicos psiquiatras, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermería, trabajador social y personal administrativo.

Objetivos: mejoría psicopatológica y conductual en el paciente, que permita la intervención de los demás dispositivos comunitarios, garantizando un plan continuado de atención y evitando la desvinculación con su entorno sociofamiliar de origen. Rehabilitación de déficits y potenciación del autocuidado. Coordinación con el entorno socio – comunitario y con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental asegurando la continuidad de los cuidados y la calidad de los mismos. Desarrollar líneas de formación e investigación.

CENTRO DE SALUD MENTAL ALBELDA DE IREGUA.

El Centro de Salud Mental de Albelda se contempla como elemento asistencial de carácter hospitalario, integrado en la red de salud mental del Servicio Riojano de Salud, para cuidado y tratamiento de pacientes con enfermedad mental severa y alta dependencia psiquiátrica que requieren un periodo largo de tratamiento especializado.

El proyecto asistencial está basado en un modelo de rehabilitación psiquiátrica (bio-psico-social) con abordaje interdisciplinar, orientado a la reinserción familiar y social, o en su caso, a la residencialización especializada.

El Centro se estructura en tres dispositivos diferenciados:

1- Unidad de Larga Estancia.

Destinada a pacientes con TMG y alta dependencia psiquiátrica que necesitan de forma prolongada de estabilización sintomática, además de contención conductual y rehabilitación de su funcionamiento psicosocial. Dispositivo para pacientes que cumplan los criterios de derivación establecidos en protocolo de ingreso y con indicación positiva para abordar objetivos terapéuticos que no puedan lograrse desde los otros niveles.

2- Unidad de Gerontopsiquiatría y enfermos mentales sociosanitarios.

En su área gerontopsiquiátrica orientada como dispositivo residencial asistido, para enfermos mentales con largos periodos de institucionalización y no externalizables por presentar psicopatología activa que impida una convivencia residencial normalizada y precisan supervisión psiquiátrica específica frecuente.

En su área sociosanitaria, destinada a un grupo que se puede denominar “remanente manicomial” para el cual la deseable desinstitucionalización, no se ve favorecida por el insuficiente desarrollo de las atenciones sociales comunitarias necesarias que ayudasen a compensar la discapacidad y dependencia de largos periodos de hospitalización. Actualmente el ingreso en esta unidad sería bajo estricta indicación psiquiátrica de pacientes mayores de 65 años procedentes de ULE y no externalizables por precisar supervisión psiquiátrica específica constante.

3- Unidad de minusválidos psíquicos.

Área destinada a pacientes con retraso mental grave procedentes de anteriores esquemas asistenciales y actualmente difíciles de ubicar en dispositivos específicos. No existe indicación para nuevos ingresos.

El equipo interdisciplinar del centro esta compuesto por médicos psiquiatras, médicos generales, psicólogo clínico, enfermeros especialistas en salud mental, trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, auxiliares de enfermería y personal administrativo.

Objetivos: mejoría psicopatológica y conductual en el paciente. Rehabilitación de la autonomía y las discapacidades, con mejora de habilidades sociales y de autocuidado. Evitar la institucionalización de personas que pertenezcan a grupos de riesgo. Externalizar a los pacientes con capacidad de integración en la comunidad que estén institucionalizados. Externalizar a las personas mayores con escasa dependencia psiquiátrica a dispositivos residenciales normalizados. Coordinación con el entorno socio – comunitario y con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental. Desarrollar líneas de formación e investigación.

UNIDAD DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL DE ÁREA (URA) HOSPITAL DE LA RIOJA.

La Unidad de Rehabilitación de Área, enmarcada en una perspectiva de Rehabilitación Psicosocial Comunitaria viene prestando sus servicios desde marzo de 1996 y actualmente se encuentra ubicada en la planta baja del Hospital de La Rioja. Este dispositivo va orientado al tratamiento de Trastornos Mentales Severos dirigiéndose en primera instancia a los primeros brotes con el fin de evitar la cronicidad y prevenir el posible deterioro; también contempla el tratamiento en trastornos de larga evolución con la finalidad de paliar los déficits y dotar de las capacidades necesarias para su completa integración socio comunitaria.

Desde la Unidad se realiza un abordaje intensivo a través de actuaciones psicoterapéuticas y psicoeducativas, individuales y grupales, centradas en las diferentes áreas de intervención derivadas del Plan Individualizado de Rehabilitación elaborado para cada paciente susceptible de acudir a esta unidad.

El equipo multidisciplinar esta compuesto por psicólogo clínico, enfermero especialista en Salud Mental, trabajador social, terapeuta ocupacional, tres auxiliares de enfermería y auxiliar administrativo de apoyo.

Objetivos: orientados a la plena integración de la persona en su medio, evitando el internamiento, cronificación y recaídas mediante la evaluación individualizada de los pacientes susceptibles de acudir a la U.R.A. y la elaboración y puesta en práctica del Plan Individualizado de Rehabilitación, a través de las actividades específicas necesarias en las diferentes áreas de intervención. Valoración de los programas y actividades como indicadores del funcionamiento de las prestaciones que oferta la Unidad de Rehabilitación. Coordinación con el entorno socio comunitario y con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental las USM para detectar la población susceptible de beneficiarse de los programas de Rehabilitación Psicosocial y llevar a cabo conjuntamente las actuaciones pautadas en el Plan Individualizado de seguimiento de cada paciente. Desarrollar líneas de formación e investigación.

UNIDAD DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS (UTA)

La Unidad de Trastornos Alimenticios (UTA) se trata de un dispositivo asistencial de tratamiento activo y específico de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

La Unidad se compone de consulta de psicología clínica, específica para TCA (un día a la semana), ubicada en la Unidad de Salud Mental de Espartero; consulta de médico endocrino, a demanda, ubicada en Hospital San Pedro; y comedor terapéutico dirigido por psicólogo clínico y enfermero especialista ubicado en el Hospital de La Rioja. Su actividad asistencial se coordina directamente con los psiquiatras de las Unidades de Salud Mental.

Objetivos generales: gestionar el tratamiento y cuidados terapéuticos del paciente con trastorno de la conducta alimentaria evitando en la medida de lo posible la ruptura con su medio socio-familiar y laboral/escolar, ofreciendo la concentración y coordinación de los recursos terapéuticos. Rehabilitación nutricional, objetivado por el aumento del peso para hacer posible el abordaje psicológico posterior. Adecuación conductual. Rehabilitación de déficits. Potenciación del autocuidado. Coordinación con el entorno socio – comunitario y con el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental. Desarrollar líneas de formación e investigación.

Tabla. La Rioja Red de Salud Mental. Camas hospitalarias 2009.

Tipo de Unidad	Nº de camas	Camas/100.000 h.
Corta estancia; Hospital San pedro	18	5,67
Media estancia; Hospital de La Rioja	26	8,19
Larga estancia; Centro de Salud Mental Albelda	30	9,45
Subtotal camas Psiquiatricas	74	23,31
Camas Sociosanitarias; Centro de Salud Mental Albelda	110	
Total Camas	184	57,95

Fuente: Subdirección de Salud Mental

Tabla. España / CC AA, año 2009
Nº Hospitales Psiquiatricos y Camas (Tasas/ 100.000 habitantes)

	Nº Hospitales	Nº Camas	Población 2009	Tasa/100.000 hb
Navarra	4	377	630.578	59,79
Pais Vasco	10	1.759	2.172.175	80,98
Cantabria	2	504	589.235	85,53
Asturias	2	79	1.085.289	7,28
Galicia	5	443	2.796.089	15,84
Aragon	6	864	1.345.473	64,22
Cataluña	24	5.529	7.475.420	73,96
Comunidad Valenciana	5	627	5.094.675	12,31
Murcia	3	200	1.446.520	13,83
Castilla La Mancha	4	403	2.081.313	19,36
Madrid	9	1.899	6.386.932	29,73
Andalucía	7	1.147	8.302.923	13,81
Extremadura	2	816	1.102.410	74,02
Castilla León	4	477	2.563.521	18,61
Canarias	2	138	2.103.992	6,56
Baleares	1	157	1.095.426	14,33
La Rioja	1	140	321.702	43,52
Ceuta	0	0	78.674	0,00
Melilla	0	0	73.460	0,00
Total España	91	15.559	46.745.807	33,28

Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, Prestaciones y centros sanitarios, catalogo general de Hospitales.
Población: INE Cifras de población referidas al 01/01/2009 Real Decreto 1918/2009, de 11 de diciembre, resumen por Comunidades Autónomas.

PROPUESTA DE NUEVO SERVICIO. HOSPITAL DE DIA PARA LA ATENCIÓN AL TRASTORNO MENTAL GRAVE (HD)

Los Hospitales de Día (HD) son una adquisición reciente de la psiquiatría. Olivos (1985) plantea que entre los avances de la psiquiatría durante el siglo XX, quizás la evolución más importante concierne a los principios mismos de la función psiquiátrica y sus relaciones con el conjunto de la sociedad. El Hospital de día, como estructura terapéutica, surgiría dentro de esta evolución y su historia permitiría reconocer ciertas etapas que señalarían a la vez los cambios de la inserción de la psiquiatría en la sociedad y las modificaciones técnicas de los recursos terapéuticos. Desde su origen el HD fue dotado de sus principales ventajas, desaparición de las camas, trabajo en equipo, trabajo con las familias y presencia en la comunidad. Pitt y Markowe señalan como interés respecto a los Hospitales de Día en la atención al TMG la posibilidad de tratar a los enfermos que de otra forma habrían necesitado hospitalización completa; su capacidad de facilitar la transición desde la hospitalización completa a la comunidad; así como su capacidad de garantizar tratamientos que por su complejidad no podrían llevarse a cabo en consulta externa; intereses que en todos los casos reducen el tiempo de hospitalización completa del paciente, reducen el hospitalismo e institucionalización y mejoran la calidad de la atención cercana al entorno social del paciente.

Ubicado en el Hospital de La Rioja, el equipo interdisciplinar del HD contará con psiquiatra, psicólogo clínico, enfermeros/as especialistas en salud mental, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional y personal administrativo.

Objetivos generales del dispositivo: ofrecer una alternativa a la hospitalización (disminuir el número de ingresos y reingresos en hospitalización completa, disminuir estancias en hospitalización completa, disminución de la frecuentación a servicios de urgencias y otros servicios sanitarios). Favorecer la continuidad de cuidados en el ámbito comunitario, incrementando la calidad del proceso asistencial. Mejorar el costo-efectividad del tratamiento integral en personas con TMG. Favorecer el inicio del proceso de rehabilitación y rentabilización de recursos mediante el uso de técnicas grupales. Contribuir a reducir el estigma que tienen las personas con TMG. Promover la participación.

Objetivos clínicos: observación, diagnóstico y ajuste psicofarmacológico. Mejorar la resolución de episodios agudos. Contención y manejo conductual en desestabilizaciones psicopatológicas. Prevenir recaídas. Mejorar la dinámica familiar y/o ambiental; favoreciendo la incorporación de los familiares al proceso terapéutico. Mejorar la adherencia al tratamiento. Favorecer la prevención y resolución de problemas de la salud general no atendidos previamente, muchos de los cuales pudieran actuar eventualmente como causa de descompensación y hospitalización completa.

4.1.2. RECURSOS HUMANOS

A continuación se expone la evolución de los recursos humanos destinados a la atención a la Salud Mental en la Red de Salud Mental del SERIS.

Evolución Recursos Humanos de Salud Mental

	1985	1995	2000	2009	2015
Psiquiatras	10	16	17	20	18
Psicólogos	4	9	10	13	13
DUE	5	19	21	42	42
T.Social	1	2	2	2	2
T.Ocupacional			1	2	2
Aux Clínica	95	71	71	85	95

Evolución Recursos Humanos de Salud Mental

Tasas/100.000 hb

	1985	1995	2000	2009	2015
Psiquiatras	3,90	5,96	6,19	6,22	5,68
Psicólogos	1,56	3,35	3,64	4,04	4,10
DUE	1,95	7,07	7,65	13,06	13,25
T.Social	0,39	0,74	0,73	0,62	0,63
T.Ocupacional			0,36	0,62	0,63
Aux Clínica	37,07	26,43	25,86	26,42	29,96

Fuente:

Población 2015 INE.

