

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

de la Comunidad de Madrid

2022-2024



**Comunidad
de Madrid**

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

de la Comunidad de Madrid

2022-2024

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

de la Comunidad de Madrid

2022-2024



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Coordinación: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones
Edita: Dirección General del Proceso Integrado de Salud. Servicio Madrileño de Salud
Edición: 2022
Diseño y maquetación: BOCM
Imprime: BOCM
ISBN: 978-84-451-4035-2
Depósito legal: M-29887-2022

«El crédito debe darse a las obras,
no a las palabras»

El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha

MIGUEL DE CERVANTES SAAVEDRA

RESUMEN	11
 1 MARCO DE REFERENCIA	 17
1.1. Marco de referencia histórico y conceptual	19
1.2. Marco de referencia ético y normativo	23
 2 ANÁLISIS DE SITUACIÓN	 27
2.1. Datos demográficos y epidemiológicos	29
2.2. Recursos actuales de atención a la Salud Mental y Adicciones	82
2.3. Actividad, evolución de la demanda y demora	100
2.4. Evaluación del Plan de Salud Mental 2018-2020	120
2.5. Conclusiones y áreas de mejora. Análisis DAFO-CAME	122
 3 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES DEL PLAN	 129
 4 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN	 133
 5 ENFOQUE ESTRATÉGICO	 143
LÍNEA ESTRATÉGICA 0. Desarrollo de la organización	147
LÍNEA ESTRATÉGICA 1. Atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave	157
LÍNEA ESTRATÉGICA 2. Atención a la Salud Mental en la infancia y la adolescencia	179
LÍNEA ESTRATÉGICA 3. Comunicación y coordinación entre Salud Mental y Adicciones y Atención Primaria	197
LÍNEA ESTRATÉGICA 4. Atención a las personas con trastornos adictivos	207
LÍNEA ESTRATÉGICA 5. Atención a la salud mental en las personas mayores. Psicogeriatría	221
LÍNEA ESTRATÉGICA 6. Atención a las personas con trastorno del espectro autista	241
LÍNEA ESTRATÉGICA 7. Atención a las personas con trastorno de la conducta alimentaria	255
LÍNEA ESTRATÉGICA 8. Atención a las personas con trastorno de la personalidad	267
LÍNEA ESTRATÉGICA 9. Participación, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental	277

LÍNEA ESTRATÉGICA 10. Formación y cuidado de los profesionales	297
LÍNEA ESTRATÉGICA 11. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales	309
6 IMPLANTACIÓN, SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN	319
6.1. Implantación	322
6.2. Evaluación, seguimiento y aprendizaje	323
7 PARTICIPANTES	327
8 FINANCIACIÓN EXTRAORDINARIA PLAN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2022-2024	337
BIBLIOGRAFÍA	341
GLOSARIO	365

Tras el período de vigencia del Plan de Salud Mental 2018-2020, y habiéndose finalizado la evaluación completa del mismo, tanto en sus actuaciones con presupuesto como en las de tipo organizativo y de coordinación, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) asume el proyecto de elaborar un nuevo Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 del Servicio Madrileño de Salud.

Con este fin, y en un contexto especialmente marcado por la pandemia por COVID19, con importantes efectos en la población, en los profesionales y en las organizaciones sanitarias, la ORCSMyA comienza por realizar el análisis de situación de manera centralizada. Se realiza de esta forma la actualización de información epidemiológica y de recursos, y la identificación de necesidades, con objeto de priorizar claramente la Memoria Económica del Plan, que trate de comprometer, en el mayor grado posible, la necesaria dotación de recursos y presupuesto en salud mental y adicciones en un complejo contexto de crisis.

En este sentido, cabe destacar que durante la elaboración del presente plan, se han simultaneado la evaluación del previo, la planificación estructural en un contexto pandémico, con necesidades propias que requieren de respuestas ágiles y precisas, y la propia gestión de la pandemia en las redes de salud mental y también en la de adicciones, recién incorporada esta a la dependencia central de la Oficina (*ORCSMyA, Abril 2020 y Junio 2020*).

Las enfermedades neuropsiquiátricas, situadas previamente en primera línea de carga de enfermedad en Europa, adquieren una especial relevancia en el actual contexto postpandémico. La salud mental se reconoce como área de elevado riesgo de afectación en todos los grupos de edad, y especialmente en adolescentes, jóvenes, y en poblaciones vulnerables, resultando imprescindible desarrollar medidas específicas y añadidas a las habituales hasta el momento.

El PSMYA 2022-2024 del Servicio Madrileño de Salud plantea 12 líneas estratégicas con 94 objetivos específicos para cuya consecución se proponen 287 actuaciones, evaluables a través de indicadores específicos, recogidos en la formulación del plan. El plan incluye los instrumentos para su seguimiento y evaluación y contempla prioridades temporales, que dan premura a las actuaciones estructurales que posibilitarán acciones futuras.

El plan presenta un enfoque estratégico a través de las líneas siguientes:

- Línea estratégica L0: desarrollo de la organización.
- Línea estratégica L1: atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave.
- Línea estratégica L2: atención a la Salud Mental en la infancia y adolescencia.
- Línea estratégica L3: comunicación y coordinación entre Salud Mental y Adicciones y Atención Primaria.

- Línea estratégica L4: atención a las personas con trastornos adictivos.
- Línea estratégica L5: atención a la Salud Mental de las personas mayores. Psicogeriatría.
- Línea estratégica L6: atención a las personas con trastornos del espectro autista.
- Línea estratégica L7: atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.
- Línea estratégica L8: atención a las personas con trastornos de la personalidad.
- Línea estratégica L9: participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.
- Línea estratégica L10: formación y cuidado de los profesionales.
- Línea estratégica L11: promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales.

El Plan Estratégico se ha elaborado, al igual que el plan anterior, con un enfoque y metodología que persiguen involucrar al máximo de actores posibles, con la novedad de incorporar desde el inicio a representantes de usuarios y familiares en los grupos de trabajo con profesionales. Se pretende con ello generar compromisos que permitan la viabilidad y sostenibilidad de las acciones, así como el ajuste a las necesidades y prioridades del momento. Asimismo, se ha incorporado a los responsables de todos los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental a lo largo del proceso, como Comité Operativo del Plan, participando en la propuesta de misión, visión y valores, en la construcción del análisis DAFO-CAME, conjuntamente con la Oficina y en la priorización de las actuaciones, para favorecer la factibilidad y en el despliegue del Plan.

En los últimos años, se viene confirmando el incremento de la demanda de atención por problemas de salud mental en todos los grupos de edad, que se asocia a un aumento de la complejidad de los casos, especialmente en población joven, que se ha agudizado con la crisis pandémica. En ese contexto, la atención ha de tener en cuenta evitar la patologización inapropiada de los malestares y adversidades que crecerán sin duda con la crisis. Y, al mismo tiempo, afrontar y anticiparse a esa demanda asistencial aumentada y compleja desde un enfoque proactivo de aproximación. Si bien las administraciones de salud son responsables de gestionar la respuesta adecuada a los problemas psicosociales en cuanto a trastornos mentales secundarios a pandemia, se considera importante asumir el reto de implementar políticas de promoción de la salud mental y de prevención del suicidio en otros ámbitos más allá del puramente sanitario, como políticas de salud pública, tal y como reclaman la OMS y el IASC (IASC 2022).

En ese sentido, el presente Plan mantiene una línea de consolidación y avance en el trabajo y recorrido ya realizado en las diferentes líneas estratégicas, incorpora además una ampliación de alcance más allá de lo estrictamente sanitario. Especialmente con la elaboración como proyecto propio de un Plan de Prevención del Suicidio independiente, con la coordinación de la Oficina, y con carácter multisectorial y participación de otras Consejerías, entidades y agentes de interés. Asimismo, como elemento novedoso, se ha establecido en este plan una línea específica de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, en colaboración con la DG de Salud Pública y también con áreas específicas

de la Consejería competente en materia de Educación, encargadas de la prevención del acoso escolar y del bienestar emocional en los centros.

Por otra parte, este proyecto se presenta como la ocasión de planificar un camino conjunto con la red de adicciones, dada la reciente coordinación centralizada desde la Oficina, establecida formalmente en noviembre de 2019. De esta forma, en el presente plan se describe la información epidemiológica y de recursos propios de adicciones, así como el marco histórico y conceptual de la red de adicciones, como elemento diferencial con otros procesos de planificación, conjuntamente con la información sobre la red de salud mental. Igualmente, las actuaciones de la Línea 4 adquieren un carácter más ejecutivo que de coordinación. En este sentido, cabe decir que, si bien los problemas adictivos forman parte sin duda de los problemas de salud mental, su especificidad tanto clínica, como especialmente de desarrollo histórico en cuanto a recursos y dependencias, nos hacen situarlo en el título de la Oficina (actualmente de Coordinación de Salud mental y Adicciones) y también en el título del Plan, con la idea de resaltar la importancia de este proceso de integración efectiva en el Servicio Madrileño de Salud.

Asimismo, se trata de avanzar en el trabajo desarrollado en la atención basada en el respeto a los derechos humanos y la seguridad del paciente, en la línea de participación, humanización y lucha contra el estigma. Con ello se apoya el desarrollo de los principios de la Convención de Derechos de las personas con Discapacidad, según la cual los derechos de las personas con discapacidad no se limitan por su capacidad funcional, sino por las barreras que impiden a estas personas ejercer sus derechos y también asumir sus responsabilidades, en igualdad de condiciones con todas las demás.

El Servicio Madrileño de Salud con el nuevo PSMYA2022-2024, se propone afrontar los retos identificados bajo el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS (OMS, 2022) que ha ampliado su período de ejecución a 2030, y que tiene entre sus objetivos reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la Salud Mental, proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental completos, con atención social, de forma alineada con la nueva Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad 2022-2026.

A continuación, un breve resumen de cada línea.

La línea 0 —llamada de desarrollo de la organización— responde a la necesidad de continuar fortaleciendo la estructura de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMYA). En primer lugar favoreciendo la coordinación y colaboración inter e intra institucional, teniendo en cuenta la ya efectiva integración de la red de Adicciones en el ámbito de gestión de la oficina. En esta edición del plan, se pone un especial énfasis en el desarrollo formal de un sistema de información y un cuadro de mandos que sustente y apoye la toma de decisiones en la red de salud mental y adicciones, tanto a nivel central como en las áreas de gestión clínica.

Las líneas 1 y 2 continúan siendo la columna vertebral del plan, dado que recogen de modo general y transversal las actuaciones dirigidas a mejorar la atención a los usuarios con trastorno mental grave (TMG), diferenciándose en función del subgrupo poblacional (adultos o infanto adolescentes).

La línea 1 enfoca su actividad en mejorar la atención de los adultos con TMG, en el ámbito comunitario especialmente, y también en las diferentes modalidades de hospitalización. Se pretende reforzar y mejorar la estructura y recursos de los CSMs, así como su funcionamiento, incidiendo en la redefinición de los Planes de Continuidad de Cuidados, para ajustar la respuesta a la necesidad, con subprogramas específicos según gravedad y vinculación de los/las pacientes con el centro. Asimismo, se apuesta por progresar en la atención domiciliaria, flexibilizando y adecuando la oferta de los hospitales de día a las necesidades del paciente, mejorando las prestaciones de la hospitalización breve y optimizando el uso de la media y larga estancia para que responda a los requerimientos de los usuarios, con fines de recuperación y retorno a la comunidad. Asimismo, se mantienen acciones específicas para personas con TMG y especial vulnerabilidad, con problemas de abuso de sustancias, situación de exclusión social y marginación sin hogar y en riesgo de entrada o en contacto con el ámbito judicial.

El objeto de atención de la línea 2, referido a la atención en la infancia y adolescencia, está adquiriendo en los últimos años un interés creciente. Continúa si cabe la ampliación de los recursos personales y estructurales, tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, remarcándose la necesidad de mejorar el sistema de información así como de clarificar y homogeneizar el concepto de la continuidad de cuidados. Se promueve el avance en la hospitalización domiciliaria para este sector etario y se mantienen actuaciones dirigidas a mejorar la atención perinatal, el proceso de transición de los equipos de Salud Mental de población infantojuvenil a los de adultos y la coordinación con otros recursos sanitarios e institucionales implicados. Asimismo, la actividad preventiva especialmente en el medio escolar, adquiere una relevancia especial, y se recoge en la nueva línea específica L11 de Prevención y Promoción.

La línea 3 de salud mental en Atención Primaria renueva su estructura respecto del anterior plan, lo que se traduce en primer lugar en el nombre (Comunicación y coordinación entre Salud Mental y Adicciones y Atención Primaria). Hace hincapié, por tanto en todos los aspectos relacionados con optimizar la colaboración y el trabajo coordinado entre las redes de Salud Mental y Adicciones con Atención Primaria. También, contiene acciones dirigidas a la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales que, entre otras cosas, ayude a evitar la medicalización y psicologización de los malestares de la vida cotidiana. Todo ello, dirigido también a maximizar la capacidad del sistema sanitario para abordar los trastornos mentales graves, en los que trata de mejorar la detección precoz y su manejo inicial.

La línea 4 de atención a las personas con Trastornos Adictivos, se enmarca en una realidad normativa que incluye de forma efectiva la red de adicciones en el ámbito de gestión de la ORCSMYA, lo que no sucedía en el anterior plan. Es lógico que incorpore actuaciones que traten de avanzar en dicha integración. También se refuerza la coordinación y la mejora de los procesos, focalizando al tiempo la atención en aspectos concretos como el consumo perjudicial de alcohol, las adicciones comportamentales, la comorbilidad TMG-Adicciones, el problema de la violencia de género y los fármacos potencialmente adictivos. No se obvian las acciones específicas de colaboración con Asociaciones de Autoayuda y Rehabilitación de personas dependientes de alcohol, especialmente relevante en este campo.

La línea 5 del plan que se presenta, se dedica a la atención a la salud mental de las personas mayores y aparece como línea propia, novedosa respecto al plan anterior, que aborda-

ba su contenido en actuaciones puntuales en otras líneas. Se trata de una línea exhaustiva al iniciar su andadura en la planificación, que contiene actuaciones que tratan tanto a nivel comunitario como hospitalario. Asimismo contempla las acciones a desarrollar con el anciano con TMG, mayores con deterioro cognitivo y necesidades de salud mental, y especialmente coordinación entre instancias sociosanitarias implicadas. En la anterior edición del plan esta Línea 5 era la dedicada a la prevención del suicidio, pero en esta ocasión adquiere una entidad propia con un nuevo Plan de Prevención del suicidio de la Comunidad de Madrid 2022, que trasciende lo sanitario e implica a otras Consejerías, y que ha sido coordinado también desde la ORCSMyA. Las acciones en salud mental específicas de prevención del suicidio se incluirán como se verá en la nueva Línea 11 del presente plan.

Las líneas 6, 7 y 8 se centran en la atención a personas con trastornos específicos: trastorno del espectro autista (TEA), trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y trastornos de la personalidad (TP). En la atención a personas con TEA destacan acciones de diagnóstico temprano y complejo, promover la continuidad asistencial, reforzar las unidades supraárea, intervenciones psicoterapéuticas, mejora de la enfermedad física, coordinación, y el TEA en la vida adulta. En la atención de personas con TCA se remarca la necesidad de adaptar el proceso de atención a la necesidad en base a la gravedad y con dimensión de continuidad, que mejore tanto el TCA leve en el ámbito comunitario, como el grave y de larga evolución, optimizando la coordinación con otros recursos. En el caso de la atención a las personas con TP se promueve la aplicación de actuaciones homogéneas y específicas para la población con TP en el ámbito comunitario, que se generalice en la totalidad de las áreas de gestión clínica. En las tres líneas, se promueve un seguimiento e impulso de las acciones a nivel central, a través de las Comisiones de coordinación existentes para TCA y TP y de un grupo central propio de TEA.

En la línea 9 se continúa avanzando en la participación, humanización, respeto a los derechos y lucha contra el estigma y la discriminación en la enfermedad mental. Existen objetivos de mejora de la atención respetuosa, minimizando la utilización de medios restrictivos, mejorando las infraestructuras, fomentando la hospitalización abierta, y mejorando la comunicación tanto en situaciones de crisis como en el día a día. Asimismo, se promueve la participación activa de usuarios y familiares en el proceso de atención, la ayuda mutua y el asociacionismo como elemento de apoyo. Y por último se dirigen acciones específicas a colectivos especialmente vulnerables y susceptibles de sufrir inequidad.