Cuadro comparativo de tasas/100.000 según grupo de profesionales

Profesionales de Salud Mental	La Rioja 2015	España 2005	Media europea 2005
Tasas/100.000 hb			
Psiquiatras	5,68	6,5	11,1
Enfermeros Especialistas S.M.	13,25	9,9	37,8
Psicólogos	4,1	4,3	18

Fuente:

**Media Europea /100.000hb Proyecto Atlas-2005,
OMS.**

Espana: Observatorio de salud Mental AEN 2005

La Rioja Red de Salud Mental

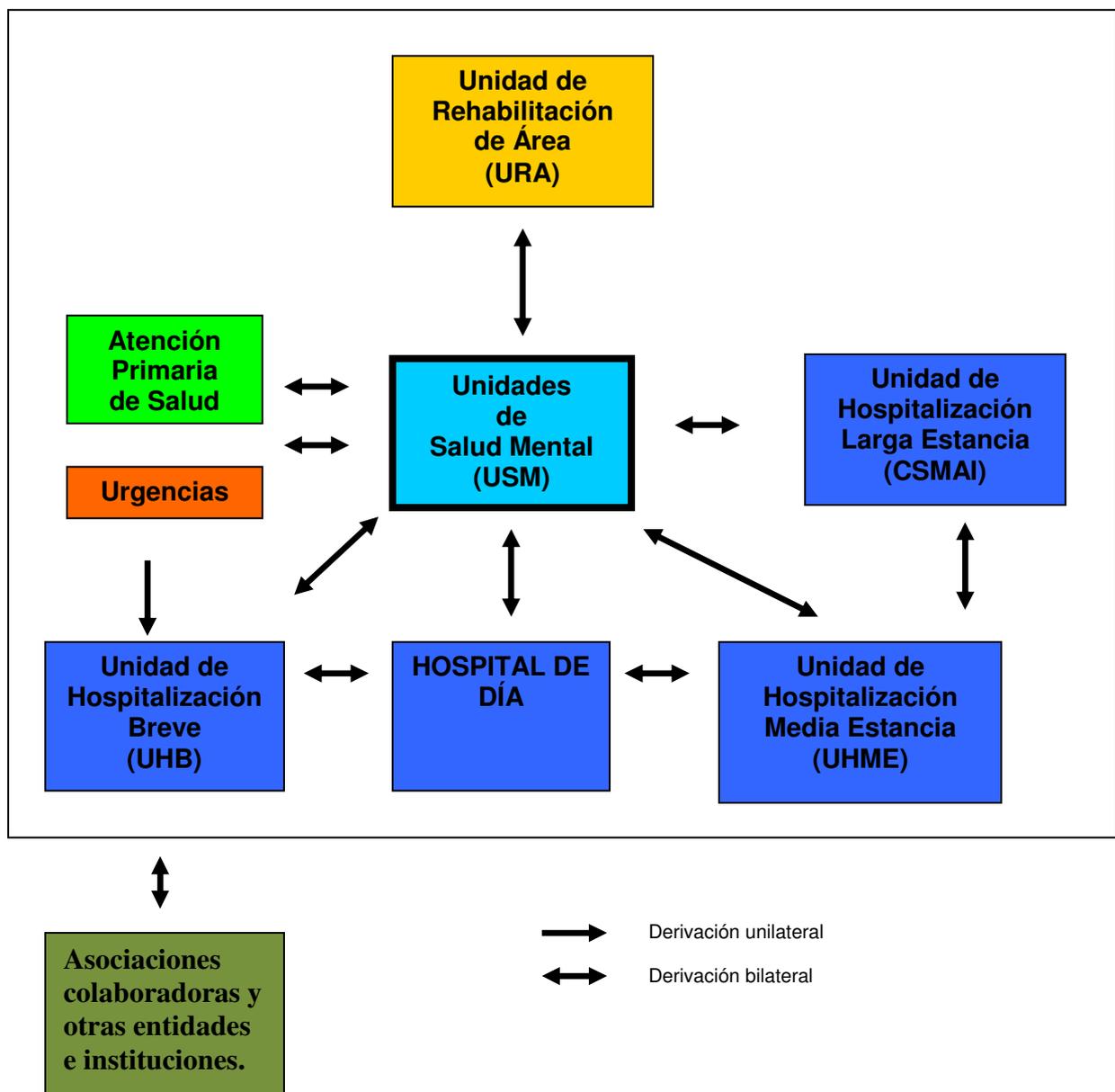
Profesionales por centros de atención

31/12/2015

Profesionales	Psiquiatras	MIRM.Grales	Psicologos	D.U.E.S.	T.Social	T.Ocupacional	Fisioterapeuta	Aux. Enf.	Administrativos	Total Red S. Mental
	Clínicos									
Dispositivo USM/ Espartero	4	1	4	4	0	0	0	1	1	15
USM / Siete Infantes	3	0	2	1	0	0	0	0	0	6
USM Rioja Baja	3	0	1	3	0	0	0	0	0	7
USM Rioja Alta	1	0	1	1	0	0	0	1	0	4
USM Infanto/Juvenil	1	0	2	1	0	0	0	0	0	4
U. Rehabilitación Area	0	0	1	1	1	1	0	3	0	7
H. Corta Estancia	3	1	1	9	0	0	0	13	1	28
H. Media Estancia	2	0	0	7	0	1	0	11	0,5	21,5
Centro Salud Mental Albelda	1	1	1	15	1	1	1	66	0	87
									0	
									0	
Total	18	5	13	42	2	3	1	95	2,5	179,5

4.2. FLUJO Y DERIVACIONES.

La atención sanitaria a la salud mental incluye prestaciones de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, que son dispensadas por diferentes profesionales desde distintos dispositivos sanitarios. Para garantizar la atención integral, se expone a continuación el diagrama de flujos y derivaciones de pacientes entre los distintos dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud y derivaciones bidireccionales con asociaciones y entidades e instituciones colaboradoras (los detalles de derivación se establecerán en el mapa de recursos de salud mental de La Rioja según los establecido en la recomendación primera de la línea 4 de este plan).



5. LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA LA SALUD MENTAL EN LA RIOJA

El presente Plan fija como objetivo prioritario completar y consolidar la Red de Salud Mental del Servicio Riojano de Salud, con el fin de mejorar la atención integral a la salud mental, prevaleciendo el enfoque comunitario y el abordaje biopsicosocial del trastorno mental, en consonancia con el concepto de salud que promulga la OMS, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y tal y como apostaba el modelo de reforma psiquiátrica iniciado en España en el año 1985.

LINEAS ESTRATEGICAS

LINEA 1.- Promoción de la Salud Mental.

LINEA 2.- Prevención de la Enfermedad Mental.

LINEA 3.- Asistencia a los Trastornos Mentales.

- 1. Salud Mental en Atención Primaria.**
- 2. Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente.**
- 3. Prevención del Suicidio.**
- 4. Asistencia a los Trastornos relacionados con abuso de alcohol y conductas adictivas.**
- 5. Asistencia a la Salud Mental en la edad Infanto-Juvenil.**
- 6. Asistencia en la Salud Mental Geriátrica.**

LINEA 4.- Coordinación Interinstitucional y con Asociaciones de pacientes y Familiares.

LÍNEA 5.- Actuaciones frente a la discriminación y lucha contra el estigma social de las personas con problemas de salud mental.

LINEA 6.- Formación a los profesionales e investigación en Salud Mental.

LINEA 7.- Calidad y Evaluación en los Servicios de Salud Mental.

LINEA 1.- Promoción de la Salud Mental

Objetivo general

Promocionar la salud mental y el bienestar emocional en la población general y en grupos específicos de edad.

Objetivos específicos

-Fomentar apariciones periódicas en medios de comunicación con información relativa a salud mental.

-Fomentar la información y formación en materia de salud mental a población general.

Recomendaciones

- Desarrollar un proyecto de colaboración con los medios de comunicación sobre hábitos saludables de promoción de la Salud Mental. Fomentar apariciones periódicas en los medios de comunicación con información relativa a la enfermedad mental y a las personas con trastornos mentales graves.

- Crear guías de información y orientación sobre el bienestar mental de niños y adolescentes dirigida a padres, educadores y profesionales (no especializados en salud mental) que los ayude a comprender las problemáticas más frecuentes en este sector de la población, los factores de riesgo y de protección, así como posibles pautas de intervención y los canales de búsqueda de ayuda e información especializada.

- Realización de actividades de sensibilización y educación para la promoción de la salud mental con el objeto de reducir el estigma asociado y promover el bienestar emocional. Celebrar, en torno al Día Mundial de la Salud Mental, actos institucionales y actividades orientadas al conocimiento de la salud mental (charlas, cursos, ciclos de cine o teatro, actividades deportivas, exposiciones, etc.).

-Fomentar y mejorar la promoción de la salud mental a través de la utilización de las redes sociales e internet. Implantar medidas dirigidas a favorecer que las nuevas tecnologías sean un instrumento que promueva la salud mental.

-Desarrollar programas para la formación en habilidades de afrontamiento y manejo de estrés en adolescentes y jóvenes.

-Realizar actuaciones orientadas a informar y sensibilizar al profesorado, como agentes educativos de los alumnos.

-Fomentar la investigación de indicadores de impacto.

Indicadores

- Número de intervenciones anuales en medios de comunicación relativas a promoción de la Salud Mental.

-Número de actividades de sensibilización y educación para la salud realizadas después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.

-Nivel de satisfacción, medido mediante encuestas, del público participante en las actividades de promoción de la salud mental.

-Existencia de programas multisectoriales operativos de promoción y prevención en materia de salud mental [sí/no].

-Número de intervenciones anuales, por parte de Enfermería de Salud Mental y atención primaria, destinadas a los cuidados de salud mental de los pacientes y a la trasmisión de hábitos saludables y recomendaciones en salud.

LINEA 2.- Prevención de la Enfermedad Mental

Objetivo general

Prevención de la enfermedad mental

Objetivos específicos

-Coordinación en materia preventiva con los equipos de Atención Primaria, especializada, equipos psicopedagógicos, universidad, y otros agentes involucrados.

-Impulsar la atención temprana a la salud mental como recurso preventivo.

-Traslado social de la corresponsabilidad de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Recomendaciones

-Incrementar la colaboración con los equipos de Atención Primaria, equipos psicopedagógicos, universidad, y otros agentes comunitarios en la detección de factores de riesgo de las patologías psiquiátricas más prevalentes en la población general y en grupos de riesgo.

-Realización de actividades de prevención de salud mental en los ámbitos comunitario, laboral y de la Atención Primaria de Salud.

-Analizar la prevalencia del estado de salud mental de los adolescentes riojanos.

-Elaboración de informes científicos sobre el estado de salud mental de los adolescentes riojanos.

-Desarrollo de un protocolo estandarizado de detección del riesgo de trastorno mental grave.

-Apoyo a las familias. Impulsar el ejercicio positivo de responsabilidad familiar, parentalidad positiva promoviendo el desarrollo en los padres de cuidados que favorezcan el desarrollo evolutivo psicológico.

-Programas de embarazo/parto/psicosis y depresión posparto.

-Programa de prevención y promoción específicos en población diana. Familias con niños de alto riesgo social. Niños de alto riesgo neuropsicológico. Hijos de familias con TMG. Atención al niño vulnerable.

-Elaboración de materiales de apoyo en consulta para educación para la salud individual sobre: estresantes vitales, insomnio, deprescripción (uso de benzodiazepinas), etc.

Indicadores

- Número de actividades desarrolladas e implantadas anualmente en colaboración con Atención Primaria y otros dispositivos.
- Número de entidades y asociaciones colaboradoras.
- Número de convenios suscritos entre las entidades.
- Nivel de bienestar emocional y estado de salud mental de población general.
- Número de documentos elaborados y distribuidos, sobre el bienestar mental de los adolescentes después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.
- Elaboración de un protocolo estandarizado.
- Confección de un equipo multidisciplinar de profesionales de salud mental y atención primaria.
- Satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental.

LINEA 3.- Asistencia a los Trastornos Mentales.

- 3.1. Salud Mental en Atención Primaria.
- 3.2. Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente.
- 3.3. Prevención del Suicidio.
- 3.4. La Asistencia a los Trastornos relacionados con abuso de alcohol y otras sustancias tóxicas ilegales.
- 3.5. La Asistencia a la Salud Mental en la edad Infanto-Juvenil.
- 3.6. La Asistencia en la Salud Mental Geriátrica.

3.1. Salud mental en Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud (APS) constituye el primer nivel del sistema sanitario, en el que aproximadamente uno de cada cuatro pacientes atendidos presentan algún problema de salud mental. En este sentido, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 incluye como uno de sus objetivos que las CC.AA. deben establecer procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mentales.

Estado Actual

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

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

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

Debemos considerar también el impacto de estos trastornos en la situación de incapacidad laboral, prescripción que representa un alto coste para el sistema sanitario. Según datos de la OMS, los problemas de ansiedad y depresión constituyen las principales causas de incapacidad laboral temporal (IT) y permanente en los países desarrollados. En España los trastornos mentales son la segunda causa en frecuencia (por detrás de los diagnósticos de origen ósteo-muscular) de los procesos gestionados de IT por parte de los médicos de Atención Primaria.

Factores de riesgo implicados

Sexo: El riesgo de padecer un trastorno de ansiedad es mayor en mujeres.

Edad: Se ha calculado que la edad media de aparición de las fobias específicas está en torno a los 7 años, 13 años para la ansiedad social y 24 años para el

trastorno de pánico, y alrededor de los 30 años para el trastorno de ansiedad generalizada. Distintos estudios sugieren que los trastornos de ansiedad tienden a presentar una reducción de su incidencia a partir de la quinta década de la vida.

Comorbilidad psiquiátrica: Destaca la comorbilidad con los trastornos del estado de ánimo y el consumo de distintas sustancias.

Comorbilidad médica: Los trastornos de ansiedad están asociados con una marcada repercusión funcional y con un incremento de las tasas de patologías crónicas como asma, EPOC, dispepsia, colon irritable, disfunción vestibular, hipotiroidismo, prolapso de válvula mitral y cefalea tensional.

En la actualidad se añade dificultad a la práctica asistencial de la salud mental en Atención Primaria:

- En primer lugar, por la medicalización-psiquiatrización del "malestar psicosocial", propio de la época de crisis que estamos viviendo.
- En segundo lugar, la cada vez más prevalente patología psiquiátrica en la 3ª y 4ª edad.

Objetivo general

Favorecer la coordinación directa y frecuente entre los profesionales de los equipos de atención primaria y de salud mental de cada zona de salud para mejorar la calidad, la eficacia de las intervenciones y las derivaciones, generando sinergias que potencien los efectos terapéuticos.

Objetivo específicos

-Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y Atención Primaria con profesionales de ambos estamentos.

-Potenciar la atención por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria en los cuidados de salud mental y en la responsabilización de los pacientes en los cuidados de su salud mediante la transmisión de hábitos saludables, procedimientos terapéuticos recomendaciones para el cumplimiento del Tratamiento.

-Incrementar el conocimiento en materia de salud mental en las diferentes etapas evolutivas en Atención Primaria y Pediatría.

Recomendaciones

-Establecer un procedimiento de reuniones presenciales para favorecer la transferencia de información y el establecimiento de objetivos terapéuticos comunes entre atención primaria y salud mental.

- Potenciar el empleo de las Interconsultas dentro de la Hª Clínica Electrónica con Comunicación entre médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos clínicos. Vía digital.
- Promover el mejor conocimiento de la enfermedad mental entre la Atención Primaria, mediante la realización de cursos de formación.
- Crear protocolos conjuntos de actuación en TMG y patologías prevalentes.
- Elaborar instrumentos de detección u derivación de menores en situaciones de riesgo.
- Coordinación entre enfermería de Atención Primaria y Unidades de Salud Mental. Diseño de programas de implicación familiar en continuidad de cuidados y hábitos saludables.
- Realizar sesiones clínicas conjuntas.
- Realizar sesiones bibliográficas.
- Realizar interconsulta presencial.

Indicadores

- Existencia de un procedimiento que favorezca la transferencia de información entre Atención Primaria y Salud Mental.
- Número de intervenciones anuales, por parte de Enfermería de Salud Mental y Atención Primaria, destinadas a los cuidados de salud mental de los pacientes y a la trasmisión de hábitos saludables y recomendaciones en salud.
- Número de protocolos elaborados para la atención a la Salud Mental.
- Existencia de sesiones clínicas conjuntas (Atención Primaria y Salud Mental).

3.2. Asistencia al Trastorno Mental Grave y Persistente.

Todas las definiciones de TMG hacen referencia a tres conceptos fundamentales que contemplan al diagnóstico clínico, la duración del trastorno y la discapacidad o nivel de funcionamiento social, familiar y laboral.

La definición que alcanza un mayor grado de consenso internacional es la que en 1987 formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), que define a este colectivo como *“un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*

Datos registrados en la Región Europea sitúan, para la mayoría de los países la prevalencia estimada de Trastorno Mental Grave entre el 0,6 % y el 1% de la población que, sin embargo, absorbe el 50% de los recursos asistenciales de salud mental.

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

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

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

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

Los **principios básicos** en el abordaje de la atención a las personas con Trastorno Mental Grave son los de normalización, integración y respeto a la persona con discapacidad en salud mental como sujeto de derechos. Esto incluye el más fundamental: el derecho que tienen a decidir sobre su propia vida. Algo que parece tan obvio, es preciso llevarlo a la práctica mediante una atención coordinada e integral que les proporcione a ellos y a sus familias, una información global sobre las alternativas de tratamientos conocidos y eficaces, los recursos disponibles, las prestaciones sociosanitarias a que tienen derecho y cualquier otra información que les afecte, para que se encuentren orientados y apoyados durante todo el proceso de la enfermedad y en sus proyectos de futuro.

Características y necesidades de atención, intervención y apoyo de las personas con TMG y persistente:

Como hemos mencionado anteriormente, las personas con Trastorno Mental Grave ven notablemente afectada la manera de cubrir, entre otras, sus necesidades de manutención, salud, alojamiento, trabajo, seguridad, relaciones afectivas, sociales y familiares, traduciéndose en una esperanza de vida un 20% inferior a la población general.

La red de atención comunitaria integral debe contemplar sus dificultades específicas y considerar entre otros servicios:

1. Atención y tratamiento de la salud mental, asegurando una continuidad de cuidados que incluya una asistencia integral: hospitalaria, comunitaria y de rehabilitación psicosocial.
2. Atención y tratamiento de la salud general. Es una población que tanto por su propia patología como por los posibles efectos secundarios derivados de los tratamientos farmacológicos -y en algunos de éstos incrementado por el consumo de tóxicos-, tienen una mayor incidencia de problemas somáticos y de urgencias generales: trastornos cardiovasculares, trastornos infecciosos, trastornos respiratorios, síndrome metabólico, trastornos osteomusculares, trastornos bucodentales...
3. Atención al diagnóstico dual, en coordinación con los recursos específicos. Existe una importante prevalencia de comorbilidad (40-50%) derivada del consumo de tóxicos y/o deficiencia mental con Trastorno Mental Grave. La existencia de comorbilidad en los trastornos mentales graves conlleva una peor respuesta al tratamiento, y por tanto un pronóstico más desfavorable.
4. Atención en situación de crisis. Debe responder a la complejidad de situaciones clínicas, psicosociofamiliares y legales que se pueden presentar. Se prestará especial atención a la prevención de recaídas.
5. Intervención precoz desde la USM, que debe incluir la derivación a recursos de rehabilitación para evitar el deterioro y las situaciones de "puerta giratoria"; y de un programa de seguimiento comunitario.
6. Atención en rehabilitación psicosocial. Es imprescindible realizar programas individualizados de rehabilitación (PIR) con los diferentes dispositivos específicos, orientados al mantenimiento de la estabilización clínica, y a la adquisición de habilidades y capacidades, que permitan un aumento de la autonomía y una mejor integración comunitaria.
7. El apoyo a las familias y cuidadores incluye un amplio abanico de atención: desde información de recursos (sanitarios, sociales, asociaciones...), apoyo social, legal, psicoeducación, afrontamiento de la enfermedad, resolución de problemas, soporte emocional, grupos de autoayuda, hasta servicios residenciales de "respiro familiar".

8. Apoyo a la rehabilitación psicosocial y soporte comunitario. Para que los objetivos de los programas de rehabilitación se mantengan en el tiempo, es indispensable contar con Recursos Sociales a largo plazo que den soporte a las necesidades de apoyo en la red social, de tiempo libre, ocupacionales, etc, dentro de programas de ocio y tiempo libre, centros de día, talleres ocupacionales...

9. Inserción ocupacional y laboral. Muchas de las personas afectadas con un Trastorno Mental Grave están en el rango de edad entre los 20 y 50 años y han visto truncada su trayectoria educativo-profesional, por lo que retomar este aspecto es el eje fundamental para poder optar a una integración real.

10. Alojamiento y atención residencial comunitaria. Es otra de las acuciantes necesidades de las personas con Trastorno Mental Grave ya que muchas de ellas no se encuentran en condiciones de vivir de forma independiente y autónoma, por lo que van a necesitar en menor o mayor medida un grado de supervisión diaria a largo plazo. Una de las máximas preocupaciones de los cuidadores (muchos de ellos el padre y/o la madre de edad avanzada) es el asegurar las necesidades básicas cuando ellos no estén. Este es uno de los problemas que han llevado tradicionalmente a la institucionalización en los Hospitales Psiquiátricos de muchas de las personas con TMG.

11. Información, protección y defensa de sus derechos. La población con Trastorno Mental Grave presenta un desconocimiento sobre cuáles son sus derechos, tanto como ciudadanos, como en relación a las necesidades derivadas de su enfermedad –una de las situaciones posibles es la intervención del sistema judicial a lo largo de la evolución de la enfermedad: tratamientos e ingresos involuntarios, incapacidad parcial y total, nombramiento de tutores, defensores judiciales– por lo que es preciso proporcionarles un asesoramiento legal.

12. Atención integral: Todas estas necesidades deben ser atendidas de forma coordinada por los diferentes dispositivos, servicios y administraciones.

Objetivo general

El objetivo de estas actuaciones sería la mejora del funcionamiento personal y social y de la calidad de vida de las personas que sufren un TMG, así como el apoyo a su integración promoviendo que el paciente pueda definir sus propios objetivos y encuentre en los profesionales ayuda para desarrollarlos.

Objetivos específicos

-Definir la condición de persona con Trastorno Mental Grave y persistente, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.

-Crear una vía integrada de atención a la persona con trastorno mental grave y persistente. Esta vía establecerá sistemas de coordinación con atención primaria, otros servicios de atención especializada, los servicios sociales y otros departamentos de la administración relacionados con las necesidades de las personas con trastorno mental grave y persistente y sus familiares. Se establecerá la participación e implicación del sistema de Servicios Sociales para la atención comunitaria a la población con Trastorno Mental Grave y persistente, teniendo como única forma de acceso y derivación a los diferentes centros y recursos (centros de día, pisos tutelados, minirresidencias...) mediante propuesta del Servicio de Salud Mental responsable de cada paciente a través de un informe motivado en el que se indique la necesidad de la atención: social, rehabilitadora y/o residencial de los centros mencionados.

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

Recomendaciones

-Crear una base de datos de los usuarios con Trastorno Mental Grave y persistente, de acuerdo con los criterios que definen a la persona con trastorno mental grave.

-Definir el perfil y las actuaciones del gestor de caso, o profesional de la Red de Salud Mental asignado a cada persona incluida en el registro de personas con Trastorno Mental Grave y persistente, como garante de la continuidad de cuidados y de la coordinación con los servicios sociales, favoreciendo la adherencia al tratamiento y evitando los abandonos.