La línea 10 mantiene dos partes diferenciadas, una dedicada a la formación y la otra al cuidado de los profesionales. De todas las líneas del plan surgen temas que conforman los contenidos formativos recogidos en la línea 10, que incluyen por ejemplo, la salud perinatal, la psicogeriatría, y los trastornos adictivos, con diferencias modalidades (online, simulación, presencial) y con la perspectiva de género. Por otra parte —y más que nunca en esta etapa postpandémica en la que estamos— no puede obviarse la inclusión de actuaciones para promover el cuidado de los profesionales y las medidas saludables en los equipos de trabajo y para la detección precoz y atención adecuada a los profesionales en el caso de presentar trastorno mental y a los problemas en los equipos de trabajo.

Cierra el contenido del plan una nueva línea, la 11, de Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. En ella se incluyen actuaciones más específicas prove-

nientes de otras líneas y que enfocan su objetivo en medidas destinadas a promocionar la salud mental y prevenir los trastornos mentales en los diferentes grupos de edad y poblaciones de riesgo. Así se formaliza la colaboración con Salud Pública para trabajar coordinadamente en ese campo, y si cabe, explorar la necesidad de incorporar aspectos relacionados con la salud mental al corpus de información que realiza la vigilancia epidemiológica en el ámbito de la patología crónica. Por otro lado, se dedica un amplio esfuerzo a la promoción de la salud en el ámbito educativo y la población infantojuvenil, que incluye la prevención de las conductas adictivas. Y finalmente, como se dijo previamente, la línea recoge actuaciones en sinergia con dos importantes programas independientes, el Plan de prevención del suicidio 2022 de la Comunidad de Madrid y la Estrategia de Seguridad del paciente del Servicio Madrileño de Salud.

La propuesta del PSMYA2022-2024 del Servicio Madrileño de Salud, implica continuar el proceso iniciado de cambios significativos y complejos, sujetos a numerosos factores críticos, que involucra a todos los agentes del sistema, y que se han desarrollado en los últimos años y durante la gestión de la pandemia. Entre ellos destacan el compromiso y la capacidad de liderazgo para el desarrollo de la organización, el reforzamiento de la cultura de colaboración y coordinación interdepartamental, la formación, participación y satisfacción de los profesionales, la participación activa de los usuarios, la colaboración de la Atención Primaria y de la Red de atención social y, de manera prioritaria, la mejora necesaria de los sistemas de información que faciliten la planificación y gestión de los servicios.

El desarrollo del presente plan es inherente a una financiación adicional finalista (Anexos 2 y 3), explicitada en la memoria económica que lo acompaña, por una serie de razones como refuerzo de recursos humanos, creación y ampliación de dispositivos y sensibilización y prevención que han sido considerados de mínimos para atender adecuadamente la necesidad actual, si bien una parte significativa de sus objetivos se acometen con acciones de reorganización funcional. La financiación propuesta supone un incremento extra significativo que se suma al asignado y ejecutado en el plan anterior. Se puede decir que la inversión en salud mental es prioritaria en este momento tanto por una cuestión de justicia distributiva y equidad, dada la especial incidencia que sufren las personas con problemas de salud mental de la ley de los cuidados inversos, como por una cuestión de eficiencia.

Por último, el PSMYA2022-2024 del Servicio Madrileño de Salud pretende servir de nuevo para asentar un acuerdo entre los diversos agentes implicados en la mejora de la atención a la salud mental de los ciudadanos madrileños y avanzar en el logro de prestar la mejor atención posible a las personas con trastorno mental de la Comunidad de Madrid.



1

Marco de referencia

1.1. MARCO DE REFERENCIA HISTÓRICO Y CONCEPTUAL

Durante los últimos 35 años se han realizado avances destacables en el desarrollo de la atención a la salud mental y a las conductas adictivas en la Comunidad de Madrid. Ambas redes han tenido una historia y recorridos diferenciados, que ahora requieren converger de forma efectiva, tras la reciente integración orgánica, a finales de 2019, en la coordinación conjunta de la Oficina de Salud Mental, ahora de Salud Mental y Adicciones, del Servicio Madrileño de Salud.

En el ámbito de Salud Mental se ha implantado una red de servicios basada en la atención comunitaria recomendada por la OMS, cuya meta es la rehabilitación y recuperación de las personas con trastorno mental grave. Este modelo participa de los principios de rechazo a la estigmatización y discriminación, respeto a los derechos humanos y a la dignidad de las personas, y humanización de la atención sanitaria en el campo de las enfermedades mentales.

Tras las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, el Plan de Salud Mental 2003-2008 significó el afianzamiento del modelo comunitario de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid, que tomó como punto de partida la década de 1980, con la publicación de la Ley General de Sanidad (LGS) y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Dichas publicaciones produjeron la transformación de la asistencia psiquiátrica en un modelo integrador y desinstitucionalizador. En 2007 se publicó la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud que venía a resaltar los principios regidores de la atención comunitaria en salud mental que se venía implantando. El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 del Servicio Madrileño de Salud supuso la consolidación del Plan de Salud Mental anterior, de modo que la red de atención a la Salud Mental está integrada dentro del conjunto de las prestaciones especializadas del Servicio Madrileño de Salud e integrada en la red sanitaria general, de acuerdo con su organización territorial, en la que a cada Hospital le está asignada una población de referencia, y también a cada Centro de Salud Mental.

Desde 2010, todos los Servicios de Salud Mental comunitarios, que constituyen el eje sobre el que pivota la atención a la Salud Mental, están asignados a sus respectivos Hospitales incluyendo esta especialidad en la cartera de servicios junto con el resto de especialidades, pero conservando sus especificidades, y estando incorporada a la libre elección de especialista.

Asimismo, se ha avanzado de manera notable en la accesibilidad a los recursos sociosanitarios para mejorar la recuperación y la integración social de la persona con trastorno mental grave, con una necesidad derivada de la alta complejidad asociada (limitación de autonomía personal, en las relaciones interpersonales, en integración laboral, pérdida de redes de apoyo social, sobrecarga y sobretensiones familiares...). El avance se ha producido a través de la puesta en funcionamiento, por parte de la Consejería de Familia, Juventud y

Política Social, de la red de atención social al colectivo de personas con TMG, y mediante la actuación continuada, coordinada y complementaria entre ambos sistemas sanitario y social de salud mental.

El último Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 supone un refuerzo estructural importante de la red, especialmente en la atención a población infantojuvenil y a personas con TMG. También pretende avanzar en el funcionamiento integrado e integrador de los Servicios, con una actividad coordinada y colaborativa de proximidad, en la que los recursos locales de atención en adicciones supone un elemento más en el trabajo colaborativo comunitario. Esta integración funcional de la salud mental con sus diferentes grados de desarrollo ha supuesto un avance constatable en la mejora de su funcionamiento que aún no ha agotado sus posibilidades de mejora, a las que se une ahora el necesario avance en la integración de la red de adicciones.

Desde el primer Plan Nacional sobre Drogas, aprobado en 1985 en un contexto de alarma social suscitada por la irrupción de la heroína en nuestro país, se ha mantenido un esquema de consenso como eje de la planificación de las actividades en materia de adicciones, implicando al Ministerio de Sanidad, a otros organismos clave en la Administración General del Estado como el Ministerio de Interior, a las Comunidades Autónomas, las entidades sin ánimo de lucro del sector, las corporaciones locales, personas expertas e investigadoras y los agentes sociales. A lo largo de estas décadas, este trabajo ha mostrado una notable continuidad que ha permitido mejorar la respuesta a las adicciones.

A lo largo de estos años, se han elaborado distintos planes y estrategias consensuados y aprobados por Consejo de Ministros para establecer el marco de actuación de las políticas de adicciones en España, así como las líneas generales de ejecución de las mismas. Asimismo, se ha promulgado la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos (en vigor) que determina, como básicos, la consideración de las drogodependencias y otros trastornos adictivos como enfermedades comunes con repercusión en las esferas biológica, psicológica, social y familiar. Una consecuencia de tal idea es la equiparación de la persona con drogodependencia con la persona con otro trastorno, sin que pueda ser discriminado.

En cuanto a la organización de la atención a las adicciones en la Comunidad de Madrid, en 1985, se aprobó, en concordancia con el Plan Nacional sobre Drogas (PND), el Plan Regional sobre Drogas que pretendía dotarse de un instrumento organizativo que coordinara los recursos de prevención y tratamiento del problema de la drogadicción, dependiente de la Consejería de Integración Social. En el año 1993 se firmaron los primeros Convenios con entidades locales en distintos municipios de la Comunidad de Madrid, con objeto de crear un marco estable de colaboración técnica y financiera que posibilitase el desarrollo conjunto de actuaciones en los campos de la prevención, asistencia e inserción social de los drogodependientes. La Consejería de Integración Social inicialmente y, después, la Consejería de Sanidad (hasta nuestros días), aporta recursos económicos para sufragar la práctica totalidad del personal. Cada Ayuntamiento aporta los recursos humanos, los medios materiales y los locales. En la actualidad se mantienen en vigor 18 convenios con entidades locales. Paralelamente, se crearon otros centros ambulatorios de tratamiento a drogodependientes mediante contratos con entidades, así como recursos de apoyo en Comunidades Terapéuticas, pisos de

reinserción, etc., adaptándolos a las necesidades generadas en el transcurso de los años, hasta configurar la red actual.

En 1.996 se crea el Organismo Autónomo Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, mediante la Ley 11/1996, de 19 de diciembre, y queda adscrita a la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Este organismo tenía como objeto la ordenación de las competencias y actuaciones de las entidades públicas y privadas destinadas tanto a la prevención como a la asistencia de las personas con drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Tras 19 años de actividad, con el decreto 72/2015, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid, se extingue la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, siendo sus competencias (preventivas y asistenciales) asumidas por la Dirección General de Salud Pública durante dos años, (2015-2017). En 2018, las competencias asistenciales de la red de centros pasan a depender del Servicio Madrileño de Salud, con una Subdirección propia, mientras que las funciones de índole preventiva a nivel central, permanecen (como hasta ahora) en la DG de Salud Pública. Desde el mes de noviembre de 2019 y en virtud del Decreto correspondiente de Estructura, la actividad asistencial de adicciones se integra en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud, permaneciendo las competencias en materia de prevención en la DG de Salud Pública.

Cabe mencionar en el desarrollo histórico de actuaciones en población con trastornos adictivos, las que han tenido por objeto la «reducción de daños» en estas personas en la Comunidad de Madrid. Destacan, en 1991, el llamado «Isidrobús», que repartía jeringuillas estériles y, posteriormente, en el año 2000, el desarrollo por parte de la Consejería de Sanidad del dispositivo asistencial de venopunción, denominado «Narcosala», pionero en España, que ha contribuido a reducir, en estas últimas dos décadas, el número de muertes por reacciones agudas, prolongar la vida gracias a los cuidados sanitarios y disminuir el número de enfermedades infecto-contagiosas, especialmente el VIH. Actualmente se han puesto en marcha en nuestra comunidad los «Servicios de Atención Sanitaria a Drogodependientes en Medios Móviles y Derivación a Tratamiento», dispuestos en los espacios marginales habituales de máxima venta y consumo, que pretenden minimizar los efectos negativos del consumo, y también favorecer la derivación asistencial para realizar tratamientos de deshabituación.

Una vez enmarcado el contexto y desarrollo histórico de la atención a la salud mental y a los trastornos adictivos en la Comunidad de Madrid, nos disponemos a describir los principios rectores del Plan, que acoge e integra los propios de las estrategias nacionales que lo enmarcan. Por ello, en el presente Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024, se adopta un modelo asistencial comunitario con los ocho principios generales de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026

- La persona con problemas de salud mental como sujeto de derecho.
- Continuidad asistencial y de cuidados.
- Recuperación personal.
- Participación de la persona con problemas de salud mental y familiares.



- Las personas formando parte de una sociedad con derechos y obligaciones.
- Atención personalizada y segura.
- Diálogo y escucha activa.
- Enfoque de género.

Asimismo, se acogen en el Plan los principios rectores de la Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024 que aboga por:

- Equidad.
- Participación.
- Calidad.
- Perspectiva de género.
- Transparencia (acceso a la información pública y las normas de buen gobierno).
- Intersectorialidad e interdisciplinariedad.
- Evidencia científica.
- Eficiencia y Sostenibilidad.

Además de adoptar estos principios, en clave interna y de forma complementaria, el presente plan amplía y actualiza los siguientes principios específicos, en el contexto actual:

- Paciente como centro y parte del sistema.
- Humanización de la asistencia sanitaria, seguridad del paciente y respeto a los derechos de las personas con trastorno mental y/o adictivo.
- Perspectiva de género.
- Intersectorialidad y coordinación para la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales.
- Prevención del suicidio.
- Reorientación proactiva de la actividad, hacia la detección y tratamiento precoz e Intensificación de la Atención domiciliaria.
- Atención integral orientada a la recuperación.
- Organización territorializada de la asistencia para facilitar la proximidad y accesibilidad de los recursos asistenciales.
- Derecho a la libre elección de profesionales especialistas y de centro.
- Coordinación y Comunicación con el ámbito de Atención Primaria (AP), para la promoción de la salud mental, prevención de trastornos mentales, detección precoz y continuidad asistencial y de cuidados.
- Atención especializada a la salud mental y los problemas adictivos en la infancia y adolescencia, diferenciada de la de edad adulta.

- Atención coordinada con la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, y con los recursos de Atención Social de la Red de Atención a las Adicciones dentro del Servicio Madrileño de Salud.
- Disponibilidad de recursos de hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia para Trastorno Mental Grave, y alternativas residenciales sanitarias para promover su máximo grado de autonomía y reinserción en el medio comunitario.
- Disponibilidad de recursos de hospitalización psiquiátrica para desintoxicación para personas con trastornos adictivos y alternativas residenciales sanitarias para promover su máximo grado de autonomía y reinserción en el medio comunitario.
- Especialización y Formación continuada de los profesionales sanitarios en Salud Mental y en Adicciones.
- Desarrollo de la gestión por procesos en la asistencia de la Salud Mental y de Adicciones.
- Integración de Unidades Asistenciales en Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Las Unidades Asistenciales funcionales integran los equipos de Atención Primaria y la atención ambulatoria especializada (Salud Mental y asistencia en Adicciones ambulatoria y Hospital). Las Áreas de Gestión integran las redes Sanitaria, Rehabilitación y Adicciones.
- Fomento de la investigación científica de excelencia en Salud Mental y en Adicciones.

1.2. MARCO DE REFERENCIA ÉTICO Y NORMATIVO

1.2.1. COMUNIDAD DE MADRID

- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid.
- Ley 5/2005, del 20 de diciembre, integral contra la Violencia de Género.
- Ley 11/1996, de 19 de diciembre, de creación de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Decreto 122/1997, de 2 de octubre, por el que se establece el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas, en diferentes centros de servicios sociales especializados.
- Decreto 72/2015, de 7 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid. En este Decreto se suprime la Agencia Antidroga.
- Decreto 1/2022, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.
- Decreto 2/2022, de 26 de enero, por el que se establece la estructura directiva del Servicio Madrileño de Salud.

- Decreto 66/2022, de 20 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica el Decreto 88/2021, de 30 de junio, del Consejo de Gobierno, por el que se modifica la estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid.

1.2.2. NACIONAL

- Constitución Española, de 29 de diciembre de 1978.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del Título de Enfermero Especialista.
- Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- 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.
- Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, de noviembre de 2007.
- Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.
- Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
- Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.

- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.
- Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en unidades psiquiátricas o de salud mental y centros residenciales y/o sociosanitarios de personas mayores y/o con discapacidad.

1.2.3. OTROS REFERENTES NACIONALES E INTERNACIONALES

- Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hecho en Nueva York de 2006 (*Naciones Unidas, 2006*).
- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005) (*OMS-Región Europea, 2005*).
- 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.
- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006 (*Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007*).
- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2009-2013. (*Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid. 2011*).
- Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2018).
- El Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24 (Ministerio de Sanidad 2022).
- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2022-2026 (*Ministerio de Sanidad, Madrid. 2022*).
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (*European Commission, 2008*).
- Informe sobre la Salud Mental del Parlamento Europeo (18 de enero de 2009; 2008/2209 (INI)) (*Parlamento Europeo, 2009*).
- Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (*OMS, 2013*).
- Joint Action in Mental Health and Wellbeing. 2013 (*Joint Action, 2013*).
- Plan de Acción Europeo en Salud Mental. Oficina Regional Europea de la OMS. 2013 (*OMS-Región Europea, 2013*).
- Regional Office for Europe. WHO. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. WHO, 2013.
- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia. 2013. (*MSSI, 2013*).
- Draft Horizon 2020 Work Programme 2016-2017 in the area of Health, demographic and well-being (*European Commission, 2017*).