-Elaborar, por un grupo de expertos, el diseño de la vía integrada de atención al paciente con Trastorno Mental Grave y persistente.

-Diseñar un plan de tratamiento integral para cada persona afectada por Trastorno Mental Grave y persistente, elaborado desde la atención psiquiátrica y desplegado hacia otros niveles de atención, especialmente los servicios sociales y atención primaria.

-Incrementar el número de personas que, de acuerdo con sus necesidades, reciben tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial como prevención terciaria.

-Promover la creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y en el domicilio, que fomenten la plena integración y permanencia de la persona con Trastorno Mental Grave y persistente en el entorno donde reside.

-Ampliar los recursos residenciales (pisos tutelados, minirresidencias, etc.) disponibles para personas con Trastorno Mental Grave y persistente.

- Introducir, dentro de la vía integrada de atención al paciente con Trastorno Mental Grave y persistente, un programa de Tratamiento Asertivo Comunitario.
- Diseño y reorganización de los dispositivos y estructura asistencial en relación con la atención a los trastornos de la conducta alimentaria.
- Priorizar, en los programas de formación de los profesionales, los temas relacionados con la atención a personas con Trastorno Mental Grave y persistente y a sus familiares.
- Garantizar el acceso a los centros de rehabilitación psicosocial mediante la indicación contenida en el plan individualizado de atención, independientemente del grado de dependencia reconocido al paciente.
- Avanzar en la mejora de la valoración de la situación de dependencia derivada de un trastorno mental.

Indicadores

- Número total de enfermos con TMG que utilizan nuestros servicios / número de población de referencia.
- Nuevos casos de TMG / nº total casos nuevos al año.
- Número de pacientes con TMG con Plan de tratamiento individual integrado / nº de registros con diagnóstico de TMG.
- Número pacientes con TMG que disponen de profesional de contacto asignado.
- Listas de espera en consultas sucesivas, demora de atención preferente desde los servicios de urgencias o desde que son dados de alta en las unidades de hospitalización (p.e. % de pacientes derivados desde las Unidades Hospitalarias, atendidos en los siguientes 10 días en sus USM de referencia).
- Porcentaje de casos que abandonan el programa tras 90 días sin atención (dejan de tener contacto con los recursos).
- Días de ingreso por paciente al año.
- Porcentaje de casos que requieren atención especializada urgente.
- Evaluación de resultados de los procesos de rehabilitación.
- Tasa de reingresos en Unidades de Hospitalización.

-Porcentaje de pacientes que permanecen más de 45 días ingresados en Unidades de Hospitalización.

-Grado de satisfacción expresada por pacientes.

-Existencia del documento que defina la condición de persona con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con criterios operativos, así como las diferentes necesidades que puede presentar en cada momento de su evolución.

3.3. Prevención del suicidio

Situación Actual

La OMS, en su documento “Public health action for the prevention of suicide” (2012), estima que cada año cerca de un millón de personas se suicidan en el mundo. Este documento señala que el suicidio es un problema de salud pública de primera magnitud y ha alertado sobre el aumento significativo de la mortalidad por suicidio en todo el mundo.

A nivel mundial el suicidio es una de las tres causas principales de muerte entre las personas que se encuentran en los grupos de edad más productivos (15-44 años) y la segunda causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 19 años. En España el suicidio es una de las primeras causas de muerte por factores externos. Los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística de 2014 señalan que en España se quitaron la vida 3.910 personas, una cifra que aumentó en 2014 por cuarto año consecutivo hasta doblar el número de fallecidos por accidentes de tráfico (1.873 fallecimientos). Los datos del Instituto de Medicina Legal de La Rioja nos muestran que en esta Comunidad se suicidaron 30 personas en 2014. Y las estadísticas no registran las tentativas autolíticas, pero se estima que existe una razón de 1 a 20. Es decir, que hay 20 tentativas por cada suicidio consumado. Entre el 15 y el 30% de personas que realizan un intento de suicidio lo repiten al cabo de un año y hasta el 2% de ellos realizarán un suicidio consumado en los siguientes 5 años tras la tentativa. El 80% de los que realizaron un suicidio consumado lo habían avisado previamente. El 50% de los suicidas habían comunicado esta ideación a un médico en el mes anterior; y el 25% de ellos acudieron a una consulta médica en la semana previa.

En general, los intentos de suicidio son más frecuentes en las mujeres y los suicidios consumados más frecuentes en los varones que suelen utilizar métodos más letales. Alrededor del 75% de las personas que han intentado suicidarse presentan diagnósticos psiquiátricos, los más habituales son los trastornos afectivos trastornos de tipo psicótico, trastornos de personalidad y dependencias de tóxicos.

A estas cifras añadimos también lo que esta realidad supone para las personas que mantenían una relación próxima con la persona que consumó el suicidio, para su entorno. Se estima que por cada muerte por suicidio hay, al menos, seis “supervivientes”. Sólo en la Comunidad de La Rioja hay cada año 200 personas nuevas afectadas directamente por la pérdida de una persona querida por suicidio, cientos más sufriendo la difícil experiencia de convivir con alguien que realiza tentativas o que no quiere seguir viviendo. Y es que el suicidio supone un auténtico drama humano y social, tanto para el que lo lleva a cabo como para su entorno más cercano, y en muchos casos puede prevenirse y evitarse.

En 2008 la OMS señaló el suicidio por como una acción prioritaria dentro del “Mental health gap action programe”. Señala que, al tratarse de un problema de salud pública con posibilidades ciertas de prevención, resulta imperativo para los gobiernos de los distintos países dedicar recursos financieros y humanos para la prevención del suicidio. Con fecha 12 de marzo de 2014 la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales del Congreso de los Diputados aprobó, por unanimidad de todos los grupos, una proposición no de ley relativa al desarrollo de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio por las instituciones sanitarias, educativas y sociales españolas de acuerdo a las directivas de la Unión Europea y organismos internacionales. Se pretende así mejorar las medidas de prevención del suicidio mediante la “redefinición” de los objetivos y acciones contempladas dentro de la Estrategia de Salud Mental 2009-2013.

Objetivos generales

- Disminuir la tasa de suicidios consumados y de tentativas de suicidios en La Rioja.
- Realizar un abordaje integral que proporcione apoyo psicosocial a personas con ideas o con tentativas previas de suicidio y a familiares y amigos de personas que han intentado o consumado el suicidio.

Objetivos específicos

- Desarrollar un programa autonómico de prevención y abordaje del suicidio.
- Desarrollar una amplia Red de atención integral al suicidio, preventiva y de intervención, con personas en riesgo suicida, con los familiares, con los sistemas de su entorno (de salud, educativos, medios de comunicación, asociaciones, sociedad en general...).

Recomendaciones

- Revisión y mejora de la información epidemiológica sobre el suicidio en La Rioja mediante la colaboración de la Red de Salud Mental del SERIS, los servicios de información epidemiológica de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y el Instituto de Medicina Legal de La Rioja. Desarrollo de un sistema de registro de tentativas suicidas en los dispositivos de Urgencias del SERIS.
- Mejora de la detección de personas con alto riesgo de suicidio, incluyendo test de riesgo en los Servicios de Urgencias y de Atención primaria, con escalas estandarizadas para este objetivo.

-Desarrollo de un sistema de seguimiento y supervisión que garantice la continuidad asistencial de las personas que han realizado un intento de suicidio y han sido atendidos en servicios de urgencia una vez son dados de alta en los mismos. Establecimiento de mecanismos de intervención y derivación entre los diferentes niveles asistenciales que permitan una mayor agilidad que facilite la adherencia al tratamiento y la asistencia a las sesiones de seguimiento.

-Diseño de un protocolo de actuación específica para adolescentes con ideas autolíticas o autolesivas implicando a los distintos canales de atención.

-Establecimiento de una “línea de crisis” para la ayuda y asesoramiento telefónico inmediato de personas en riesgo de suicidio y sus familias.

-Revisión de los planes de tratamiento de los trastornos mentales más relacionados con la aparición de conductas suicidas trastornos afectivos (especialmente depresión y trastorno bipolar), trastornos de tipo psicótico (esquizofrenia), trastornos de personalidad (límite) y dependencias de tóxicos (alcoholismo y drogadicción).

-Desarrollo de un programa de apoyo a los supervivientes, familiares y personas próximas a la persona en riesgo de suicidio, que incluya información y apoyo emocional que facilite la convivencia con alguien con riesgo, que contribuya a la prevención y que facilite apoyo en el duelo si la persona ha consumado el suicidio (atención individual, de pareja, familiar y grupal).

-Creación de un equipo de profesionales que reúna representantes de todos los servicios e instituciones implicados en actuaciones con personas en riesgo de suicidio: centros de atención primaria, centros de salud mental, unidades de urgencia de los hospitales, área infanto-juvenil, psicogeriatría, teléfono de emergencias 112, Guardia Civil, bomberos y policía local, Teléfono de la Esperanza, Centros educativos...

-Desarrollo de programas de formación sobre detección, orientación y manejo terapéutico del riesgo suicida para los profesionales de Atención Primaria, personal de Urgencias, especialistas en Salud Mental, otros profesionales de la salud y personal de servicios sociales, educativos y asociaciones relacionadas.

-Desarrollo de programas informativos, guías, para la población en general dirigidos fundamentalmente al conocimiento de factores de riesgo de suicidio, aspectos preventivos, intervención en crisis e información sobre recursos de ayuda profesional.

-Desarrollo de un plan formativo/informativo para los agentes de los diferentes medios de comunicación en la Comunidad Autónoma con recomendaciones sobre el tratamiento del suicidio en los medios.

Indicadores

-Existencia de una base de datos para la mejora del conocimiento de la incidencia de suicidios y conductas suicidas en la Rioja y de los aspectos epidemiológicos y asistenciales relacionados con estas conductas.

-Base de datos: número de fallecimientos por suicidio en la Comunidad, número de ingresos en Urgencias y Unidades de Hospitalización por tentativas, número de personas con riesgo detectados en Consultas de Atención Primaria, número de derivaciones a trabajo social por tentativa.

-Existencia de un protocolo dirigido a mejorar la detección precoz e intervenciones en los factores de riesgo de conductas suicidas.

-Existencia de un programa específicos para la atención a los familiares y amigos de personas que han consumado el suicidio.

3.4. La atención a los trastornos relacionados con el abuso de alcohol y conductas adictivas

Situación actual

Según un reciente estudio realizado por los integrantes del grupo de investigación del *Departamento de Salud Mental De La Rioja en 2014*, tomando como muestra pacientes de las unidades de salud mental y de otros recursos especializados en adicciones (como Proyecto Hombre), el 57.4 % de los pacientes estudiados consumían alguna sustancia y el 35.8 % tuvieron un diagnóstico de trastorno por consumo de tóxicos.

Un 33.1 % tenía asociado un segundo diagnóstico psiquiátrico siendo los trastornos de personalidad (34´1%) y el trastorno depresivo (19´1 %) los más frecuentes. También existe una comorbilidad con otros trastornos (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y TDAH)

Estos datos sobre la prevalencia de pacientes que padecen una patología dual hacen plantearnos la necesidad de un tratamiento específico para estos perfiles.

Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas es un hábito ampliamente extendido y culturalmente aceptado. Existe una gran tolerancia social sobre su uso y repercusiones, aunque éstas sean nocivas para la salud individual y poblacional. El alcohol se ha convertido en la sustancia protagonista del consumo de drogas entre los jóvenes (según el ESTUDES en 2014 el 76,8% de los adolescentes entre 14 y 18 años ha consumido alcohol en el último año, y un 68,2% reconoce haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días). Los adolescentes utilizan el alcohol con mayor frecuencia e intensidad que todas las demás drogas ilícitas combinadas.

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

Otras sustancias

El consumo de otro tipo de sustancias (estimulantes, depresoras, alucinógenas y adicción sin sustancias) en la actualidad es un fenómeno asociado al ocio, que afecta especialmente a jóvenes que toman por diversión sustancias psicoactivas, cuyos riesgos no perciben. Aunque su consumo afecte a una proporción

relativamente baja de población, sus consecuencias sociales y sanitarias son extraordinariamente importantes.

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

El cannabis y la cocaína son, por este orden, las sustancias ilegales más consumidas. Entre la población de 15 a 64 años, un 9,2% reconoce haber consumido cannabis en el último año y un 6,6% en el último mes, mientras que el 10,3% ha probado alguna vez la cocaína, un 2,2% la ha consumido en los últimos 12 meses y un 1% en los últimos 30 días. En todos los grupos de edad el consumo siempre es mayor entre los hombres. Encuesta Nacional de consumo de drogas ilegales 2013 (EDADES. PNSG)

La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 representa el consenso en las políticas y el acuerdo en las prioridades entre todos los agentes que participan en el Plan Nacional sobre Drogas. Pretende proporcionar una respuesta homogénea, equitativa y de calidad en todo el territorio español ante el fenómeno de las drogas, e incluye todas las drogas, tanto las de comercio legal como las de tráfico ilícito. Esta estrategia apuesta decididamente por un abordaje de salud pública, por la inclusión de la perspectiva de género, por un planteamiento integral en todas las intervenciones, especialmente sobre la reducción de la demanda en todos los ámbitos, y por el llamamiento a la implicación de toda la sociedad para que tome parte activa en la respuesta al fenómeno de las drogas. Señala cinco ámbitos de actuación: reducción de la demanda (promoción de la salud, prevención del consumo y problemas asociados, disminución de riesgos y reducción de daños y la asistencia e inserción social), reducción de la oferta, mejora del conocimiento científico (básico y aplicado), formación y cooperación internacional.

Objetivo general

Establecer un modelo integral de tratamiento para personas con Trastorno por abuso de Alcohol y otras conductas adictivas.

Objetivo específico

-Potenciar las actuaciones orientadas a la detección precoz e intervención temprana en el abuso de alcohol y conductas adictivas, especialmente en ciertos colectivos.

-Instaurar procesos asistenciales para el abordaje de las adicciones.

Recomendaciones

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

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

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

-Establecer la utilización de herramientas de detección e intervención breve en los centros de salud.

-Incluir a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental con los recursos sociales y grupos de autoayuda, asociaciones de Alcohólicos, ARAD, Proyecto Hombre de forma que se asegure la continuidad asistencial y de atención, de acuerdo con sus necesidades.

-Derivar al trabajador/a social de salud a las personas con trastornos derivados del abuso de alcohol y otras drogas para incluir en los programas de coordinación de la Red de Salud Mental.

-Establecer una batería de indicadores de rendimiento y satisfacción para usuarios y familiares.

Indicadores

-Existencia de un plan asistencial integral para el tratamiento del alcoholismo, patología dual y conductas adictivas.

-Existencia de protocolos orientados a la detección precoz, intervención temprana y asistencia integral en el abuso de alcohol y otras drogas, en coordinación con el resto de dispositivos de atención a este colectivo.

-Derivación a entidades colaboradoras ARAD, Proyecto Hombre.

-Informes de derivación bidireccional con colaboradores ARAD / Proyecto Hombre.

-Sesión conjunta con las entidades colaboradoras

3.5. La asistencia a la salud mental en la edad infanto-juvenil

Situación Actual

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

Los trastornos más prevalentes son los de ansiedad (8%), el trastorno por déficit de atención (TDAH), los trastornos de conducta y la depresión mayor (4%). El uso de drogas es también un problema prevalente a partir de los 13 años, alcanzando una tasa del 7% a los 16 años.

Se considera que en nuestro país las cifras de prevalencia son similares. En los datos de la Encuesta Nacional de Salud los trastornos mentales aparecen entre los seis problemas o enfermedades crónicas diagnosticados por un médico en este grupo de edad. Estudios recientes en España indican que un 4% de las adolescentes entre 12 y 18 años sufre algún tipo de trastorno alimentario, como la anorexia y la bulimia, y que el 20% de los jóvenes se encuentra en riesgo de padecerla.

El uso de drogas es también un problema relevante que se incrementa a partir de los 12-13 años, alcanzando una prevalencia del 7% a los 16 años.

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

El II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 establece las prioridades en este ámbito que han de tener en cuenta tres dimensiones: la gravedad de la patología, su impacto conductual y social, y el beneficio potencial de las intervenciones disponibles. El impacto de la patología en estas edades tiene además un efecto negativo añadido debido a su inicio en una fase temprana de la vida. A este respecto, es reconocida en todos los ámbitos científicos la trascendental importancia de las actividades de promoción y prevención en el campo de la salud mental infanto-juvenil, tanto por su especial vulnerabilidad e impacto, como por su efectividad y proyección, ya que una gran proporción de trastornos mentales adultos se originaron en estas etapas. En cuanto a la priorización, las recomendaciones internacionales aconsejan actuar en distintos niveles, teniendo siempre en cuenta la etapa evolutiva en la que aparecen los trastornos.

En el nivel primario de salud (pediatría de atención primaria) hay que potenciar la identificación temprana de los problemas de salud mental, junto con estrategias sencillas psicoeducativas, manejo conductual y consejo psicológico para los padres.

En el nivel secundario (salud mental comunitaria) es necesario potenciar una red diferenciada y coordinada de recursos para cubrir una demanda creciente, favoreciendo la formación, la coordinación con los servicios de educación y servicios sociales o los recursos de Justicia para los menores. Resulta imprescindible avanzar en la integración y coordinación de redes asistenciales, tales como la de atención temprana, drogodependencias o salud mental de adultos, garantizando la continuidad de cuidados y la adecuada transición entre dispositivos en casos con patologías crónicas, y comorbilidad asociada. Se recomienda igualmente de la importancia de evitar la sobremedicación, con mayor acceso a intervenciones psicológicas y sociales.

En el nivel terciario se establecen acciones en tres direcciones. En primer lugar, colaborando con la pediatría hospitalaria para el abordaje conjunto de pacientes que lo precisen, mediante la interconsulta y derivación bidireccional entre servicios.

Objetivo general

Impulsar la mejora de la atención a los problemas de salud mental infanto-juvenil completando la red de recursos asistenciales específicos para este grupo de edad.

Objetivo específico

-Garantizar la continuidad de cuidados, mediante la coordinación sanitaria y social a los pacientes con trastornos graves en salud mental Infanto-juvenil

Recomendaciones

-Consolidar e incrementar la asistencia y calidad asistencial. Potenciar los tratamientos psicológicos grupal y familiar. Identificar mejores prácticas clínicas para el tratamiento de cada trastorno y potenciar la aplicación de la psicoterapia donde aparezca recogida como tal.

-Considerar la creación de una unidad de hospitalización parcial (entre 4-8 plazas).

-Desarrollar protocolos específicos para el abordaje especializado de los trastornos mentales en población infanto-juvenil. Especialmente trastornos que incluyen la psicosis, trastornos de la conducta alimentaria, programa de prevención del suicidio y conductas que sugieren el desarrollo de trastornos de la personalidad.

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

-Mejorar la coordinación con la Dirección General de Salud Pública y Consumo, mediante la creación de grupos de trabajo para formación y coordinación de intervenciones y supervisión de casos.

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

-Mejorar la colaboración de las unidades de salud mental infanto-juvenil con los dispositivos dependientes de los servicios sociales y educativos mediante la creación de estructuras formales de coordinación y protocolos de derivación, para garantizar la continuidad de cuidados.

-Desarrollar programas de formación del personal educativo de los centros y hogares en aspectos básicos de la psicopatología del niño y adolescente.

-Creación de un comité técnico de coordinación entre las distintas instituciones implicadas.

Indicadores

-Existencia de protocolos específicos para el abordaje especializado de los trastornos mentales graves en población infanto-juvenil.

-Existencia de grupos de trabajo para coordinación de intervenciones y supervisión de casos.

-Número de reuniones del comité técnico de coordinación.

3.6. Asistencia a la salud mental en la edad geriátrica

El aumento de la población anciana es un hecho ya insoslayable en nuestra sociedad y supone un reto sanitario de primer orden, del que la atención en Salud Mental es un componente fundamental.

Es muy importante combatir activamente el riesgo de rechazo, exclusión y por supuesto de posible abuso o maltrato al que pueden ser sometidas las personas mayores, tanto en medios no sanitarios como en el propio contexto sanitario.

Un programa en psicogeriatría debe desarrollarse física y funcionalmente integrado con el resto de los programas de Salud Mental. La baja demanda asistencial en relación a los datos reales de prevalencia de patología psicogeriatrica y la escasa detección de la misma tanto en los servicios sanitarios de atención primaria y urgencias, como en los servicios sociales, hacen necesarias intervenciones con programas dirigidos a la prevención de los trastornos mentales en la persona mayor, así como a su detección y tratamiento precoz.

Situación

Los trastornos mentales, especialmente la depresión y la ansiedad, dan origen, con frecuencia, a la disminución de la calidad de vida y la mortalidad excesiva en la vejez. Se caracterizan por una incidencia elevada (el 15% de la población mayor tiene síntomas de depresión clínicamente significativos y un 15% padece una afección de ansiedad), su mal pronóstico (sólo un tercio de ellos tiene una recuperación completa de la depresión después de dos años), el intenso impacto que tiene sobre las funciones (tan grande o peor que muchas enfermedades crónicas, como las afecciones coronarias, la artritis o la diabetes) aumenta el uso de los servicios médicos, y también está asociado al deterioro cognitivo.

Las conclusiones alcanzadas desde otras perspectivas y estudios transversales, muestran que la depresión y/o la ansiedad en las personas mayores que viven integradas en la comunidad, están vinculadas con los siguientes factores de riesgo:

- La vida con discapacidades funcionales.
- El luto o la soltería.
- El padecimiento de varias enfermedades crónicas.
- Los antecedentes de trastornos mentales previos.
- Ser mujer.

Es bien conocido el hecho de que la salud física, en particular, causa un fuerte impacto sobre la salud mental de las personas mayores y que las enfermedades crónicas pueden exceder el impacto de otros factores riesgo y pueden presagiar tanto una posible depresión como la persistencia de la misma. Es de gran importancia para mitigar este potencial negativo sobre la salud mental, la disponibilidad de servicios sociales y de salud coordinados y accesibles, como lo es también la capacidad del individuo para cuidarse él mismo de su afección o

para seguir las instrucciones del médico. En esta capacidad influye enormemente el entendimiento y los conocimientos sobre salud que posea, lo que viene a ser un indicador de la salud mental y física de los adultos integrados en la comunidad, y no es muy frecuente encontrarla entre las personas de este grupo de edad.

Las personas mayores que viven en centros de cuidados de larga duración constituyen también un grupo de riesgo especial, un hecho que se ha asociado a la mayor ocurrencia de las enfermedades físicas crónicas y a factores relacionados con el entorno social y los cuidados. Entre los pacientes de las residencias, los índices de prevalencia llegan hasta el 26% en la depresión grave, y hasta el 50% en la depresión leve, calculados con escalas de medición de la sintomatología.

El riesgo de depresión en estos grupos tiene unos patrones específicos que deberían ser vigilados y controlados:

- Factores relacionados con la salud, como el dolor, la discapacidad visual, los ACV y las limitaciones funcionales.
- Falta de apoyo social y soledad.
- La percepción de cuidados inadecuados.
- Acontecimientos negativos recientes en sus vidas.
- Estado precursor de la depresión.
- Edad por debajo de 80 años.

Un problema espacial es que los trastornos mentales comunes a menudo son mal diagnosticados, se los ignora o se los trata inadecuadamente. Menos del 20% de las personas mayores con depresión que viven en la comunidad, son diagnosticadas o tratadas y menos del 50% con desordenes del estado de ánimo significativos clínicamente se diagnostican adecuadamente en la atención primaria. Los síntomas se confunden con mucha frecuencia con quejas somáticas y se perciben por las personas mayores, sus familias o incluso los profesionales, como un aspecto inevitable del proceso de envejecimiento, en vez de como problemas de salud que pueden afrontarse y para los que existe tratamiento.

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

Suicidio. Hay una tendencia general a su incremento que acompaña al envejecimiento creciente, dándose la incidencia más alta entre los hombres de edad superior a los 75 años. Además, un porcentaje muy alto de los intentos de suicidio entre estos adultos son fatales.