- OECD/EU (2018). *Chapter 1: Promoting mental health in Europe: Why and how?* In: Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. París. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Naciones Unidas. Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015.
- WHO. World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la salud mental en el mundo laboral digital (2021/2098(INI)).
- European Parliamentary Research Service. Mental Health and the pandemic. European Union, 2021.





2

Análisis de situación

Para caracterizar el contexto interno en el que se va a llevar a cabo el presente plan y aproximarnos a las necesidades en salud mental de la población a la que va dirigida, se han actualizado los datos de interés desde el anterior Plan sobre indicadores demográficos, epidemiológicos y de morbilidad atendida por el Servicio Madrileño de Salud. También los recursos públicos disponibles, indicadores de actividad y evolución de la demanda, incluyendo como novedad la red de adicciones y teniendo en cuenta el seguimiento en salud mental en la crisis pandémica por COVID19.

También se ha incluido un resumen de los resultados publicados de la evaluación del Plan de Salud Mental 2018-2020, realizado desde la ORCSMyA. Y, finalmente, un análisis DAFO global, a partir de análisis del Comité Operativo, (responsables de Servicios y Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental) y de la ORCSMyA.

A continuación se describe la información analizada y las conclusiones, y áreas de mejora identificadas.

2.1. DATOS DEMOGRÁFICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

2.1.1. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO

El objetivo de este análisis es conocer la población de la Comunidad de Madrid y su evolución demográfica, previo a las estimaciones de morbilidad específica en salud mental derivada de los estudios epidemiológicos disponibles.

2.1.1.1. Indicadores demográficos

a) Datos poblacionales

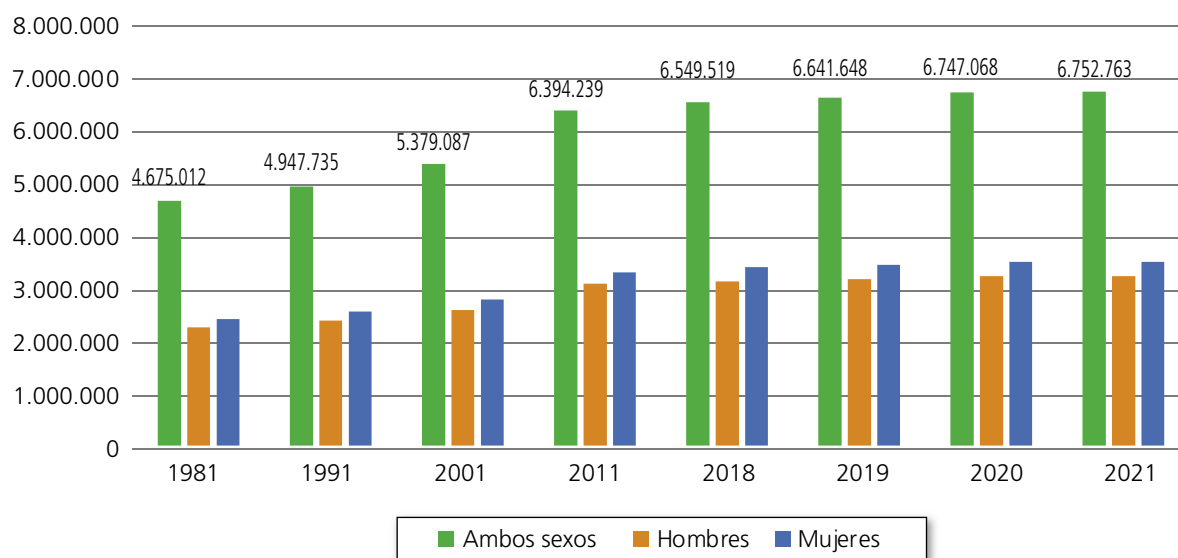
La población de la Comunidad de Madrid ha experimentado en los años más recientes importantes cambios, con un incremento mantenido a lo largo de los últimos decenios, y una tendencia ligeramente ascendente en los últimos años, siendo la población de la Comunidad de Madrid a 1 de enero de 2021, de 6.752.763 habitantes según datos del INE, concentrándose casi el 50% en el área metropolitana que cuenta con 3.165.541 habitantes (1.472.172 de hombres y 1.693.369 de mujeres), y casi un 40% en la corona metropolitana (tabla 1 y figura 1).

TABLA 1

Población en la Comunidad de Madrid a 1 de enero. 1981-2021

Año	Población total	Hombres	Mujeres
1981	4.675.012	2.255.566	2.419.446
1991	4.947.735	2.384.030	2.563.705
2001	5.379.087	2.588.683	2.790.404
2011	6.394.239	3.087.772	3.306.467
2014	6.454.440	3.099.641	3.354.799
2018	6.549.519	3.142.021	3.407.498
2019	6.641.648	3.184.373	3.457.275
2020	6.747.068	3.233.882	3.513.186
2021	6.752.763	3.235.317	3.517.446

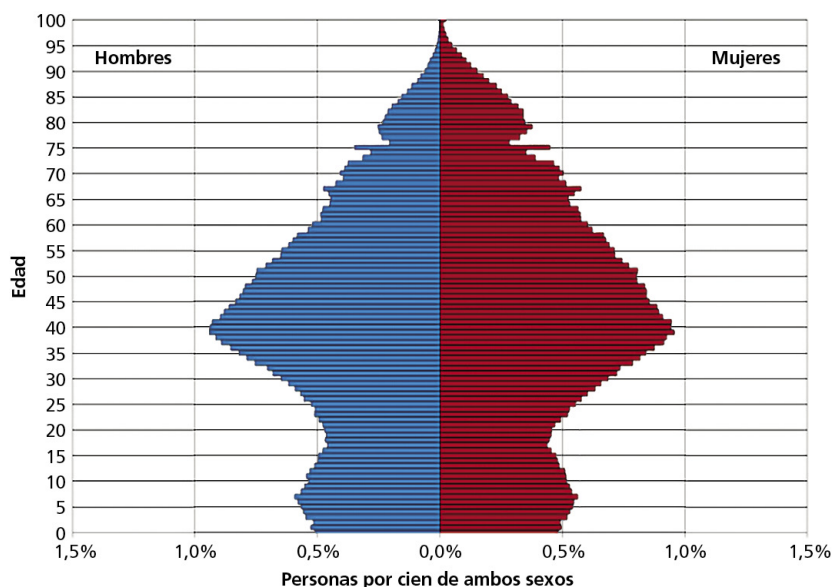
FUENTE: INE. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.



FUENTE: INE. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 1. Evolución de la población en la Comunidad de Madrid a 1 de enero. 1981-2021.**b) Estructura por edad y sexo de la Comunidad de Madrid**

La pirámide actual de la población madrileña (figura 2) se caracteriza por un alto nivel de supervivencia, mayor en las mujeres que en los hombres, mostrando un ensanchamiento central indicativo de un peso relativo muy importante de la población adulta, especialmente entre los 35 y los 54 años de edad. Asimismo muestra un número ligeramente mayor de mujeres sobre todo en el grupo de edad entre 50 y 100 años.



FUENTE: Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud, 2018.

Figura 2. Pirámide poblacional por edad y sexo.

TABLA 2

Distribución de la población de la Comunidad de Madrid por grupos de edad a 1 de enero de 2021

Franja de edad	Porcentaje	Número
De 0 a 14	14,9	1.005.369
De 15 a 24	10,3	696.600
De 25 a 34	12,0	807.309
De 35 a 44	15,6	1.054.581
De 45 a 54	16,4	1.104.566
De 55 a 64	12,8	863.140
De 65 a 74	9,1	617.336
De 75 a 84	5,9	401.686
De 85 y más	3,0	202.176
Población total en 2021	6.752.763	

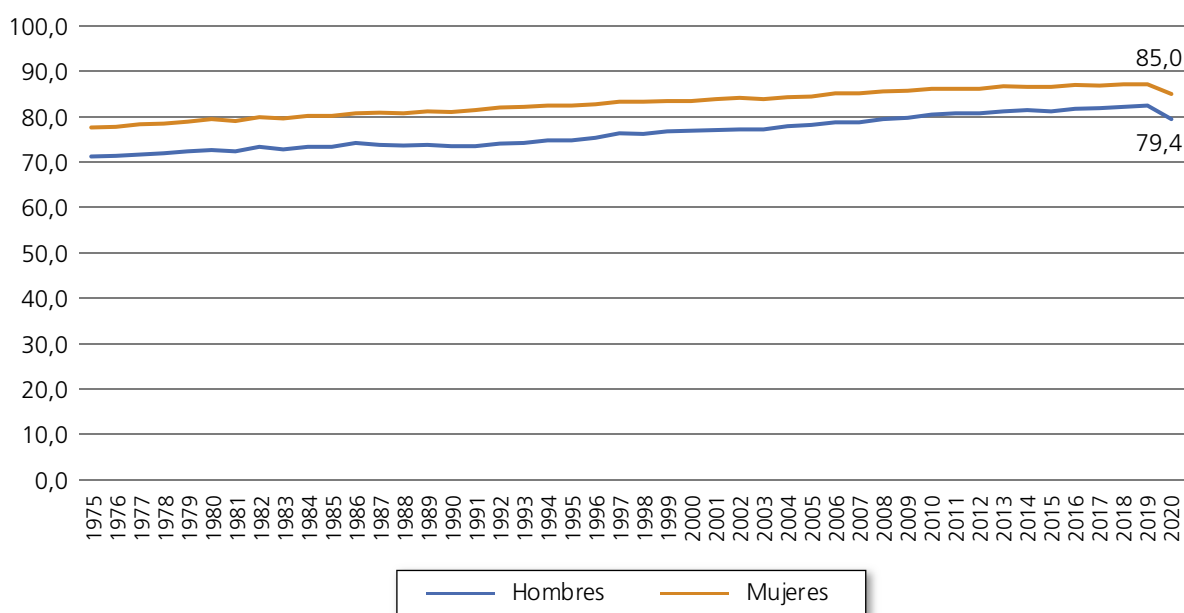
FUENTE: Cifras de población INE. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Respecto a la distribución por edades para el año 2021, los menores de 15 años representan el 14,9% de la población, entre los 15 y los 64 años el 67,0% y los mayores de 65 años constituyen el 18,1% siendo, representando dentro de este grupo un 8,9% los mayores de 75 años con una tasa de dependencia¹ en 2021 del 49,2% según datos del INE.

¹ Población entre 0 y 14 años más población mayor de 64 años/ población entre 15 y 64 años ($\times 100$).

c) Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacimiento en nuestra Comunidad ha ido aumentando progresivamente en las últimas décadas, situándose en el año 2019 en 82,4 años para los hombres y 87,2 años para las mujeres. Durante el año 2020 se produce una ruptura en la tendencia ascendente constante de los últimos decenios, produciéndose una disminución coyuntural en la esperanza de vida condicionada por un exceso de mortalidad en este año debido a la influencia de la pandemia por COVID-19.



FUENTE: Indicadores de mortalidad INE. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 3. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento en la Comunidad de Madrid. 1975-2020.

d) Envejecimiento de la población

La disminución de la natalidad, la reducción de la población extranjera y de mujeres en edad fértil, así como el incremento de la esperanza de vida en nuestra comunidad, están modificando el perfil de la población, con una **tasa de envejecimiento**² en la Comunidad de Madrid en el año 2021 del **18,1 %** y una **tasa de sobre-envejecimiento**³ del **49,4 %**, cifras ligeramente más elevadas que en el resto de las Comunidades, con una **tasa de dependencia** del **49,2 %** (tabla 3).

Estos cambios poblacionales tienen una gran relevancia a la hora de la planificación y gestión del tipo de asistencia y los recursos que necesita la población para cubrir sus necesidades tanto de carácter sanitario como social.

² Población mayor de 65 años/Población total (× 100).

³ Población mayor de 75 años/Población mayor de 65 años × 100

TABLA 3

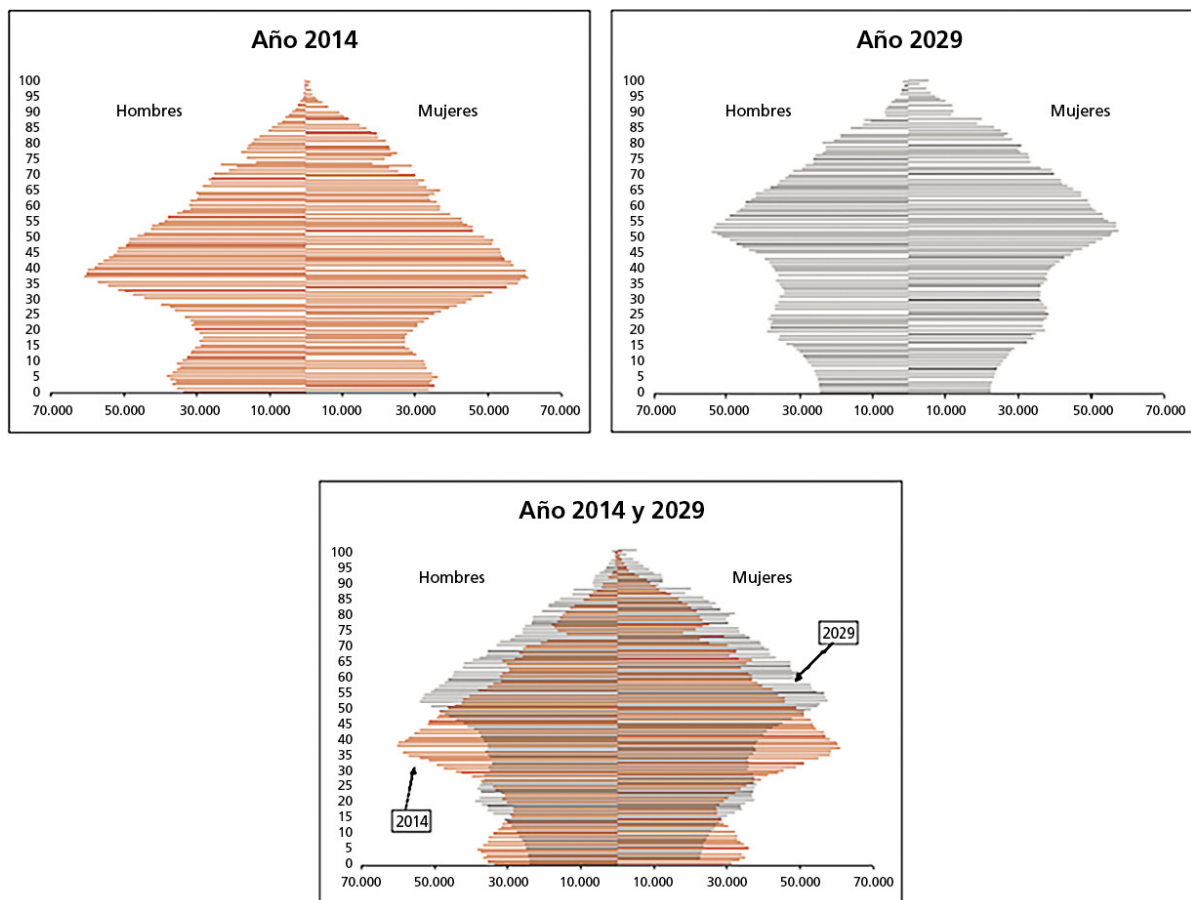
Envejecimiento de la población de la Comunidad de Madrid

Año	Tasa envejecimiento	Tasa de sobre-envejecimiento	Tasa dependencia
2021	18,1	49,4	49,2

FUENTE: INE.

e) Proyección de la población en los próximos años

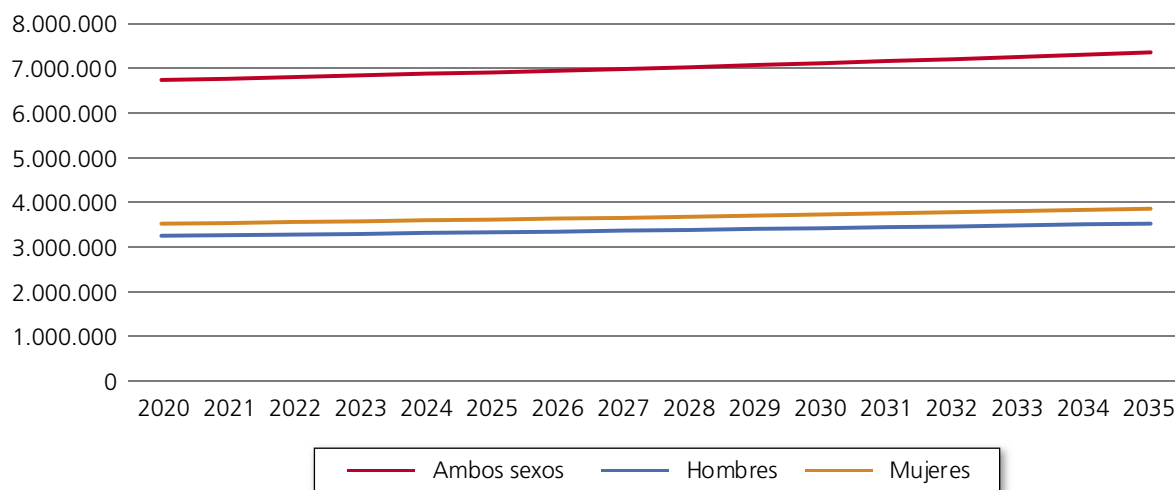
Las proyecciones de población publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), determinan que la población madrileña hacia el año 2029 no será muy distinta a la que tenemos actualmente y que se reflejan en las pirámides poblacionales de la figura 4, esto es importante porque nos hace prever las necesidades asistenciales de la población en los próximos años y adoptar las medidas más adecuadas para afrontarlas.