Los factores de riesgo de suicidio en la edad avanzada son:

- Los problemas afectivos.
- Las enfermedades físicas, especialmente las

que están asociadas con los dolores crónicos y una disminución de la motricidad.

- Los factores sociales estresantes (conflictos familiares, problemas de relación y económicos).
- Los problemas con el alcohol.

Factores de protección son:

- Contar con sólidos apoyos sociales (la falta de apoyos sociales afecta al 27% de la población considerada de riesgo).
- Tener un confidente.

Objetivo general

Mejorar la atención integral e integrada de las personas mayores con trastornos psicogerítricos.

Objetivos específicos

-Potenciar la atención psiquiátrica a las personas mayores y que favorezca su autonomía e independencia, respete su identidad y estilo de vida en todo lo posible, contribuya a tratar sus problemas físicos y sin olvidar posibles problemas de aislamiento y soledad.

-Implantar un programa de atención psicogerítrica asegurando la coordinación con servicios sociales, atención primaria y servicios especializados de salud.

-Coordinar las actuaciones del programa de atención psicogerítrica de forma preferente con los servicios de Geriátrica y Neurología.

Recomendaciones

-Mejorar los métodos de screening y diagnóstico precoz de los trastornos psicogerítricos en los servicios de atención primaria y de urgencia, incluyendo las situaciones de maltrato o abuso en las personas mayores.

-Implementar programas de “enlace” en los centros residenciales sociosanitarios para mayores dependientes atendiendo sus necesidades de tratamiento psicogerítrico.

-Facilitar el acceso de las personas mayores con trastornos mentales, sin límite de edad, desde los servicios de urgencia, atención primaria y servicios sociales, a todos los dispositivos especializados en salud mental.

-Potenciar la formación en psicogeriatría de los profesionales de la Red de Salud Mental, así como la investigación en este ámbito.

-Implementar un programa de vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedición, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.

Indicadores

-Existencia de un programa de atención psicogeriátrica coordinado entre Atención Primaria y los dispositivos especializados de atención a la salud mental, servicios de neurología y geriatría.

-Existencia de protocolo dirigido a la vigilancia farmacológica en pacientes geriátricos centrado en la polimedición, las interacciones y los efectos secundarios de los psicofármacos.

-Existencia de documento que recoge el modelo de atención psicogeriátrica.

-Existencia de documento que recoge los métodos de screening y detección precoz en psicogeriatría.

-Número de personas incluidas en el programa de vigilancia psicofarmacológica.

-Número de centros con programa de “enlace”.

-Número de personas atendidas en el programa.

LINEA 4.- Coordinación intrainstitucional e inter-institucional

Objetivo general

Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos e instituciones involucradas en la mejora de la salud mental.

Objetivos específicos

-Implantar mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional e interinstitucional, que garanticen la atención integral de las personas.

-Aumentar la coordinación entre los equipos de Atención primaria y los equipos de salud mental.

-Promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y ámbitos comunitarios involucrados en la mejora de la Salud Mental.

-Implantar mecanismos eficaces de coordinación y cooperación a nivel institucional que garantice la atención integral de los niños y adolescentes.

Recomendaciones

-Elaboración y difusión entre los profesionales de un *MAPA DE RECURSOS EN SALUD MENTAL* que incluya todos los servicios y prestaciones tanto de ejecución directa por las diferentes Administraciones Publicas como a través de Asociaciones que comprenda prestación asistencial, colectivos a los que va dirigido y modo de acceso al servicio.

Entre las prestaciones a incluir en este Mapa de Recursos se encontrarían recursos de:

- FEAFES- ARFES PRO SALUD MENTAL
- TELEFONO DE LA ESPERANZA
- ARAD
- PROYECTO HOMBRE
- ASOCIACIONES DE AYUDA AL ALCOHOLISMO
- APIR
- DIAGRAMA
- PIONEROS
- ACAB
- ARPA
- FEAPS
- ARPANIH
- OTRAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS:
 - Consejería de Políticas Sociales, Familia, Igualdad y Justicia

- Dirección General de Justicia e Interior
- Dirección General de Servicios Sociales
 - Servicio de Personas con Discapacidad
 - Servicio de Protección de Menores, Mujer y Familia
- Consejería de Educación, Formación y Empleo
 - Dirección General de Educación
 - Subdirección General de Ordenación Educativa, Innovación y Atención a la Diversidad
- AYUNTAMIENTO DE LOGROÑO

-Coordinación de dispositivos de la Red de Salud Mental a través de la Comisión de Gestión Clínica.

-Elaboración de un Programa de Coordinación entre Atención Primaria y la Red de Salud Mental.

-Crear una comisión interinstitucional que aborde integralmente las necesidades de las personas con trastornos mentales (residencia, empleo, ocio, tiempo libre, etc.).

-Establecer foros de participación de familiares, pacientes de Salud Mental y profesionales.

-Definir el papel asistencial y/o de sensibilización a desempeñar por las Asociaciones y otras entidades colaboradoras que trabajan en el campo de la Salud Mental y Adicciones.

-Coordinación con recursos comunitarios (ARPA, ARPANIH, ARFES...). Implantar mecanismos eficaces de cooperación que potencien la salud mental en niños y familias afectos de distintas patologías.

-Crear un observatorio de vigilancia que asegure los derechos del menor en materia de Salud Mental.

-Realizar un programa de flujo y asistencia entre las diferentes instituciones competentes (Servicios Sociales, Justicia, Educación, Salud) con protocolos de actuación en: maltrato al menor; conflictos sociales, separación/divorcio; abuso sexual; violencia de género.

- Diseñar programas específicos de niños con trastorno mental grave que estén en protección (Servicios Sociales).

-Elaborar un protocolo de colaboración con otras comunidades autónomas en casos graves.

-Protocolos conjuntos con educación en TDHA, ansiedad/fobia escolar; trastornos del aprendizaje; protocolo de acoso escolar; coordinación y apoyo terapéutico en aulas terapéuticas.

- Diseño de programa de coordinación abuso de tóxicos, maltrato a padres, trastornos de conducta graves (Justicia).
- Implantar un modelo de coordinación específico entre asociaciones, Instituciones Educativas y Unidades de Salud Mental.
- Identificar necesidades de la población de diagnóstico en diferentes etapas. Diseñar plan de actuación coordinado.
- Potenciar la relación con la Consejería de Servicios Sociales, especialmente en lo referente al desarrollo autonómico de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia”
- Diseñar e implantar un modelo de coordinación con las instituciones de Servicios Sociales, Educación, y Empleo que garantice la atención integral en los diferentes estadios evolutivos de la patología mental.
- En coordinación con las instituciones de Justicia, establecer programas relativos a las necesidades de medidas penales alternativas a los ingresos en Prisión para pacientes de La Rioja.
- Establecer acuerdos de colaboración. Incorporar la actividad de las diferentes asociaciones en materia de Salud Mental al sistema de citación del Sistema Público de Salud en Coordinación con el Servicio de Admisión del Servicio Riojano de Salud.

Indicadores

- Número de intervenciones desarrolladas por la Comisión de Gestión Clínica destinadas a coordinación de dispositivos.
- Número de pacientes adscritos a programa de Gestión de Casos.
- Implantación del Programa de Coordinación con Atención Primaria
- Número de intervenciones de la comisión socio-sanitaria.
- Número de foros realizados por las asociaciones de pacientes.
- Número de acuerdos de colaboración.
- Nº de intervenciones coordinadas con la Consejería de Servicios Sociales en relación a la aplicación de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia” en el paciente mental.
- Número de intervenciones realizadas con las diferentes instituciones.
- Número de intervenciones realizadas con el objeto de establecer programas específicos.

-Número de cursos dirigidos a profesionales sanitarios en colaboración con asociaciones.

-Número de alumnos asistentes a cursos dirigidos a profesionales sanitarios en colaboración con asociaciones.

LÍNEA 5.- Actuaciones frente a la discriminación y lucha contra el estigma social de las personas con problemas de salud mental.

Situación actual

Según la O.M.S., el estigma sigue siendo el principal obstáculo para que las personas con problemas de salud mental accedan a un tratamiento adecuado, y que se asegure su recuperación e integración. La Conferencia Ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebrada en Helsinki e 2005, reconoce la importancia de preparar políticas e implementar actividades en contra del estigma y la discriminación, promoviendo el bienestar mental a través del desarrollo de campañas dirigidas al fomento de una imagen más positiva de la enfermedad mental. A nivel nacional, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007), en su línea estratégica sobre la promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado, en el objetivo 3 establece la erradicación del estigma y la discriminación asociada a las personas con trastornos mentales graves.

Las personas con enfermedad mental deben afrontar una doble dificultad para recuperarse: la enfermedad en sí y los prejuicios y discriminación que reciben por padecerla. El estigma social es una carga de sufrimiento que incrementa innecesariamente los problemas de la enfermedad y constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y de la recuperación.

El origen del estigma en la enfermedad mental está en ideas erróneas, tópicos, estereotipos y mitos injustos heredados de siglos de incompreensión hacia esta problemática.

El silencio que la rodea y que la ha convertido en tabú ha mantenido el estereotipo y ha creado sólidos prejuicios, que se ven reflejados en pensamientos y actitudes arbitrarias o parciales respecto de la enfermedad o las personas que la padecen, sin analizar si existe alguna razón que lo justifique.

Este estigma impide muchas veces la participación en el propio tratamiento, disminuye las posibilidades de encontrar un trabajo o incluso dificulta las relaciones sociales. En definitiva provoca claras vulneraciones de los derechos más básicos de las personas con trastorno mental.

Según el estudio “El Estigma de la Enfermedad Mental” de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid de 2006 El 44% de las personas con enfermedad mental informan haber tenido experiencias de discriminación en el ámbito laboral, EL 43% en las relaciones con los amigos y un 32% con los vecinos. Por otro lado la frecuencia de información estigmatizante en la prensa es 20%, en la radio 58% y en la televisión 36%.

Un 83% de las personas con enfermedad mental mencionan el estigma y la discriminación social como uno de los principales obstáculos para su recuperación. El 75% de las personas con trastorno mental en España aseguran haberse sentido discriminadas en algún aspecto de su vida. Según el INE, tan

solo un 15% de las personas con enfermedad mental tienen un empleo, un dato que demuestra la discriminación a la hora de contratar a personas con este problema por parte de empresarios y administraciones públicas.

En el estudio “Salud mental a inclusión social. situación actual y recomendaciones contra el estigma”, editado por la Confederación Salud Mental España en 2015 y financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se recoge, por un lado, un análisis de la bibliografía publicada hasta el momento sobre el estigma hacia las personas con problemas de salud mental, y por otro, se realiza un análisis que contempla la estigmatización de las personas con trastorno mental en los ámbitos sanitario, educativo, de los medios de comunicación, de los servicios sociales, del empleo, de las familias, del poder ejecutivo y legislativo, y del penitenciario.

El trabajo de campo se centra en las percepciones y actitudes en relación con el estigma en los distintos ámbitos, así como en los factores causantes del estigma, las barreras derivadas de éste a las que se enfrentan las personas con trastorno mental y las medidas puestas en marcha para reducirlo.

Objetivos generales

- Luchar contra el estigma y la discriminación, previniendo y/o disminuyendo el impacto y las consecuencias negativas que tiene en la vida de las personas con problemas de salud mental y en sus familiares.
- Mejorar el conocimiento sobre la enfermedad mental de la sociedad en su conjunto, modificando actitudes e implementando políticas y actuaciones que disminuyan la discriminación asociada al estigma.
- Rechazar firmemente cualquier tipo de estigmatización y discriminación de las personas con enfermedad mental en todos los ámbitos de la sociedad y especialmente en aquellos en los que se produce la vulneración de sus derechos.

Objetivo específico

- Diseño, desarrollo y evaluación de un Plan Estratégico de Lucha contra el Estigma y la Discriminación asociada a los problemas de salud mental, coordinado conjuntamente con la Asociación Salud Mental La Rioja (ARFES), movimiento asociativo representante de las personas con enfermedad mental y sus familiares en La Rioja.