Pirámides de población de la Comunidad de Madrid

FUENTE: Proyecciones de población, INE.

Figura 4. Datos del padrón municipal. Proyección de la población de la Comunidad de Madrid para el año 2029. INE.

Según las estimaciones del INE en 2035 nuestra comunidad tendrá 7.361.474 habitantes (un 9,1 % más que en 2020), 3.849.474 (el 52,3 %) serán mujeres (crecimiento del 9,6 % respecto a 2020), y 3.512.000 hombres (8,6 % superiores a los de 2020) (figura 5).

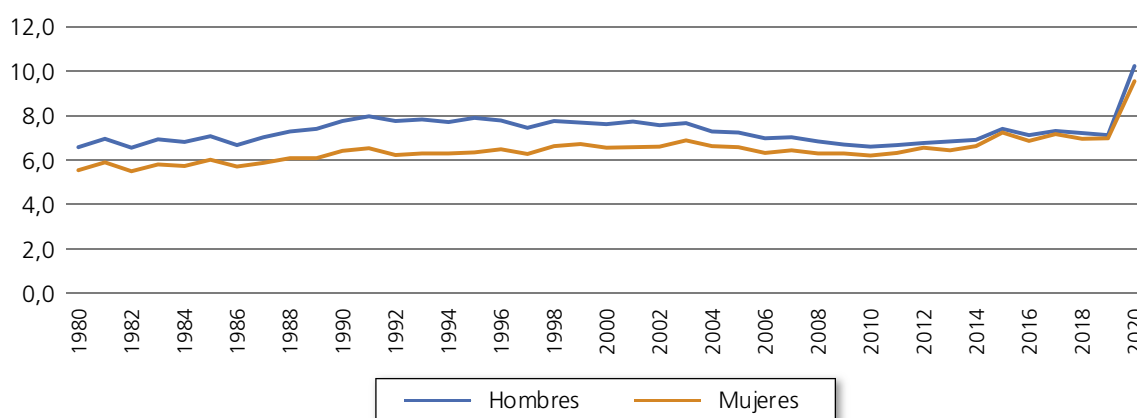


FUENTE: Proyección de la población de España 2020-2070: Resultados por CC.AA. INE. 2020-2035. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 5. Proyección de la población de la Comunidad de Madrid por sexo. 2020-2035.

f) Mortalidad

La mortalidad en la Comunidad de Madrid se ha mantenido prácticamente constante hasta 2019. En el año 2020 fallecieron 66.648 personas, lo que representa una tasa bruta de 9,9 por 1.000 habitantes. Esto supone un incremento importante de aproximadamente un 40 % con respecto al año anterior (47.165 fallecimientos y tasa de 7,1/1.000 habs.), siendo consecuencia principal de la pandemia por COVID, pasando a ser las enfermedades infecciosas la principal causa de muerte (causando más del 30 % de la mortalidad global), seguidas de los tumores y de las enfermedades circulatorias.



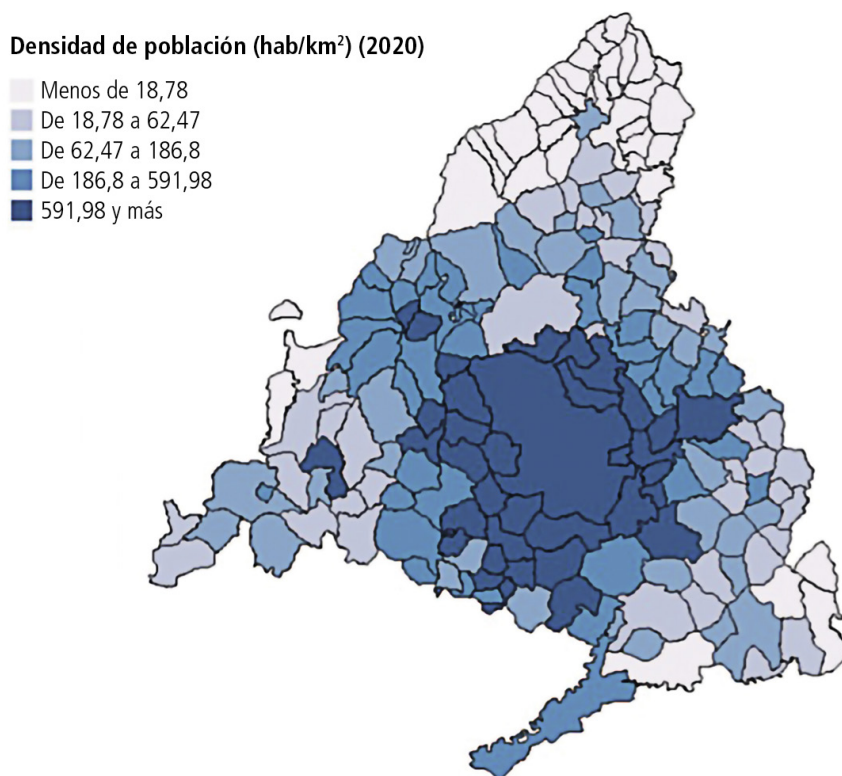
FUENTE: Cifras de población INE. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 6. Evolución de las tasas de mortalidad ($\times 1.000$ habs.) en la Comunidad de Madrid por sexo. 1980-2020.

2.1.1.2. Densidad de población y distribución geográfica

La Comunidad de Madrid cuenta con una densidad de población elevada con 841 habitantes/km², con respecto a la densidad poblacional del territorio nacional (94 habitantes/km²).

Los municipios de la Comunidad de Madrid con mayor densidad poblacional se concentran en la zona geográfica central, y los que tienen una menor densidad se distribuyen en las áreas más periféricas del territorio de la Comunidad. Destacan como los municipios más densamente poblados (de mayor a menor): Coslada, Madrid capital, Parla, Alcorcón, Fuenlabrada y Móstoles; siendo los menos densamente poblados (de menor a mayor) los municipios de Puebla de la Sierra, La Acebeda, El Atazar, Robregordo, Horcajuelo de la Sierra y La Hiruela, todos ellos ubicados en la zona periférica norte de la Comunidad de Madrid (figura 7).



FUENTE: Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. *Estadística de Padrón Continuo de la Comunidad de Madrid. 2020.*

Figura 7. Municipios por densidad de población (hab/km²).

El proceso de urbanización de la Comunidad de Madrid se ha extendido progresivamente en las últimas décadas, perdiendo el límite del área urbana, configurándose un área metropolitana funcional y una extensa corona periurbana pudiéndose diferenciar varias zonas, que nos servirán para identificar dónde se encuentra la mayor densidad de población. (*Consejería de Economía-Universidad Complutense, 2002*).

a) Área metropolitana

1. *Municipio de Madrid*: configurado por los distritos más internos de la ciudad: Centro, Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamartín, Tetuán y Chamberí.
2. Periferia madrileña, formada por cuatro sectores:
 - a) Periferia noroeste: distritos de Fuencarral y Moncloa.
 - b) Periferia suroeste: distritos de Latina, Carabanchel, Usera y Villaverde.
 - c) Periferia sureste: distritos de Puente de Vallecas, Moratalaz, Villa de Vallecas y Vicálvaro.
 - d) Periferia noreste: distritos de Ciudad Lineal, Hortaleza, San Blas y Barajas.

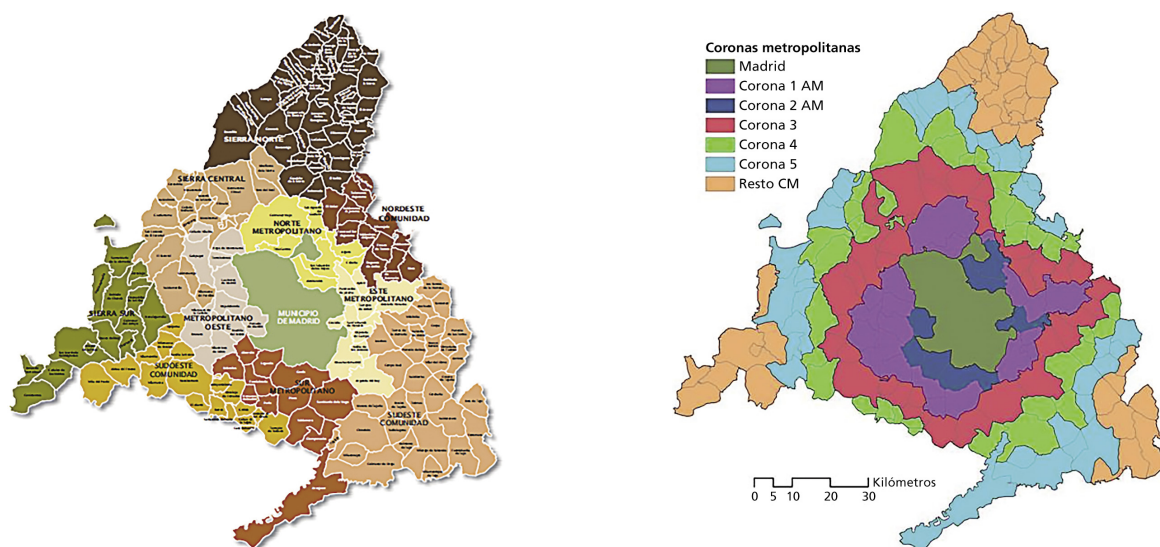
b) Corona metropolitana

En ella se distinguen cuatro zonas, generadas por el progresivo crecimiento del área metropolitana funcional en los últimos decenios constituidas por los siguientes municipios.

1. Zona norte: Alcobendas, San Sebastián de los Reyes, Colmenar Viejo y Tres Cantos.
2. Zona oeste: Pozuelo de Alarcón, Majadahonda, Las Rozas, Boadilla del Monte, Villaviciosa de Odón, Villanueva de la Cañada, Villanueva del Pardillo y Brunete.
3. Zona sur: Alcorcón, Leganés, Getafe, Móstoles, Parla, Fuenlabrada y Pinto.
4. Zona este: Coslada, San Fernando de Henares, Torrejón de Ardoz, Alcalá de Henares, Paracuellos del Jarama, Mejorada del Campo, Velilla de San Antonio y Rivas-Vaciamadrid.

c) Área no metropolitana

Comprende el resto de municipios de la Comunidad de Madrid distinguiendo entre una tercera, cuarta y quinta corona periurbana y el resto hasta el límite de la Comunidad.



FUENTE: *Atlas estadístico de la Comunidad de Madrid 2015* (Consejería de Economía, Empleo y Hacienda, 2015) y *Scripta Nova* (Pozo, 2011).

Figura 8. Áreas y coronas metropolitanas y no metropolitanas de la Comunidad de Madrid.

La **distribución referida por Hospitales** de la población madrileña que tiene reconocido el derecho a la asistencia sanitaria y su distribución por edad, según Sistema de Información Poblacional de la Comunidad de Madrid (SIP-CIBELES) a 31 de marzo de 2022 se muestran en la tabla 4.

TABLA 4

Distribución geográfica referida a hospitales con atención en Centros de Salud Mental de la población madrileña

Hospital referencia	Pob. < 18	Pob. 18 y >	Total
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	46.364	269.298	315.662
Hospital Universitario Infanta Leonor	53.404	255.057	308.461
Hospital Universitario del Sureste	41.439	155.416	196.855
Hospital Universitario de la Princesa	41.915	257.443	299.358
Hospital Universitario del Henares	27.928	142.013	169.941
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	44.700	205.894	250.594
Hospital Universitario de Torrejón	30.319	125.035	155.354
Hospital Universitario Ramón y Cajal	112.422	540.303	652.725
Hospital Universitario La Paz	85.023	425.628	510.651
Hospital Universitario Infanta Sofía	67.056	270.079	337.135
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda	85.477	320.248	405.725
Hospital de El Escorial	20.838	93.043	113.881
Hospital General de Villalba	22.534	100.389	122.923
Hospital Fundación Jiménez Díaz	34.390	252.548	286.938
Hospital Clínico Universitario San Carlos	61.664	445.089	506.753
Hospital Universitario de Móstoles	33.964	138.784	172.748
Hospital Universitario Rey Juan Carlos	32.039	150.518	182.557
Hospital Universitario Fundación Alcorcón	28.712	141.638	170.350
Hospital Universitario José Germain	32.200	158.509	190.709
Hospital Universitario de Fuenlabrada	40.847	181.988	222.835
Hospital Universitario de Getafe	43.415	187.387	230.802
Hospital Universitario Infanta Cristina	37.891	133.514	171.405
Hospital Universitario 12 de Octubre	100.403	534.362	634.765
Hospital Universitario Infanta Elena	26.806	96.317	123.123
Hospital Universitario del Tajo	15.385	64.083	79.468
Total	1.154.205	5.561.815	6.716.020

FUENTE: Sistema de Información Poblacional de la Comunidad de Madrid (SIP-CIBELES) a 31 de marzo de 2022.

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA EN SALUD MENTAL

2.1.2.1. Morbi-Mortalidad

El documento *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026* del Ministerio de Sanidad, recientemente publicado, establece el marco donde integrar las acciones de mejora de la salud mental de la población para este período (*Ministerio de Sanidad, 2022*). Dicho trabajo contiene la **información epidemiológica** actualizada más relevante sobre morbilidad en los ámbitos nacional e internacional, reflejándose la información correspondiente a la mortalidad en otras fuentes de información y datos propios.

En el estudio *The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys*, Kessler *et al.*, estiman que la prevalencia-vida de los trastornos mentales a nivel mundial estaba comprendido entre el 18,1 % y el 36,1 %, y la prevalencia-año entre el 9,8 % y el 19,1 %. De todos ellos, entre el 4 % y el 6,8 % son trastornos mentales graves en la mitad de los países, y muchos comienzan en la infancia y adolescencia (*Kessler, 2009*).

En la revisión sistemática realizada entre 1980 y 2013 por Steel *et al* sobre la prevalencia global de los problemas de salud mental en 63 países del mundo, se identificó que el 29,2 % (25,9%-32,6 %) de las personas encuestadas habían experimentado un trastorno mental en algún momento de su vida. Un efecto de género consistente en la prevalencia de trastorno mental común fue evidente: las mujeres presentaban tasas más altas de trastornos del estado de ánimo (7,3 % *vs.* 4 %) y ansiedad (8,7 % *vs.* 4,3 %) durante los últimos 12 meses, y los hombres tenían tasas más altas de trastornos por consumo de sustancias (2 % *vs.* 7,5 %), con un patrón similar para prevalencia de vida (algún trastorno mental en algún momento de su vida). Esta revisión sistemática confirmó que los trastornos mentales comunes son altamente prevalentes a nivel mundial y afectan a personas en todas las regiones del mundo (*Steel Z, 2014*).

La Encuesta de Salud de la OMS (*WHO, 2003*) realizada en 11 países de América, Europa y Asia revela que, a pesar de las diferencias entre países, las tasas de prevalencia de los trastornos bipolares fueron muy similares, también su gravedad y comorbilidad. La prevalencia-vida de los trastornos del espectro bipolar fue del 0,6 % para el trastorno bipolar tipo I y el 0,4 % para el trastorno bipolar tipo II, y las prevalencias-año fueron menores siendo 0,4 % y 0,3 % respectivamente. Dentro de este espectro, los episodios depresivos se revelaron con una gravedad y frecuencia mayores que los episodios maníacos (74 % *vs.* 50 %).

Estudios internacionales recientes (*Auerbach, 2018*) sobre prevalencia y distribución de diferentes tipos de problemas de salud mental en estudiantes universitarios de primer año en 8 países analizaron seis trastornos mentales frecuentes: depresión mayor, manía/hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno por consumo de alcohol y trastorno por consumo de sustancias. El resultado fue que en el 35 % de los estudiantes se detectó al menos uno de los trastornos comunes evaluados en el análisis de prevalencia a lo largo de la vida y en el 31 % si se consideraba la prevalencia en 12 meses.

Según la *Encuesta Europea de Salud en España (ESEE)* del año 2020 (*INE, 2020*) los principales resultados son los siguientes:



- Entre los problemas de salud mental más frecuentes se encuentran la ansiedad y la depresión.
- El 5,8% de la población de 15 o más años declara haber sido diagnosticado de ansiedad crónica, 3,5% en los hombres y 8,1% en las mujeres.
- El diagnóstico de depresión se refiere en el 5,3% de las personas. Al igual que en el caso de la ansiedad, la frecuencia de depresión en la población adulta es más del doble de frecuente en mujeres 7,2%, que en hombres 3,2%.
- La prevalencia de depresión es 3 veces más frecuente entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,6%) que entre los que están trabajando (2,5%) y alcanza el 23,7% entre quienes están incapacitados para trabajar. Algo similar ocurre en el caso de la ansiedad crónica, con un 8,5%, 4,4% y 24,4%, respectivamente.
- El 10,9% de la población de 15 o más años declara haber consumido medicamentos del tipo de los tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir en las últimas 2 semanas (14,2% de las mujeres y 7,4% de los hombres), y el 4,5% antidepresivos o estimulantes (6,3% de las mujeres y 2,6% de los hombres).
- Un 4,8% de la población de 15 o más años refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, el 5,5% de las mujeres y el 4% de los hombres.

Los resultados de la última *Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE)* realizada en 2017 (INE, 2017), que consta de tres cuestionarios (hogar, adulto y menores), y que utiliza el cuestionario GHQ-12, señalan que más de una de cada diez personas de 15 y más años tenía diagnosticado un problema de salud mental (10,8%). Las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres (14,1% vs. 7,2%). El 6,7% de los adultos refiere ansiedad crónica (9,1% en mujeres y 4,3% en hombres). La depresión se declara en la misma proporción que la ansiedad (6,7%), y es más del doble de frecuente en mujeres (9,2%) que en hombres (4%), siendo también superior en desempleados (7,9%), que en personas con empleo (3,1%). Aproximadamente un tercio de las personas con 65 y más años (no institucionalizadas) refirieron algún grado de deterioro cognitivo (31,3%), siendo la declaración de dificultad cognitiva mayor en las mujeres (34,5%) que en los hombres (27,2%).

Según la ENSE-2017 un 10,7% de toda la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9% en mujeres vs. 7,4% en hombres), y el 5,6% de la población de 15 y más años toma antidepresivos o estimulantes (7,9% en mujeres vs. 3,2% en hombres). Un 5,4% de la población total refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses (6,1% de las mujeres vs. 4,6% de los hombres).

Se detecta también en esta encuesta un gradiente social en adultos, según el cual las clases sociales más desfavorecidas, y especialmente las mujeres, presentan mayor frecuencia y riesgo de padecer problemas mentales y discapacidad relacionada con los mismos, y este mismo gradiente se refleja en el consumo de psicofármacos. Sin embargo, no se detecta este mismo hecho en el acceso y utilización asistencial, ya que la frecuencia con que se acude a los servicios de salud mental es solo 1,5 puntos porcentuales mayores en mujeres, y la misma para todas las clases sociales. En la población infantil solo existen diferencias según clase

social en los trastornos conductuales (incluyendo hiperactividad) en varones, marcadamente más frecuentes en clases bajas.

Indicar también que para la mayoría de los indicadores de salud mental estudiados los resultados de la ENSE 2017 no sugiere cambios relevantes con respecto a encuestas anteriores, aunque podemos establecer dos excepciones. Por una parte, en población infantil el riesgo de mala salud mental, que muestra una evolución favorable entre 2011 y 2017, y por otro lado, en la población de 15 o más años las visitas al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra, que aumentan escalonadamente entre 2011 (3,5%), 2014 (4,6%) y 2017 (5,3%).

Otro dato de interés en nuestro país, que refleja indirectamente la importancia de los problemas de salud mental, es el **consumo de psicofármacos** en la población, información que se puede estimar a partir del número de envases dispensados en las oficinas de farmacias con cargo al Sistema Nacional de Salud. Siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre estudios de utilización de medicamentos, los consumos se expresan en dosis diarias definidas (DDD), que expresa la dosis media diaria de mantenimiento, y dosis por 1.000 habitantes y día (DHD). En 2017, según la información registrada en la **Base de Datos Clínicos en Atención Primaria (BDCAP)** (Ministerio de Sanidad, 2017), por cada 1.000 personas asignadas/día, el grupo de psicofármacos más dispensado fue el de los anti-depresivos (N06A) con 62,2 DHD (89,4 DHD en mujeres y 33,6 DHD en hombres), seguido por los ansiolíticos (N05B) con 40,7 DHD (52,5 DHD en mujeres y 27,2 DHD en hombres) y por los hipnóticos y sedantes (N05C) 24,1 DHD (31,9 DHD en mujeres y 15,9 DHD en hombres). El consumo del grupo de antipsicóticos (N05A) fue de 8,0 DHD (6,7 DHD en mujeres y 9,3 DHD en hombres).

En relación a los datos registrados en la BDCAP los resultados más destacados relacionados con la prevalencia de problemas de salud mental en 2017 fueron los siguientes (Ministerio de Sanidad, 2020).

- La prevalencia global registrada en atención primaria de problemas de salud mental en 2017 es del 27,4%. La frecuencia es mayor en mujeres (30,2%) que en hombres (24,4%), aunque varía con la edad.
- El problema de salud mental más frecuentemente registrado en las historias clínicas de atención primaria es el trastorno de ansiedad que afecta al 6,7% de población con tarjeta sanitaria.
- El trastorno depresivo aparece en el 4,1% de la población y se va incrementando con la edad.
- Las psicosis en conjunto afectan al 1,2% de la población.
- El síntoma más frecuente es el trastorno del sueño, que afecta al 5,4%.
- Se observa un predominio femenino en los adultos, fundamentalmente en el caso de la anorexia nerviosa (7 veces más frecuente) y el trastorno depresivo (3 veces más frecuente).
- Es frecuente la existencia de gradiente social en los problemas de salud mental (mayor prevalencia a medida que disminuye el nivel de renta), en especial en las psicosis

(esquizofrenia, 12 veces más frecuente en el nivel de renta más bajo respecto al más alto), los trastornos de la personalidad (11 veces más) y los trastornos de somatización (7 veces más).

- Las personas en situación de desempleo frente a las activas (26,6% *vs.* 34,6%), las personas nacidas en España frente a las de origen extranjero (29,6% *vs.* 19,9%), y los residentes en poblaciones mayores de 100.000 habitantes tienen una mayor frecuencia de problemas psicológicos.
- El 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres de 40 y más años retiró en la farmacia al menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio, 2017. En términos cuantitativos se dispensaron un total de 203,6 DHD, siendo los más utilizados los antidepresivos (98,8 DHD), los ansiolíticos (64,5 DHD) y los hipnóticos y sedantes (40,2 DHD) (*Ministerio de Sanidad, 2020*).

Con respecto a la **salud mental infantil** (0-14 años), y según datos de 2017 (*INE, 2017*), la prevalencia de trastornos de la conducta (incluyendo hiperactividad) fue del 1,8%, y la prevalencia de trastornos mentales (depresión, ansiedad) del 0,6%, la misma que la del autismo o trastornos del espectro autista (3-14 años), que se recoge por primera vez. La prevalencia de los trastornos de la salud mental infantil estudiados fue mayor en varones, a expensas de los trastornos de conducta y del espectro autista, y con la excepción de la depresión/ansiedad.

Es reseñable en este sector de la población la influencia de los nuevos estilos de vida en la aparición de nuevos problemas emergentes de salud mental. De esta forma, se han puesto de relieve los temas relativos al consumo abusivo de instrumentos de pantalla, así como una de sus consecuencias en forma de comportamientos de acoso y ciberacoso, en la etapa de la infancia y adolescencia (*Jiménez, 2016*), resultando en un impacto real en el proceso de desarrollo mental tanto a corto, medio y largo plazo, pudiendo llegar a la presentación de síntomas importantes, como el síndrome de estrés postraumático.

Las conductas adictivas sin sustancias (ciberadicción y ciberacoso) no han sido integradas como tales trastornos en la clasificación americana DSM-5, y en la propuesta de clasificación de la OMS CIE-11 (*OMS, 2022*), todavía no adoptada en España, se incluyen como «adicción a los videojuegos» (y a internet: *gambling disorder* y *gaming disorder*).

La comunidad científica las acepta bajo el nombre de adicciones comportamentales, (trastornos como la adicción al juego problemático o patológico, la adicción a las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), y el uso indiscriminado de los instrumentos de pantalla. El uso de las TIC es diferente al abuso y a las conductas de dependencia. La utilización de TIC es potencialmente adictiva por dos características: su uso produce una gratificación inmediata y también evasión del entorno. Su uso habitual produce tolerancia (necesidad de mayor tiempo de utilización para producir la misma respuesta), abstinencia (producción de ansiedad de gran intensidad ante su ausencia), pérdida de control, ocultación de su uso, abandono de otras actividades habituales con cambio de comportamiento y *craving* (anhelo por su uso). Todo ello conlleva consecuencias físicas, emocionales y sociales importantes en el sujeto que las realiza. En ocasiones el uso de estos instrumentos (videojue-

gos, hiperutilización de redes sociales) es tan grave que origina un autoconfinamiento del sujeto para solamente relacionarse por y a través de estos medios informáticos, un trastorno conocido como «Hikikomori», por ser Japón el lugar donde se describió.

También existe la posibilidad de una utilización disfuncional de las TIC: acosar/ ser acosado a través de las TIC, con contenidos difamatorios para acosar a un par o grupo de iguales, mediante ataques personales. Existen autores que consideran estas conductas un verdadero problema de salud pública en sus múltiples formas de presentación (ciberacoso o *cyberbullying*, ciberacecho o *cyberstalking*, abuso sexual o *grooming*, cebo o *luring*, grabaciones para ridiculizar o *web apaleator*, mensajes insultantes a foros o *flame*) (Pedreira, 2010).

La exposición al ciberacoso se ha relacionado con una amplia gama de efectos negativos, incluidos el estrés y los pensamientos suicidas, así como la depresión y la ansiedad (Kowalski, 2014; Fahy 2016).

En la encuesta de comportamiento de salud en niños y niñas en edad escolar (HBSC) de 42 países (Morenol, 2018), se les preguntó sobre sus experiencias de acoso escolar en internet, y se detectó en relación con los resultados en España, que en promedio el 11 % de los niños y niñas de 11, 13 y 15 años informó haber sufrido acoso cibernético a través de mensajes al menos una vez. Poco más del 3 % de los niños y niñas informó haber sufrido ciberacoso por mensajes al menos 2-3 veces al mes. En todos los países se encontró relación con la tasa de acoso escolar.

Una importante tarea que se ha de desarrollar en esta materia del consumo abusivo de instrumentos de pantalla es la de formar y concienciar a todos los sectores implicados acerca del buen uso de las nuevas tecnologías. Diversos materiales y publicaciones así lo vienen haciendo como apoyo técnico y educativo a las familias al dar a conocer los límites aconsejables en el uso de medios tecnológicos, el uso de controles parentales y los factores de riesgo y protección para detectar contenidos inadecuados en la red. Un ejemplo de ello es la *Guía de Padres. Nuevas tecnologías*, (Consejería de Familia, 2021) que es una publicación de la Dirección General de Juventud de la Comunidad de Madrid, en la que se abordan aspectos generales, como las edades mínimas de uso y los tiempos de conexión recomendados según tramos de edad, consejos para evitar una posible adicción a las nuevas tecnologías y señales de alarma y pautas para detectarla y tratarla; así como temas concretos como *ciberbullying*, *sexting*, estafas, engaños, invasión de la privacidad y la intimidad en la red y retos virales en las redes sociales.

Un fenómeno reciente que ha incidido de forma importante sobre la salud mental de la población mundial y española ha sido la actual **pandemia por COVID-19** (OMS, 2020). Dada su alta contagiosidad y la gravedad de los casos, la OMS y prácticamente todos los gobiernos del mundo, incluido el de nuestro país, adoptaron medidas de prevención inmediatas, como la declaración del Estado de Alarma, el confinamiento domiciliario y el cese de la actividad no esencial en nuestro territorio.

Diversos estudios nacionales e internacionales han evidenciado el incremento de trastornos de ansiedad y depresivos, el trastorno de estrés postraumático y también se ha comuni-

cado el incremento de conductas autolíticas. De igual forma, se han incrementado los trastornos por somatización y la descompensación de cuadros clínicos preexistentes, como los trastornos de la conducta alimentaria, descompensación de cuadros psicóticos y las conductas adictivas sobre todo las comportamentales.

Según datos preliminares de la Encuesta Europea de Salud en España de 2020 (INE, 2020), realizada entre julio de 2019 y julio de 2020, el 20,3% de la población de 15 y más años declaró tener poco interés o alegría por hacer cosas durante la pandemia (17,0% en los meses previos). Este incremento afectó más a las mujeres (25,4% *vs.* 20,4% previo a la pandemia), que a los hombres (14,9% *vs.* 13,4%). El porcentaje de personas con sensación de estar decaído aumentó desde el 18,2% prepandémico hasta el 21,0% durante la pandemia (de nuevo mayor en mujeres, 26,9% *vs.* 22,5%, que en hombres, 14,8% *vs.* 13,6%). También durante los primeros meses de la pandemia se incrementaron los problemas de sueño (21,2% *vs.* 19,2% en prepandemia).

En la Encuesta del CIS sobre «la salud mental de los/as españoles/as durante la Pandemia de la COVID-19» se constató una alta prevalencia de miedo al contagio, a la muerte de un ser querido, a la posibilidad de contagiar a un ser querido y a propagar el virus. Muchos españoles indicaron sufrir sintomatología somática, especialmente cansancio y falta de energía (51,9%), problemas de sueño (41,9%), dolores de cabeza (38,7%), espalda (37,9%) y articulaciones (33,1%). En relación a la población infanto-juvenil la prevalencia de trastornos mentales llegó al 30-35%, cuando previamente era del 10-15%. Los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes en este sector, seguidos de alteraciones conductuales, irritabilidad, nerviosismo, inquietud, oposicionismo, desobediencia, agresividad y conductas inhibidas y de retraimiento (CIS, 2021).

En el estudio sobre el impacto socioeconómico del COVID-19 en la población joven de la Comunidad de Madrid publicado por la Dirección General de Juventud en diciembre 2021, se advierte sobre la repercusión del contexto epidemiológico en la salud física y, sobre todo, en la salud mental de los jóvenes de la Comunidad de Madrid. Los problemas emocionales han derivado en sentimientos de soledad, aislamiento voluntario y ansiedad social. La mayor repercusión de esta sintomatología se declara en las mujeres, sobre todo en el grupo de 25-30 años. Es de destacar, y suponen una importante alerta, los datos de pensamientos suicidas: el 13% de los jóvenes encuestados entre 25-30 años; el 22% de entre los 19-24 años y el 65% de los jóvenes entre los 14-18 años. Algo más en chicos que en chicas y en un 24% de los casos de quienes no han querido identificar su sexo. La vulnerabilidad ha sido aún mayor en jóvenes con discapacidad mental.

Una de las principales conclusiones de estos estudios ha sido evidenciar un grupo de colectivos en los que se ha detectado un mayor impacto de la pandemia en términos de salud mental, y sobre los cuales debe incidirse especialmente desde el punto de vista asistencial: las personas con problemas de salud mental previos, profesionales del sector sanitario, pacientes COVID, familiares de estos pacientes, la población con menos recursos, las mujeres y el sector infanto-juvenil.