Recomendaciones

- Se constituirá una Comisión Técnica/ Grupo de Trabajo contra el Estigma y la Discriminación hacia las personas con enfermedad mental, coordinada por la Asociación Salud Mental La Rioja, a la que se invitará a participar a representantes de diferentes Organismos Oficiales, Instituciones, agentes sociales

y profesionales relacionados con el ámbito policial y judicial, sanitario, educativo, de los servicios sociales, penitenciario, medios de comunicación y del ámbito ejecutivo y legislativo.

Este grupo de trabajo será el responsable de la elaboración en el plazo de un año de un Plan Estratégico para La Rioja que permita trabajar por la erradicación del estigma y las discriminaciones, por el ejercicio real de los derechos y por el fomento de las oportunidades para que las personas con enfermedad mental participen activamente en la sociedad en igualdad de condiciones y puedan llevar una vida digna e integrada como ciudadanos.

El “modelo de recuperación e inclusión” de las personas con enfermedad mental será el marco de referencia de dicho Plan Estratégico, que recogerá por ámbitos de actuación los objetivos específicos y actuaciones concretas a desarrollar para erradicar el Estigma y la Discriminación.

Los ámbitos de actuación del Plan serán los siguientes: medios de comunicación, empleo, salud, servicios sociales, educación, familias, ámbito policial y judicial, ámbito penitenciario y ámbito ejecutivo y legislativo. El Plan Estratégico tendrá una vigencia de 4 años y anualmente se desarrollará el POA (Programa Operativo Anual) correspondiente a cada ejercicio, que incluirá una evaluación de las medidas desarrolladas y objetivos alcanzados en cada año de ejecución.

Dicho Plan contra el Estigma tendrá un enfoque transversal, definiendo e impulsando una estrategia específica, coordinada, interdisciplinar e interinstitucional, de carácter permanente que monitorice las acciones y que garantice la implantación, desarrollo, difusión y evaluación de las mismas, vinculadas al III Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja.

- Identificar como aspectos esenciales de la lucha contra el estigma y la discriminación del colectivo los siguientes: la no discriminación laboral; la identificación y el trato como a cualquier otro ciudadano; el rechazo del uso de términos ofensivos, inexactos o inadecuados para referirse a las personas afectadas; el apoyo a las personas con enfermedad mental y a sus familias; el apoyo al movimiento asociativo; considerar el papel clave de determinados agentes sociales, como los profesionales de los medios de comunicación, el personal docente, los empresarios, los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, etc.

- El Plan contemplará intervenciones específicas para erradicar el estigma y la discriminación en los diferentes ámbitos de actuación señalados, orientadas a la consecución de las siguientes medidas:

. Disminuir hasta eliminar el uso inapropiado de lenguaje estigmatizante y de términos relacionados con la enfermedad mental grave que provoquen discriminación o favorezcan los procesos de exclusión.

. Aumentar la información en la población general y en colectivos específicos (empresarios, fuerzas del orden público, ámbito escolar, juzgados, medios de comunicación, etc.) a través del desarrollo de acciones formativas, así como de campañas especializadas, centradas en la divulgación de la realidad actual

de la enfermedad mental y las posibilidades reales de rehabilitación, tratamiento e integración social, diferenciando adecuadamente la enfermedad mental de otras condiciones de discapacidad y dependencia.

- . Analizar y proponer las reformas necesarias para conseguir la igualdad de oportunidades de las personas con enfermedad mental, así como garantizar a las personas afectadas el conocimiento de los derechos que les protegen, mediante el desarrollo de medidas de asesoramiento e información.

- . Elaboración y difusión de manuales de estilo, guías y normas específicas destinados a los medios de comunicación para un tratamiento mediático positivo e integrador de las noticias relacionadas con la salud mental.

- . Apoyo a la difusión social de noticias positivas relacionadas con la enfermedad mental y su tratamiento no vinculadas a estereotipos.

- . Profundización e incremento de medidas de apoyo a la integración laboral y social de las personas con trastornos mentales graves y persistentes.

- . Propiciar el contacto entre la población general y las personas con enfermedad mental en contextos estructurados que posibiliten los efectos “anti-estigma”.

- . Desarrollar una página web específica de salud mental orientada a la ciudadanía donde se muestre información, recursos, actividades, campañas así como un foro - observatorio “anti-estigma”.

- . Difundir y promover las mejores prácticas en la lucha contra el estigma.

- . Mejora de las estrategias de afrontamiento del estigma con personas con problemas de salud mental y sus familiares, mediante intervenciones específicas generadas desde los propios recursos de salud mental y desde el movimiento asociativo de familiares y personas con enfermedad mental.

- . Elaboración entre todas las partes implicadas del ámbito judicial, policial, sanitario, de servicios sociales, movimiento asociativo, etc. de un “Protocolo de Coordinación de actuaciones para los traslados e ingresos de personas con problemas de salud mental”, considerando que es una herramienta clave para mejorar la atención al colectivo y luchar contra el estigma.

- . Reforzar el respaldo a la Asociación Salud Mental La Rioja (ARFES), movimiento asociativo representante de las personas con enfermedad mental y sus familiares en La Rioja, para que puedan actuar como interlocutores y ejerzan con eficacia las funciones de representación, atención, apoyo y defensa de los derechos del colectivo.

- . Establecer e implantar vías de participación efectiva de las personas con enfermedad mental y sus familias, en el diseño, planificación y evaluación de las políticas de salud mental que les afectan.

. Potenciar la atención socio-sanitaria a las enfermedades mentales, especialmente a las más graves, y fomentar la participación de los afectados y sus familiares en el desarrollo y mantenimiento de esta atención.

Indicadores

-Número de reuniones del Grupo de Trabajo responsable de la elaboración del Plan Estratégico de lucha contra el Estigma y la discriminación.

-Número de Instituciones, Organismos públicos o privados, entidades, etc. de los distintos ámbitos que participan y se involucran en las acciones del Plan.

-Grado de ejecución (%) anual de las medidas propuestas en los distintos ámbitos de actuación para luchar contra el estigma, recogidas en el correspondiente Programa Operativo Anual.

-Grado de consecución (%) anual de los objetivos propuestos en los distintos ámbitos de actuación para luchar contra el estigma, señalados en el correspondiente Programa Operativo Anual.

-Número de eventos, campañas de información, sensibilización y divulgación social realizadas, jornadas de formación y otras actividades desarrolladas anualmente.

-Número de participantes en los diversos eventos, campañas, jornadas y actividades realizadas.

-Número de acciones realizadas para la difusión social y mediática de los eventos y acciones organizadas.

-Número de guías, dípticos, poster, así como otro material divulgativo elaborado y distribuido.

-Número de noticias estigmatizantes aparecidas en los medios de comunicación.

-Número de acciones desarrolladas para mejorar el trato mediático y una positiva difusión de las noticias relacionadas con la salud mental.

-Resultados de las encuestas de satisfacción a personas con enfermedad mental y sus familias (medidas de percepción) sobre las acciones desarrolladas de lucha contra el estigma y la discriminación.

-Resultados de las encuestas de satisfacción a la sociedad (medidas de percepción) sobre las acciones desarrolladas de lucha contra el estigma y la discriminación.

-Existencia de un programa de actuaciones contra la discriminación y el estigma, coordinado por los distintos dispositivos de atención a la salud mental.

LINEA 6.- Formación a los profesionales e investigación en Salud Mental.

Situación actual

En el marco de la Ley General de Sanidad y la Ley 2/2002 de Salud de La Rioja se establece la colaboración de los sistemas públicos de salud con la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales; y en el desarrollo de un sistema de aprendizaje permanente. El Sistema Público de Salud de La Rioja debe promover la formación de sus profesionales, con el fin de lograr su mayor y mejor adecuación a las prioridades que se establezcan en función de las necesidades de la población, y fomentará la utilización de nuevas tecnologías.

Se determina de interés establecer acuerdos de colaboración entre administraciones e instituciones, a efectos de garantizar la docencia práctica, las enseñanzas técnico-profesionales relacionadas con las ciencias de la salud, e implementar la calidad de la asistencia sanitaria en el campo de la salud mental.

Asimismo, el Sistema Público de Salud de La Rioja debe fomentar las actividades de investigación sanitaria en el marco de la salud mental, como elemento fundamental para su progreso y mejora de la calidad. La investigación en ciencias de la salud debe contribuir a la prevención de la enfermedad, promoción de la salud de la población y al ejercicio de una asistencia sanitaria basada en la evidencia científica más actualizada. Desde el Sistema Público de Salud de La Rioja se fomentará la coordinación en materia de investigación sanitaria con otras instituciones, tanto de ámbito autonómico, nacional e internacional.

Objetivo general

Desarrollo de la formación, docencia e investigación en Salud Mental.

Objetivos específicos

- Fomentar el desarrollo de los conocimientos en Salud Mental de los profesionales del Servicio Riojano de Salud.
- Fomentar el desarrollo de la formación especializada en Salud Mental.
- Fomentar la investigación epidemiológica y clínica en Salud Mental.

Recomendaciones

- Desarrollo de actividades de formación continuada con el objeto de aumentar los conocimientos en Salud Mental en el ámbito laboral de la Atención Especializada, Atención Primaria de Salud y otros profesionales no asistenciales.

- Velar por la calidad de las actividades de formación continuada desarrolladas, en el marco del Sistema Autonómico de Acreditación de Formación Continuada de las profesiones sanitarias.
- Potenciar la investigación en salud mental en el Servicio Riojano de Salud. Convocatoria de becas de investigación con periodicidad anual.
- Desarrollar estudios epidemiológicos que permitan conocer la incidencia del trastorno mental, así como los factores asociados a la enfermedad.
- Elaborar un convenio de formación e investigación entre la Red de Salud Mental y Universidad de La Rioja. Diseñar planes de investigación coordinados.

Indicadores

- Número de actividades de formación continuada realizadas después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.
- Número de profesionales asistentes a las actividades de formación continuada.
- Satisfacción de docentes y profesionales asistentes a las actividades de formación.
- Existencia de evaluadores del “Sistema Autonómico de Acreditación de Formación Continuada de las profesiones sanitarias” entre los profesionales de la Red de Salud Mental del SERIS.
- Número de documentos científicos publicados, asistencias y contribución a congresos, y/o líneas de investigación desarrolladas o existentes en relación con el fomento de la salud mental.
- Número de becas de investigación en Salud Mental convocadas anualmente después de la entrada en vigor del Plan de Salud Mental.
- Número de estudios epidemiológicos que permitan conocer la incidencia del trastorno mental así como factores asociados a la enfermedad.
- Existencia de un Plan de investigación coordinado.

LINEA 7.- Calidad y Evaluación en los Servicios de Salud Mental.

Objetivo general

Mejora de la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía.

Mejorar la coordinación directa entre los profesionales de los equipos de atención primaria y los de salud mental de cada zona de salud.

Mejora de la efectividad y resolución.

Objetivos específicos

-Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades de la población.

-Orientar la organización de los servicios a la mejora de la accesibilidad.

-Promover la intervención de los equipos de Salud Mental comunitarios en aquellas poblaciones con mayor riesgo social y sanitario.

-Potenciar la comunicación, coordinación y colaboración entre las unidades de salud mental y atención primaria.

-Impulsar el desarrollo de circuitos asistenciales integrados entre las unidades de salud mental y los equipos de atención primaria.

-Reforzar los sistemas de información en salud mental y que promuevan un sistema de medición, evaluación y difusión de resultados en Salud Mental.

-Implantar guías de práctica clínica y protocolos asistenciales.

-Mejorar la efectividad y resolución de los servicios de psiquiatría.

Recomendaciones

-Creación de dispositivos especializados de atención en la comunidad y en el domicilio, que fomenten la plena integración y mantenimiento autónomo de la persona con trastorno mental grave y crónico en el entorno donde reside.

-Armonizar los objetivos de la cartera de servicios de Salud Mental con Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública y Política Social.