El **suicidio** es un problema de Salud Pública de primer orden, tanto a nivel mundial como europeo, constituyendo la primera causa externa de muerte en España en el global

de la población y en hombres. Diversos factores están involucrados en el riesgo de sufrir un intento o un suicidio consumado, por ejemplo el fallecimiento de un ser querido, la separación y el divorcio, la pérdida de trabajo, el aislamiento social, la precariedad socioeconómica, pero, sin duda, la presencia de un trastorno mental es el elemento más relevante (WHO, 2014).

Según los últimos datos de mortalidad del INE publicados para el año 2020 (INE, 2020) el suicidio, con 3.941 fallecimientos, produce el 24,5% de las muertes por causas externas en España (28,6% en hombres y 17,4% en mujeres).

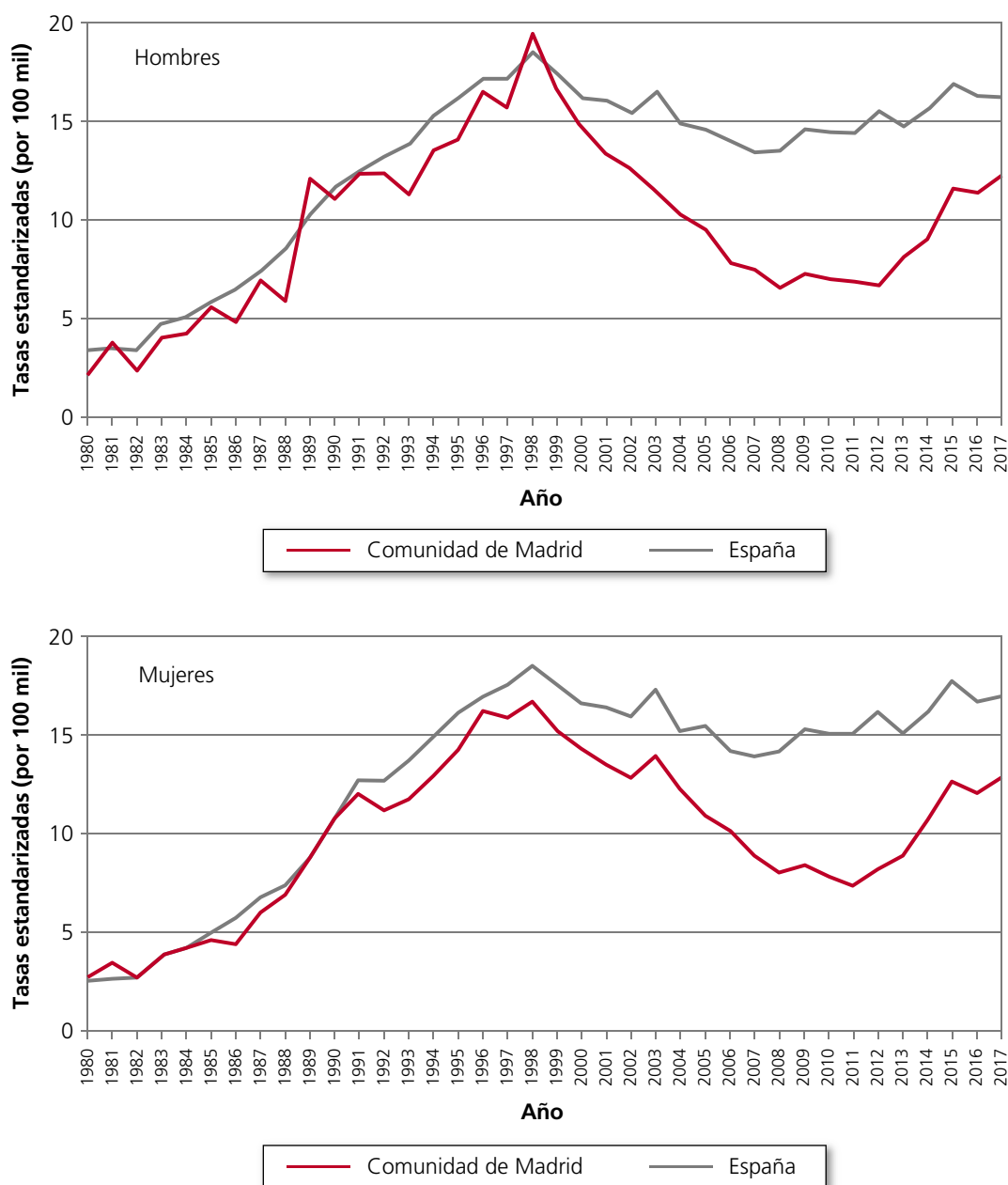
2.1.2.2. *Datos epidemiológicos de patología mental en la Comunidad de Madrid*

A continuación se exponen datos epidemiológicos relacionados con patología mental extraídos mayoritariamente del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (Comunidad de Madrid, 2016) en su informe sobre el Estado de Salud de la Población, y otros facilitados por el Servicio de Informes de Salud y Estudios de la DG de Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

MORTALIDAD

En el año 2020 hubo 2.320 defunciones de residentes en la Comunidad de Madrid debidas a trastornos mentales (704 en hombres y 1.616 en mujeres), con una tasa bruta de 34,3 muertes por cien mil personas (21,7 para hombre y 45,9 para mujeres). La tasa ajustada de mortalidad para 2017 fue de 13,0 muertes por 100 mil habitantes, (12,8 en hombres y 12,9 en mujeres). Las tasas ajustadas son comparables entre poblaciones, porque reflejan únicamente el impacto de la mortalidad, y no el efecto combinado de esta y las diferencias de estructura por edad de las poblaciones a comparar como sí hace la tasa bruta. Así pues, la diferencia entre la tasa bruta y la ajustada, indica el importante efecto de la edad en la mortalidad por trastorno mental. Tal y como se indica en el apartado de carga de enfermedad, en los trastornos mentales predomina el componente de discapacidad frente al de mortalidad.

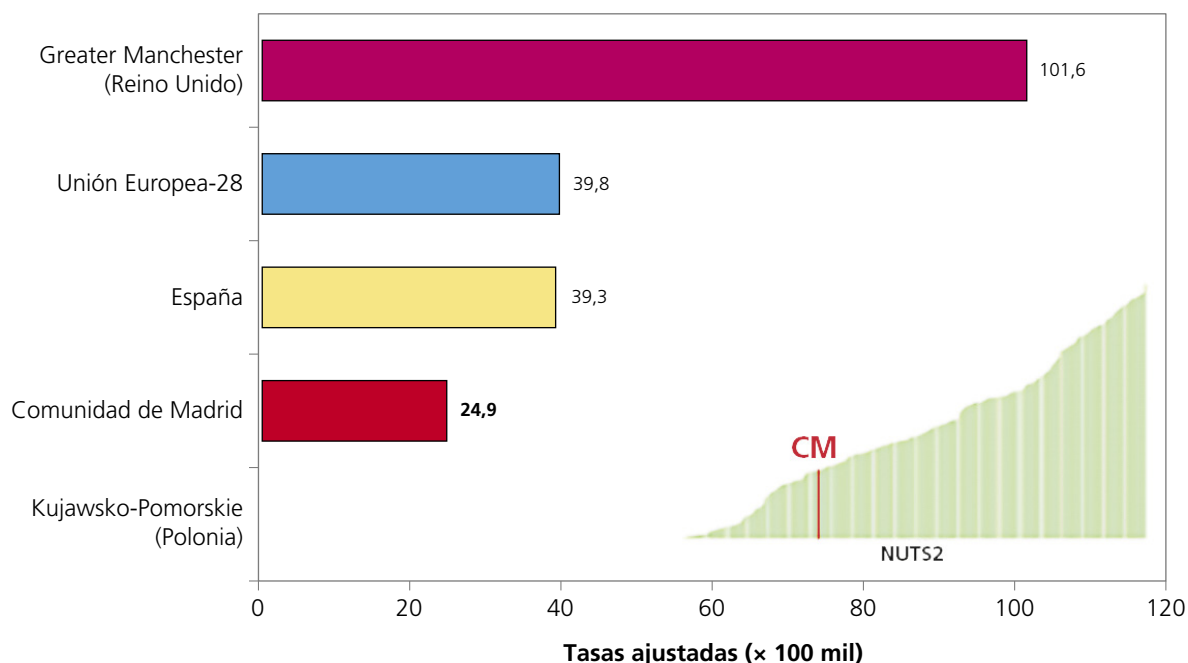
Tras un ascenso de la mortalidad por trastornos mentales desde 1980, con el cambio de siglo las tasas han tendido a disminuir, más en la Comunidad de Madrid que en el conjunto de España (figura 9). No obstante, este descenso global se ha debido fundamentalmente a la reducción del número de fallecimientos por demencias inespecíficas que, en buena medida, tras el cambio de revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (de CIE-9 a CIE-10) pasaron a ser atribuidas a rúbricas correspondientes a enfermedades neurológicas. Esa reducción mantenida de las tasas de mortalidad por trastornos mentales se traduce en una pequeña ganancia en la esperanza de vida en el último quinquenio (2007-2012), algo mayor en las mujeres, aunque inferior al de quinquenios previos, y centrada en el grupo de personas mayores al concentrarse en el mismo las defunciones (y por tanto, la posibilidad de mejorar o empeorar la mortalidad por estas causas).



FUENTE: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 9. Trastornos mentales. Evolución anual de la mortalidad según sexo. Tasas estandarizadas por población europea, por 100 mil. Comunidad de Madrid y España, 1980-2017.

En la figura 10 se presentan las tasas de mortalidad estandarizadas por edad más recientes (año 2015) publicadas por Eurostat para las distintas regiones europeas (*Eurostat, 2015*). La clasificación NUTS (nomenclatura de unidades territoriales estadísticas) es un sistema jerárquico que divide el territorio de la Unión Europea con diversos fines (recopilación, elaboración y armonización de las estadísticas regionales de la UE, análisis socioeconómicos de las regiones, etc.). El nivel NUTS2 equivale en España a las Comunidades Autónomas. En algunos países con poca población el nivel NUTS2 equivale al conjunto del estado (por ejemplo,



FUENTE: Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 10. Tasas ajustadas de mortalidad por NUTS-2 publicadas por la Oficina de Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT) enmarcada en los Indicadores ECHI (European Community Health Indicators) para 2015. La población estándar utilizada es la población europea OMS.

Lituania o Luxemburgo). En las estadísticas por causa de muerte, a los 28 países actualmente miembros de la Unión Europea se añaden otros del entorno europeo (Noruega, Suiza, Liechtenstein, Serbia). Se presentan las regiones con las tasas más alta, más baja, la de la Unión Europea a 28 países, y las de España y la Comunidad de Madrid. Se representa también una distribución del mismo indicador por NUTS2 en donde aparece destacada en rojo la Comunidad de Madrid. Si se compara con otras poblaciones de elevada esperanza de vida, la Comunidad de Madrid tiene unas tasas de mortalidad por trastornos mentales notablemente más favorables que las registradas en el total de la Unión Europea y en el conjunto de España.

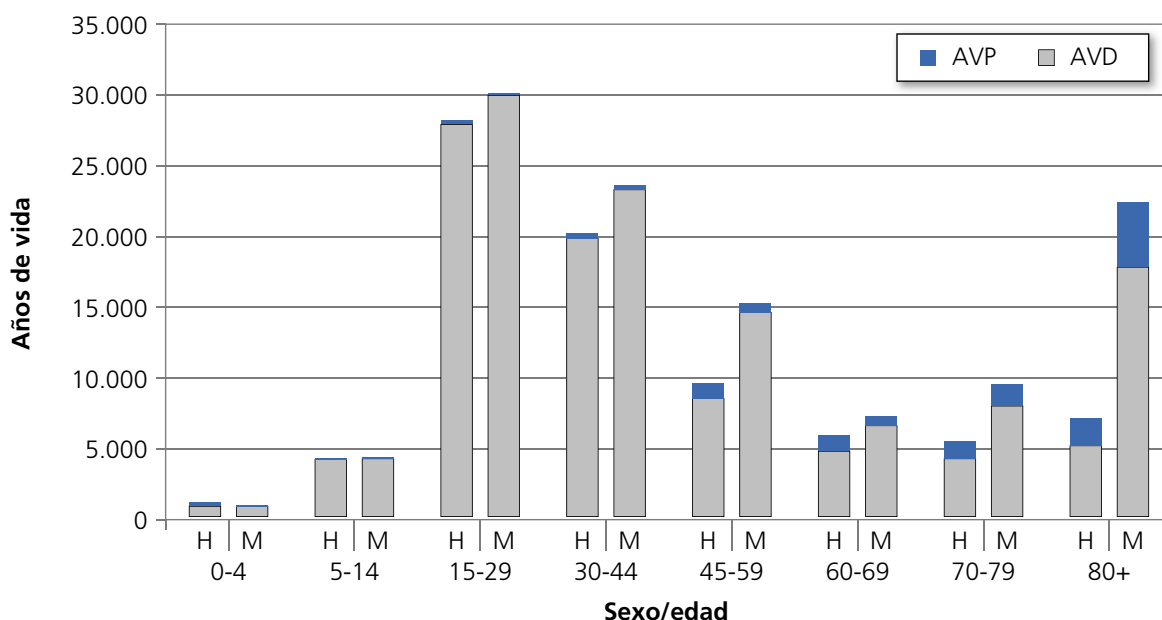
CARGA DE ENFERMEDAD

La clasificación de causas de enfermedad y defunción utilizada en los estudios de carga de enfermedad no permiten disociar las causas mentales de las neurológicas del mismo modo que lo hace la CIE-10, por lo que se comentan de manera conjunta.

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España y, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en la mayoría de los países de alta esperanza de vida. El componente de mala salud (años vividos con discapacidad) tiene un peso muy superior (en 2012 un 93% sobre el total), al correspondiente a la mortalidad (años de vida perdidos por defunción), especialmente en las edades medias de la vida. Solo en edades avanzadas, y debido a las demencias y la enfermedad de Alzheimer la mortalidad cobra cierto protagonismo en este indicador.

En la siguiente figura se presentan los indicadores de carga de enfermedad para los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas (figura 11). Se representan los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) según causa de enfermedad y muerte, sexo y componentes de los AVAD (mortalidad —años de vida perdidos AVP— y discapacidad —años de vida en discapacidad AVD—). Se representan las mujeres en la derecha y los hombres en la izquierda para cada grupo de edad, los años de vida perdidos más oscuro y años de vida en discapacidad, más claro.

La carga de enfermedad por enfermedades neuropsiquiátricas (mentales y neurológicas) en la Comunidad de Madrid en 2017 tiene un peso especialmente alto en los jóvenes y adultos menores de 45 años (principalmente debido a la carga de la depresión), y en las mujeres mayores de 80 años debido a los síndromes demenciales. Existe un predominio en mujeres para todos los grupos de edad. El componente de morbilidad y mala salud (AVD) es mayoritario.

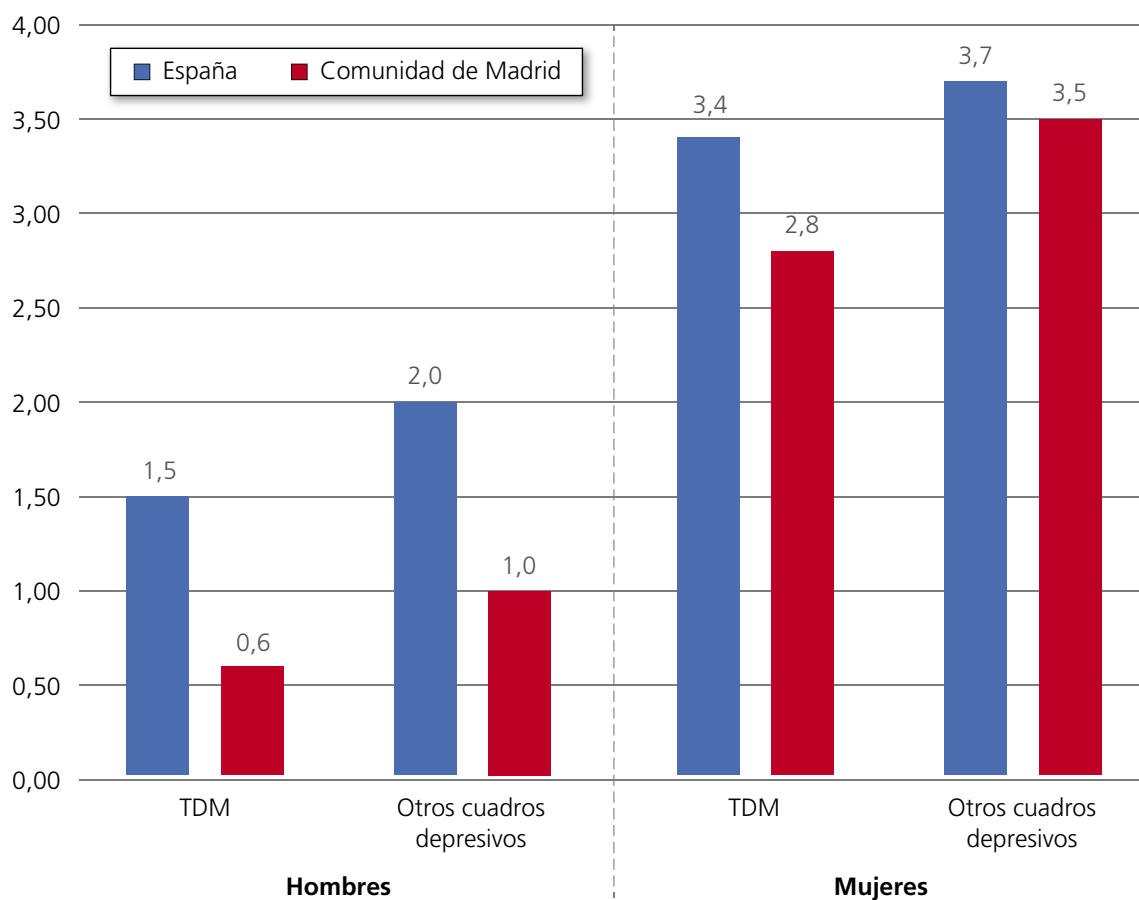


FUENTE: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 11. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas, según sexo, grupos de edad y componentes de los AVAD (mortalidad —AVP— y Discapacidad —AVD—). Comunidad de Madrid, 2017.

DATOS POBLACIONALES DE ENFERMEDAD MENTAL

En la Encuesta europea de salud en España 2020 (INE, 2020), que utiliza el instrumento *Patient Health Questionnaire (PHQ-8)*, la prevalencia de cuadros depresivos activos en las dos últimas semanas en la Comunidad de Madrid es inferior a la de España para ambos sexos y ambos niveles de depresión considerados, siendo considerablemente superior en las mujeres con respecto a los hombres en los dos territorios y los dos tipos de depresión considerados (figura 12). Esta encuesta no incluye entre sus variables de estudio otros diagnósticos de patología mental.

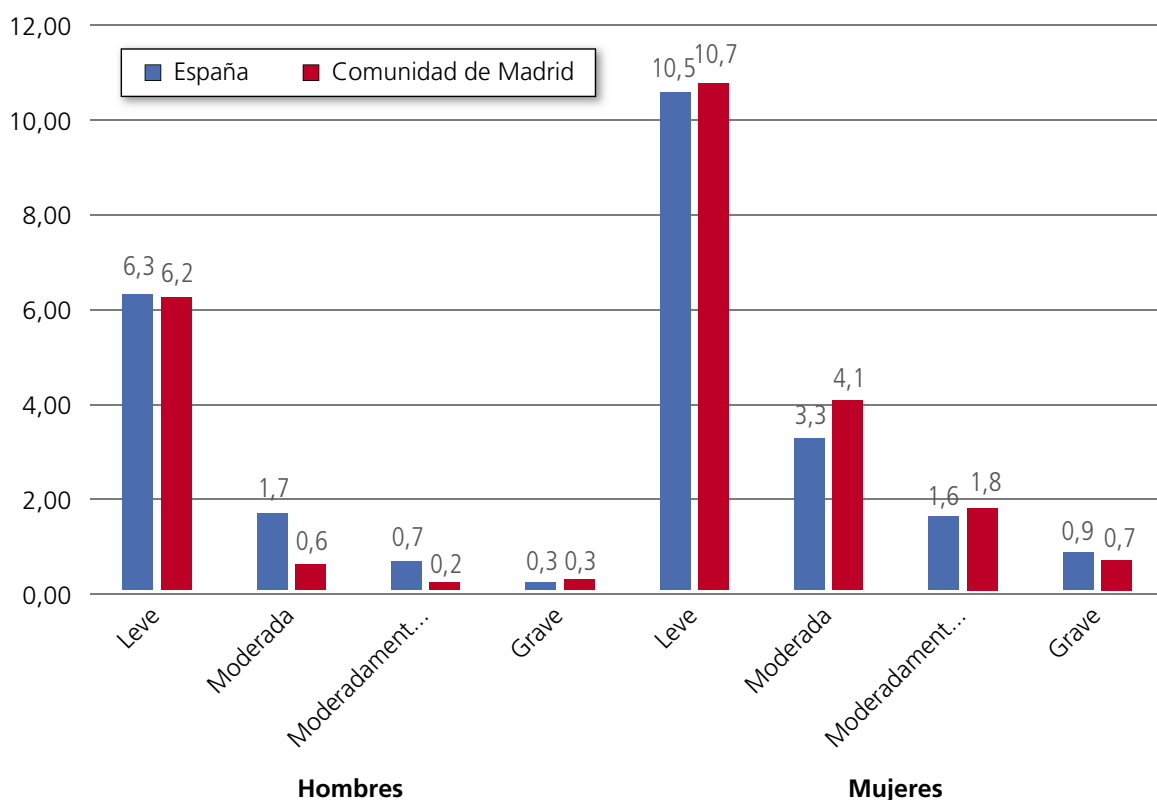


TDM: Trastorno depresivo mayor

FUENTE: Encuesta Europea de Salud en España 2020. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 12. Prevalencia (%) de cuadros depresivos activos (trastorno depresivo mayor y otros cuadros depresivos) según sexo. Población de 15 y más años. Comunidad de Madrid y España. 2020.

También la EES-E 2020 nos permite conocer la severidad de la sintomatología depresiva en las dos últimas semanas según el instrumento citado, en función del sexo y del territorio. Los hombres de la CM presentan valores inferiores a los de España en los tres primeros grupos considerados, superando ligeramente a los de España en las depresiones graves, mientras en las mujeres sucede lo contrario, con valores inferiores a los nacionales en las depresiones más graves (figura 13).



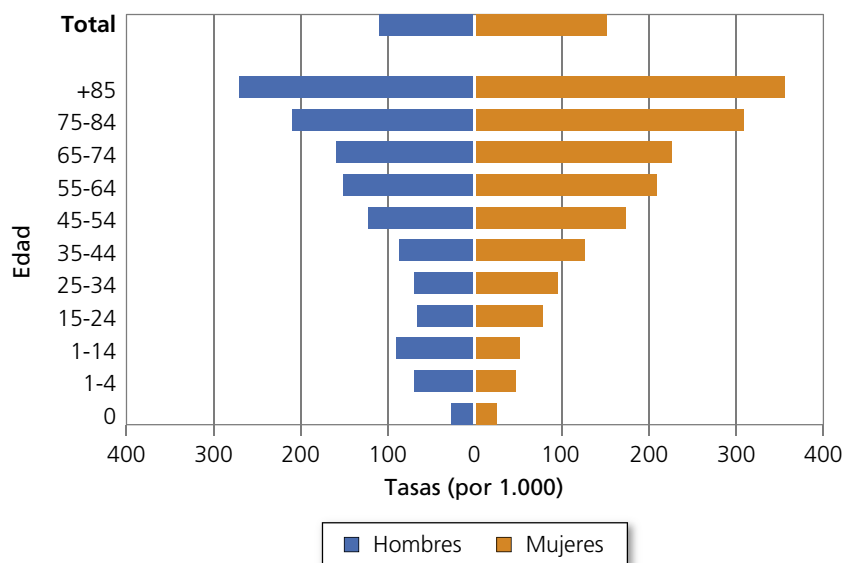
FUENTE: Encuesta Europea de Salud en España 2020. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 13. Severidad (%) de la sintomatología depresiva según sexo. Población de 15 y más años. Comunidad de Madrid y España. 2020.

MORBILIDAD ATENDIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En la figura 14 se presenta la Morbilidad en Atención Primaria por trastornos mentales según grupos de edad en el eje vertical y las tasas por 1000 habitantes en el eje horizontal. Las mujeres se representan a la derecha y los hombres a la izquierda. Las tasas de morbilidad atendida en Atención Primaria crecen linealmente con la edad y son mayores en mujeres que en varones.

En la figura 15 se presentan las patologías mentales más frecuentes atendidas en atención primaria por grupo de edad y número de orden. Se expresa en cada casilla de la cuadrícula la enfermedad y código CIAP con un mismo color y el número de personas con algún apunte en el año 2017. Los episodios más frecuentes fueron los relacionados con los trastornos de ansiedad, los depresivos y los relativos al sueño. Destaca como primera consulta por edad de los 0 a los 14 años problemas relacionados con la conducta, a diferencia del año 2013, cuando se consultaba en los menores de 1 año en primer lugar por problemas de sueño y en segundo por problemas de aprendizaje y entre el primer año y los 5 años por problemas de aprendizaje. También destaca como segunda causa la irritabilidad y enojo en menores de 1 año, motivo de consulta que no aparecía en las consultas analizadas en 2013.



FUENTE: OMI-AP/AP-Madrid y Tarjeta Individual Sanitaria (CIBELES). Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 14. Episodios de patología mental atendida en Atención Primaria según edad y sexo. Tasas por mil. Comunidad de Madrid, 2017.

Grupo de edad	Orden				
	1	2	3	4	5
0	P22-Sig/sin compor niño N = 435	P04-Sens/sent de irritabilidad/enojo N = 366	P06-Trastornos del sueño N = 308	P24-Problemas específicos del aprendizaje N = 143	P11-Problemas de conducta N = 52
1-4	P22-Sig/sin compor niño N = 4.089	P24-Problemas específicos del aprendizaje N = 3.674	P06-Trastornos del sueño N = 3.342	P11-Problemas de conducta N = 816	P10-Tartamudeo, disfemia, tics N = 575
5-14	P22-Sig/sin compor niño N = 10.811	P81-Trastornos hipercinéticos N = 7.280	P20-Trastornos de la memoria N = 7.157	P24-Problemas específicos del aprendizaje N = 7.099	P12-Enuresis N = 5.506
15-24	P01-Sensación ansiedad/tensión N = 12.550	P81-Trastornos hipercinéticos N = 3.305	P76-Depresión/trastornos depresivos N = 3.188	P20-Trastornos de la memoria N = 3.164	P06-Trastornos del sueño N = 2.639
25-34	P01-Sensación ansiedad/tensión N = 29.544	P76-Depresión/trastornos depresivos N = 6.965	P17-Abuso del tabaco N = 6.431	P06-Trastornos del sueño N = 5.495	P74-Trastornos ansiedad/estado ansiedad N = 3.170
35-44	P01-Sensación ansiedad/tensión N = 51.089	P76-Depresión/trastornos depresivos N = 16.491	P17-Abuso del tabaco N = 13.828	P06-Trastornos del sueño N = 13.284	P74-Trastornos ansiedad/estado ansiedad N = 5.614
45-54	P01-Sensación ansiedad/tensión N = 50.076	P76-Depresión/trastornos depresivos N = 23.342	P17-Abuso del tabaco N = 21.404	P06-Trastornos del sueño N = 21.322	P82-Estrés postraumático N = 5.876
55-64	P01-Sensación ansiedad/tensión N = 34.479	P76-Depresión/trastornos depresivos N = 24.237	P06-Trastornos del sueño N = 23.056	P17-Abuso del tabaco N = 22.454	P08-Ausencia/pérdida de la sat sexual N = 4.983
65-74	P06-Trastornos del sueño N = 24.140	P01-Sensación ansiedad/tensión N = 22.327	P76-Depresión/trastornos depresivos N = 21.348	P17-Abuso del tabaco N = 12.233	P20-Trastornos de la memoria N = 9.191
75-84	P06-Trastornos del sueño N = 19.066	P76-Depresión/trastornos depresivos N = 17.784	P20-Trastornos de la memoria N = 16.646	P01-Sensación ansiedad/tensión N = 13.826	P70-Demencia N = 13.064
85+	P70-Demencia N = 17.040	P20-Trastornos de la memoria N = 11.634	P06-Trastornos del sueño N = 9.946	P76-Depresión/trastornos depresivos N = 8.390	P01-Sensación ansiedad/tensión N = 5.970

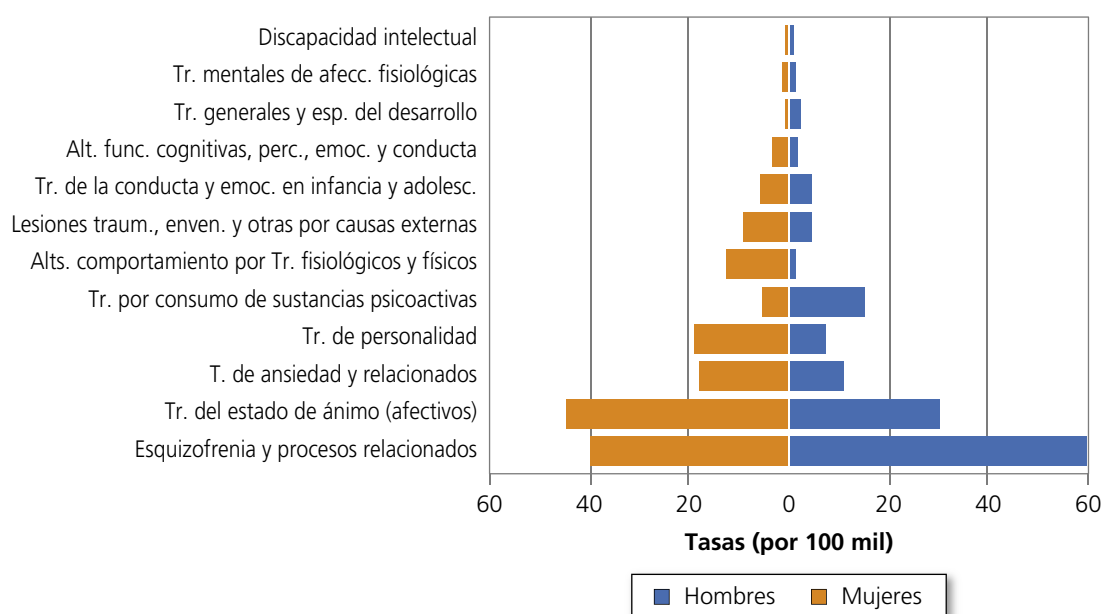
* Código CIAP correspondiente. N = número de episodios.

FUENTE: OMI-AP/AP-Madrid. Elaboración: Servicio de Informes de Salud y Estudios.

Figura 15. Patología mental atendida en Atención Primaria. Causas específicas* más frecuentes por grupo de edad. Comunidad de Madrid, 2017.

MORBILIDAD HOSPITALARIA

En la figura 16 se representan las altas hospitalarias por patología mental en la CM, agrupadas por secciones diagnósticas de la CIE-10. Como se puede observar existen notables diferencias entre ambos sexos en cuanto a las diferentes patologías que son ingresadas en los hospitales. En los hombres predominan los grupos de la esquizofrenia y procesos relacionados, y el de consumo de sustancias psicoactivas, mientras los trastornos afectivos, por ansiedad, los de personalidad, los comportamentales asociados a trastornos fisiológicos y físicos (principalmente los trastornos de conducta alimentaria), los relacionadas con factores externos (principalmente envenenamiento por fármacos como conducta autolesiva), los trastornos de la conducta de aparición en infancia y adolescencia, y finalmente los síntomas y signos que afectan a las funciones cognitivas, perceptivas, emocionales y de conducta (principalmente ideaciones suicidas) son diagnósticos más frecuentes en las mujeres.



FUENTE: CMBD e INE (Cifras de población residente por CC.AA. a 1/7/2020). Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 16. Morbilidad hospitalaria según sexo por sección diagnóstica principal del capítulo 5 (Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico – F01-F99) y otros representativos de la clasificación CIE-10. Tasas por 100 mil habitantes. Comunidad de Madrid, 2020.