- Incrementar el número de personas que, de acuerdo con sus necesidades, reciben tratamiento en programas de rehabilitación psicosocial como prevención terciaria, tal como recoge la Cartera Común Básica de Servicios Asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
- Disponer en las unidades de salud mental y en relación con el trastorno mental grave, un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia, y que incluya la coordinación multisectorial del proceso asistencial
- Impulsar estrategias para disminuir la frecuentación innecesaria y la corresponsabilidad de la ciudadanía en la utilización de los servicios.
- Informar a la sociedad sobre la cartera de servicios, los procedimientos de trabajo y los resultados de la atención.
- Identificar personas con alto riesgo de padecer un trastorno mental grave y promover su evaluación y eventual tratamiento.
- Adaptar los servicios y la información facilitados a los usuarios a las necesidades de las poblaciones de alto riesgo.
- Introducir, dentro de la vía integrada de atención al paciente con trastorno mental grave y crónico, un programa de tratamiento asertivo comunitario en toda el área sanitaria de La Rioja
- Avanzar en la mejora de la valoración de la situación de dependencia derivada de un trastorno mental.
- Potenciar el empleo de las interconsultas dentro de la Historia Clínica Electrónica con comunicación entre médicos de Atención Primaria, psiquiatras y psicólogos clínicos.
- Protocolizar los abordajes terapéuticos en salud mental y atención primaria con profesionales de ambos estamentos.
- Establecer procedimientos sistemáticos y estandarizados de seguimiento de los objetivos terapéuticos comunes entre atención primaria y salud mental.
- Creación de un sistema de información de diagnóstico y asistencia en salud mental.
- Recoger de forma sistemática y comunicar al final de cada ejercicio los resultados obtenidos a través de un conjunto mínimo de indicadores de salud mental que nos permita monitorizar el Plan.
- Realizar evaluaciones anuales y sistemáticas del Plan de Salud Mental

- Disponer de guías de práctica clínica y protocolos elaboradas de acuerdo a las prioridades y los criterios de calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar estrategias dirigidas a la implantación de las guías clínicas, así como a la evaluación del impacto de su implantación.
- Implementar una vía integrada de atención a la persona con trastorno mental grave y crónico que incluya un programa de tratamiento asertivo comunitario en toda el área sanitaria de La Rioja
- Reorganización de los servicios: disminuir sistemáticamente la política de atención en el Centro de Salud Mental de Albelda, unidad de larga estancia, a favor de otras estructuras de asistencia en la comunidad.
- Establecer recursos asistenciales alternativos a la hospitalización de agudos como los hospitales de día.
- Fomentar el desarrollo de indicadores de impacto.

Indicadores

- Mapa de dispositivos de salud mental en La Rioja.
- Porcentaje de abandonos de pacientes con TMG: <30%.
- Porcentaje de pacientes con trastorno mental grave incluidos en el programa asertivo comunitario sobre el total de personas diagnosticadas de trastorno mental grave.
- Porcentaje de pacientes con trastorno mental grave cuya dependencia está valorada sobre el total de personas diagnosticadas de trastorno mental grave.
- Número de reuniones y actuaciones relacionadas con la coordinación interinstitucional entre los dispositivos de atención al TMG.
- Número de protocolos elaborados para la atención a la salud mental.(especificarlos)
- Continuidad de cuidados: Alta con cita concertada: 100% en plazo máximo de 15 días.
- Lista del conjunto mínimo de indicadores de salud mental.

-Informe anual de evaluación de resultados.

-Existencia de un registro de personas con trastorno mental grave y crónico, de acuerdo con los criterios definidos.

-Existencia de un programa de atención integral y continuidad de cuidados para la atención a personas con TMG que incluya el abordaje asertivo comunitario.

-Número de dispositivos especializados de atención a la Salud Mental en la comunidad alternativos a la hospitalización completa.

6. EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Para el seguimiento y evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental de La Rioja 2016/2020 se prevé la creación de un Comité de evaluación y seguimiento específico, **el Comité de Salud Mental de La Rioja**. Este Comité estará formado por un equipo interdisciplinar con responsabilidad en la mejora de la Salud Mental de la Comunidad Autónoma y velará por el adecuado cumplimiento del Plan de Salud Mental de La Rioja 2016 / 2020. Este Comité de evaluación y seguimiento estará compuesto por, al menos, dos psiquiatras, dos psicólogos clínicos y dos enfermeros especialista en salud mental.

Serán funciones del Comité de Salud Mental el seguimiento y evaluación del Plan de Salud Mental de La Rioja 2016 / 2020 con la emisión de informes anuales de seguimiento y evaluación del Plan, así como con la supervisión de la evolución de los diferentes objetivos y acciones que en él se establecen.

BIBLIOGRAFÍA:

Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., et al. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand*, 109 (Suppl. 420): 38–46.

Andalucía. Consejería de Salud. Plan integral de Salud Mental 2003-2007.

Aragón. Consejería de Salud y Consumo. Plan Estratégico 2002-2010 de Atención a la Salud Mental.

Asociación Mundial de Psiquiatría. La esquizofrenia abre las puertas. 2007.

Bertolote, J.M, & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. En: Wasserman, D., & Wasserman, C. (Eds.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective*. Oxford: Oxford University Press. (pp. 91-98).

Cabasés JM, Haro JM, Martínez Larrea A, Muñoz PE, Salvador-Carulla L, Torres F. Impacto del tratamiento de la esquizofrenia en España. *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30 Supl 3:43-51.

Cantabria. Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Regional de Salud Mental 1998-2001.

Castilla La Mancha. Plan de Salud Mental de Castilla La Mancha – 2005/2010.

Cawthorpe, D., Wilkes, T.C., & Noseworthy, T.W. (2007). Priority-Setting for Children's Mental Health: Clinical Usefulness and Validity of the Priority Criteria Score. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 16(1): 18-26.

Comisión de las Comunidades Europeas. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. 2005.

Comunidad de Madrid y Obra Social de Caja Madrid. Estigma social y enfermedad mental. 2006.

Consumo farmacéutico por grupos terapéuticos, edad y sexo. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.

Constitución Española (1978).

Decreto 13/2009, de 27 de febrero, por el que se regula la estructura, organización y régimen de funcionamiento del Centro Asistencial Albelda de Iregua

Desviat, M. La reforma psiquiátrica. Madrid: Dor, 1994.

Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Observatorio Español sobre Drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008.

Encuesta Nacional de Salud 2006. Ministerio de Sanidad y Política Social.

Escribá, P.; Huertas, M. Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral. Valencia: Nau llibres, 1984.

Extremadura. Plan Integral de Salud Mental de Extremadura – 2007/2012.

Evaluación (y actualización) de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009.

Federación Mundial de la Salud Mental. Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales [en línea]. 1989. Disponible en Web: <http://www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/declara.pdf>

Gobierno de España. Instituto Nacional de Estadística. (2012). Informe anual 2012.

Gobierno de España. Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.

Haro J.M., Palacin C, Vilagut G. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. Med Clin (Barc) 2006; 126 (12):442-451.

Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. Br. J. Psychiatry 1998;173:11-53.

Izco Goñi.N; Ramalle-Gomara.E Evolucion de la Mortalidad Por suicidio según grupos de Esdad en La Rioja, periodo 1980-2005. Servicio Epidemiologia Sanitaria. La Rioja. Consejeria de Salud y Bienestar Social.

Jané-Llopis, E., & Gabilondo, A. (Eds). (2008). Mental Health in Older People. Consensus paper. Luxembourg: European Communities.

Laita De Roda, Paula; Parellada, M.; Álvarez, M. y cols., “Aspectos diferenciales en los trastornos mentales en la adolescencia” en Ferrando, Laura (coord.), Salud mental y género en la práctica clínica, Barcelona, Ars Médica, 2007.

Ley Orgánica 3/1982, Estatuto de Autonomía de La Rioja.

Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor.; 1996.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil.

Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores.

Ley 2/2002 de Salud de La Rioja.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud.

Ley 5/2001, de 17 de octubre, sobre drogodependencias y otras adicciones.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986.

Real Decreto 63/1995, de 20 de marzo, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud (SNS).

Madrid. Consejería de Sanidad. Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo, 1985.

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

Möller-Leimkühler, Anne Maria. Género y salud mental: la depresión. Evidencias para la integración del género en las políticas sanitarias. En: Seminario sobre mainstreaming de género en las políticas de salud en Europa. Madrid, Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.

NANDA Internacional. NANDA I. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2007/2008. 2008. Elsevier España, S.A.

Moorhead S, Maas M, Johnson M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Proyecto de Resultados Iowa. Tercera Edición . 2007. Madrid, Elsevier España S.A.

McCloskey J, Bulecheck G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta Edición . 2005. Madrid, Elsevier España S.A.

Organización Mundial de la Salud. Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental. [en línea]. Helsinki, 2005. Disponible en Web: <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc06.pdf>

Organización Mundial de la Salud. Mental Health: facing the challenges, building solutions. 2005

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001.

Parlamento Europeo. Resolución sobre “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental”. 2006

Patterson WM, Dohn HH, Bird J, Patterson GA. Evaluation of suicidal patients. the SAD PERSONS scale. Psychosomatics. 1983, 24 (4):348-9

Patton, G.C, Coffey, C., Sawyer, S.M., Viner, R.M., et al. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet, 374: 881-892.

Plan de Salud de La Rioja. II. 2009 – 2013

Plan de Salud Mental de La Rioja. II. 2010 - 2015

Plan de Salud de La Rioja. III. 2015 - 2019

Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de La Rioja de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.

Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre Especialidades de Enfermería.

Real Decreto 1030/2006, de 15 de Septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Registro acumulativo de casos de Salud Mental de La Rioja. Consejería de salud, Gobierno de La Rioja.

Roder, D. et al. Terapia Integrada de la esquizofrenia. Madrid: Ariel, 1996.

SEN, Gita; Östlin, Pirooska y George, Asha, Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it, Final report of Women and Gender Equity Knowledge Network, to the WHO Commission on Social Determinants of Health, Institute Karolinska, 2007.

Servicio de Salud-Osakidetza. Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental. Plan Estratégico 2004-2008.

Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholm, L., & Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 8, 1175-1184.

Tsuang et al. (eds.). *Textbook of Psychiatric Epidemiology*. New York, Wiley. 1995.

Wittchen, H.U., & Jacobi, F. Size and burden of mental disorders in Europe -a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*. 2005.

World Health Organization: *The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope*. Geneva: WHO, 2001 (<http://www.who.int/whr/2001>)

World Health Organization. (2008). *MH GAP Mental Health Gap Action Programme: Scaling up care for mental, neurological and substance use disorders*. Geneva.

Organización WH. *Multisite intervención study on suicided behaviours SUPRE-MISS : protocol of SUPRE-MISS*. Geneva WHO. 2002.

World Psychiatry (Edición en español): "El concepto de trastorno mental: Implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial". J.C. Wakefield.

World Psychiatry (Edición en español): "Recapacitando sobre los trastornos mentales: Cómo la investigación cambiará la práctica clínica". T. Insel.

COLABORADORES:

Carmen Corral Miguel
Directora de Servicios Sociales

Paloma Corres Vaquero
Concejal Ayuntamiento de Logroño

Alberto Galiana García
Director General de Educación, Personal y Centros docentes

Rosa Garrido Uriarte
Directora Médica de Atención Primaria y 061

Carmen Gómez Carrera
Jefa de Servicio de Protección de Menores, Mujer y Familia

M. Teresa Hurtado Carrillo
Jefa de Servicio de Personas con Discapacidad

Cristina Maiso Fernández
Directora General de Justicia e Interior

Jesús Ochoa Prieto
Jefe de Coordinación Asistencial de Atención Primaria

Manuel Olivares Cobo
Responsable Socio Sanitario Servicio Riojano de Salud

COLABORADORES - ASOCIACIONES:

FEAFES- ARFES PRO SALUD MENTAL

ACAB

APIR

ARAD

ARPA

ARPANIH

DIAGRAMA

FEAPS

PIONEROS

PROYECTO HOMBRE

TELÉFONO DE LA ESPERANZA

ASOCIACIONES CIENTÍFICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA



riojasalud.es