En la tabla 5 se muestran los ingresos en los hospitales del Servicio Madrileño de Salud por lesiones autoinfligidas entre 2011 y 2020 y las personas ingresadas por este motivo que fallecieron dentro del centro hospitalario. Se observa un incremento progresivo de las personas que ingresan por este motivo con una estabilización en las cifras absolutas a partir de 2016. La cifra de fallecidos por esta razón en el hospital no aumenta en la misma proporción durante el período indicado, manteniéndose una proporción bastante estable (% de fallecimientos por autolesión entre 1,5% y 2,5%). Por tanto, podemos afirmar que ha existido un aumento de los ingresos hospitalarios por este motivo en los últimos años, que no se corresponde con un incremento de la gravedad de las autolesiones. La edad media se encuentra en el entorno de los 42-43 años, salvo en 2020 que desciende a 38,9 a.

TABLA 5

Número de pacientes ingresados en hospitales del Servicio Madrileño de Salud por lesiones autoinfligidas entre 2011 y 2020, número de pacientes fallecidos en el hospital, porcentaje de fallecimiento por 100 ingresos y edad media de las personas ingresadas

Franja de edad	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Número de pacientes ingresados por lesiones autoinfligidas	606	760	884	1.241	986	1.329	1.366	1.325	1.345	1.335
Número de pacientes ingresados por lesiones autoinfligidas que fallecen	9	19	19	23	22	29	25	17	22	28
Porcentaje de fallecimiento por 100 ingresos por autolesión	1,5	2,5	2,0	1,9	2,2	2,2	1,8	1,3	1,6	2,1
Edad media de los pacientes ingresados por lesiones autoinfligidas	43,9	43,5	43,3	43,4	43,8	42,3	42,6	42,5	43,4	38,9

FUENTE: CMBD. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

IMPACTO COVID19 EN SALUD MENTAL

El aumento de los problemas mentales en el medio y largo plazo ha sido considerado, desde el inicio de la crisis, uno de los principales retos en el impacto en la salud de la pandemia por COVID19.

La gestión de la pandemia en Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud se orientó, desde la ORCSMyA en tres líneas de acción:

1. Reorganización asistencial en crisis.
2. Prevención y promoción de la salud mental en población general y poblaciones específicas (profesionales, pacientes COVID19 y familiares en duelo).



Figura 17. Documentos que recogen la planificación de la crisis por COVID19 en salud mental en el Servicio Madrileño de Salud.

3. Planificación de la respuesta asistencial prioritaria en la crisis Covid y seguimiento, tal y como se describe en la Guía de actuaciones en psiquiatría, salud mental y apoyo psicosocial en la pandemia por COVID19, elaborada entre marzo y abril de 2020 (ORCSMyA, Abril 2020).

A continuación se describen aspectos de evolución de la demanda y necesidad desde marzo de 2020 tomando como fuentes el seguimiento del Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental (ORCSMyA, junio 2020) a través de CMBD, SICYT, actividad específica de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en poblaciones vulnerables y conducta suicida (ARSUIC).

Como resumen destaca el incremento en la primera ola de la consulta telefónica (de 0.01 % a 22 %), y la coordinación asistencial centralizada de todos los ingresos en Psiquiatría y de pacientes con COVID19 hasta hoy. Emerge el incremento significativo de la demanda asistencial en adolescentes, especialmente en la Urgencia y en la indicación de ingreso, y el incremento del riesgo suicida, con aumento de los métodos de mayor letalidad. En cuanto a la repercusión parcial en la demanda en SM en adultos, al inicio de la postcrisis resultó esperable y puede relacionarse con mayor contención comunitaria, por refuerzo PrapSM-19 y menor acceso global al sistema.

Se considera como conclusión, que la situación de partida de la red de salud mental así como su capacidad de actuar de forma coordinada y adaptada condicionó la respuesta que puede considerarse adecuada a las necesidades. En el momento actual, la atención ha de tener en cuenta evitar la patologización inapropiada de los malestares y adversidades que crecerán sin duda con la crisis. Y, al mismo tiempo, afrontar y anticiparse a una demanda asistencial futura previsiblemente aumentada desde la realidad de nuestros servicios. Si bien las administraciones de salud son responsables de gestionar la respuesta adecuada a los problemas psicosociales en cuanto a trastornos mentales secundarios a pandemia, es importante que esta responsabilidad sea compartida con las administraciones generales y se considera un momento indicado para asumir el reto de implementar políticas de promoción de la salud mental y de prevención del suicidio en otros ámbitos más allá del puramente sanitario, como políticas de salud pública, tal y como reclaman la OMS y el IASC (IASC 2022).

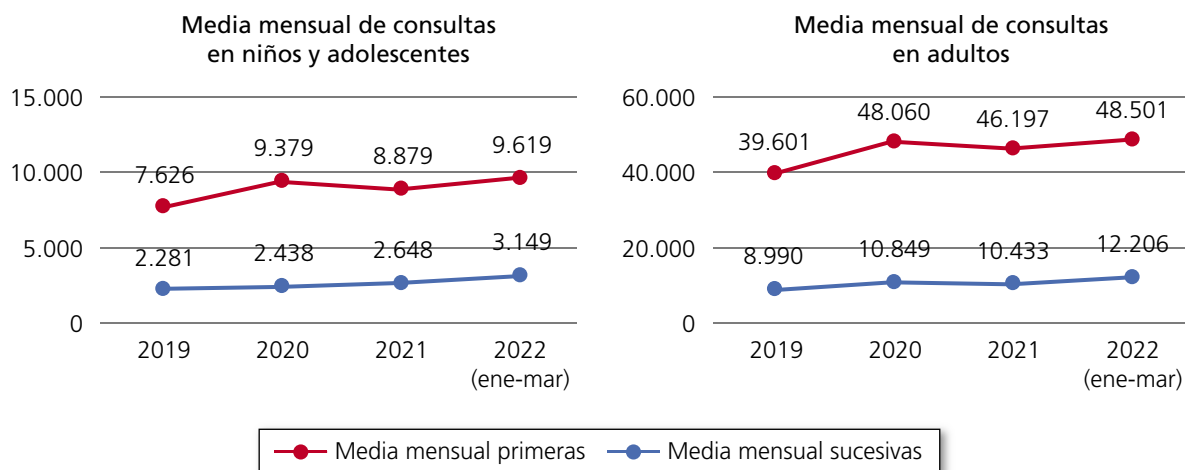
Morbilidad atendida en consultas de Centros de Salud Mental (CSM)

Se ha producido un incremento global de las consultas realizadas en los CSMs en torno a la pandemia. Para valorar la evolución hasta el primer trimestre de 2022, se toma la media mensual de consultas en adultos y en menores, desde 2019 (tabla 6 y figuras 18a y b). Mientras que el mayor incremento en primeras consultas se da en adultos en 2020, en menores, el mayor incremento en primeras se da en los años siguientes. Sin embargo, como veremos más adelante, sí se observa un incremento precoz y mayor en menores que en adultos, en las urgencias y en la hospitalización.

TABLA 6

Número medio de consultas al mes en CSM del Servicio Madrileño de Salud entre 2019 y primer trimestre de 2022

	Media mensual de primeras consultas			Media mensual de consultas sucesivas		
	Total	<18 años	18 y más años	Total	<18 años	18 y más años
2019	11.408	2.281	8.990	47.617	7.626	39.601
2020	13.447	2.438	10.849	57.844	9.379	48.060
2021	13.228	2.648	10.433	55.534	8.879	46.197
2022 (ene-mar)	15.515	3.149	12.206	58.599	9.619	48.501



Figuras 18a y 18b. Evolución media mensual de consultas en CSM en menores y adultos en el período 2019-2022.

Si lo desagregamos por meses, en el año 2020 de la crisis con la primera gran ola y el confinamiento por COVID19, se observa un mayor número de consultas presenciales en CSM, tanto nuevas como sucesivas, con respecto a 2019, especialmente relevante en los adultos para el mes de junio, con la salida del confinamiento. Después cae en los meses estivales y de nuevo asciende en otoño. El comportamiento estacional queda también condicionado por el confinamiento y el refuerzo de los recursos en el plan de respuesta COVID19. Esto representa para el mes de junio incrementos superiores al 50% y 30% en adultos y menores en 2020 respecto a 2019, respectivamente, y superiores al 30% para ambos grupos de edad en el mes de diciembre (figuras 19 y 20).

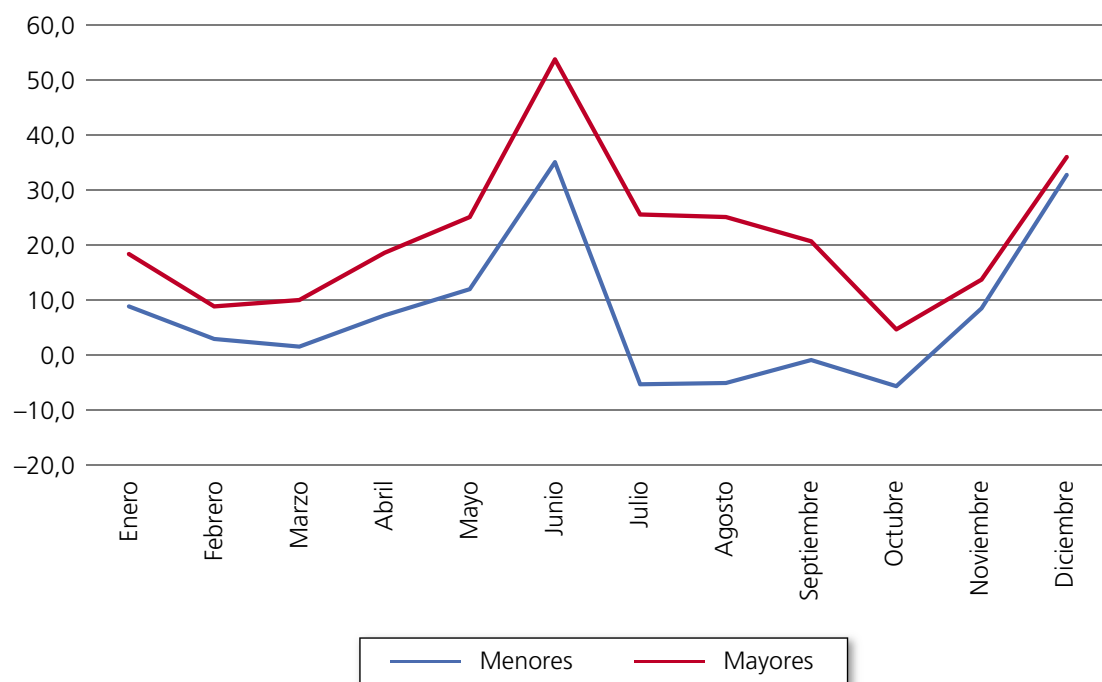


Figura 19. Consultas presenciales nuevas (porcentaje de cambio 2020/2019) en mayores y menores de 18 años.

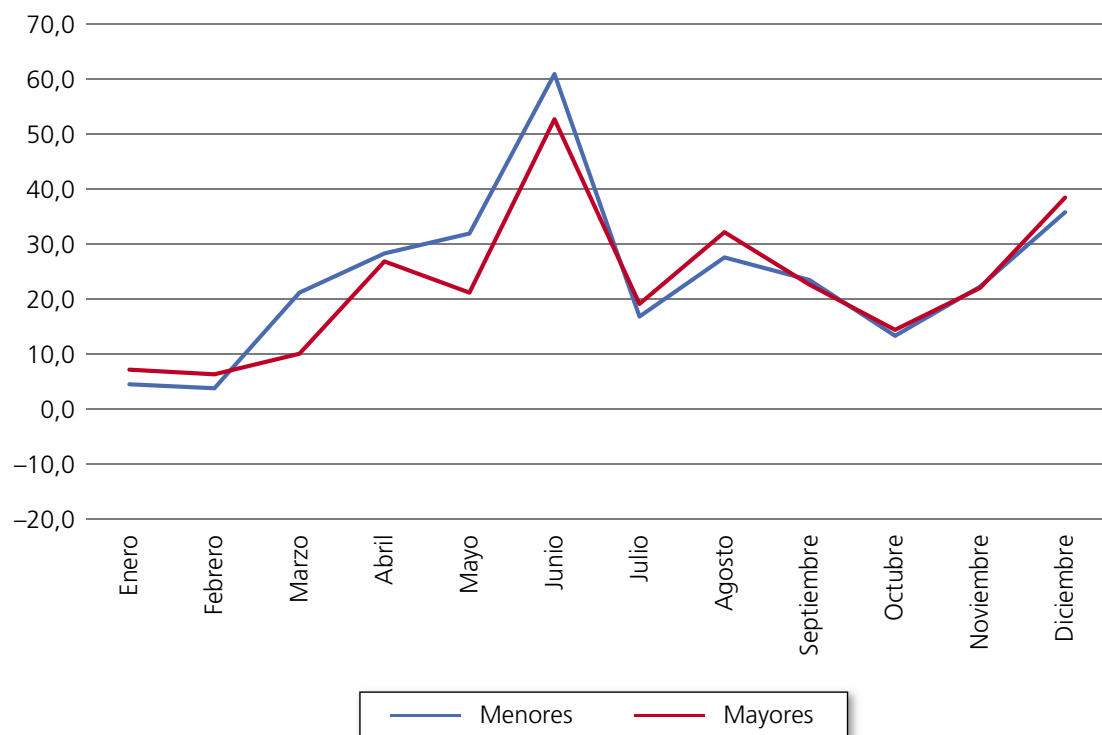


Figura 20. Consultas presenciales sucesivas (porcentaje de cambio 2020/2019) en mayores y menores de 18 años.

En cuanto a las consultas no presenciales, que emergen para dar respuesta a la situación de necesaria reducción de contactos directos y distancia social, existe un importante incremento de las telefónicas a partir del mes de marzo de 2020, alcanzándose un pico máximo de atención en junio en adultos, con posterior caída y aumentos más atenuados en otoño. Los menores de 18 años presentan una demanda de morfología temporal similar, pero de menor magnitud.

Se produce un pico de demanda en *consultas telemáticas* en los meses de marzo y abril de 2020, especialmente relevante en adultos tanto para las nuevas como para las sucesivas consultas. Las nuevas *e-consultas* presentan un aumento notable y progresivo entre abril y julio de 2020 también para los adultos, con un posterior descenso y valores que mantienen cierta estabilidad hasta final de año. Con respecto a 2019 existe un incremento muy destacable, tanto en los menores como en los adultos (figura 21).

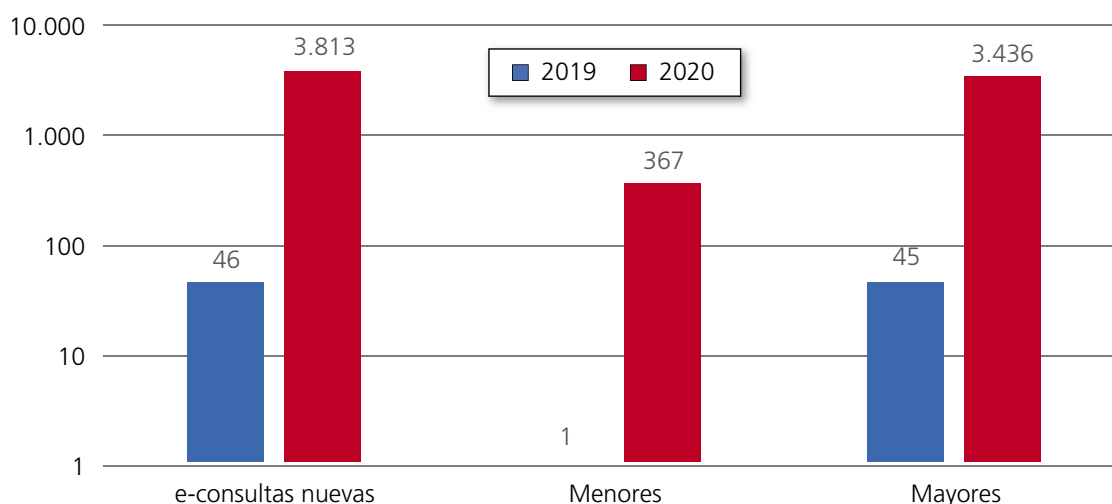


Figura 21. e-consultas nuevas (totales, mayores y menores) en 2019 y 2020. Escala logarítmica.

Atención hospitalaria en Psiquiatría y Salud Mental

El número total de ingresos en unidades de psiquiatría en 2020 fue un 12% inferior a 2019. Si consideramos a los adultos este descenso fue de un 14%, pero en los menores de 18 años se produjo un incremento del 9% entre ambos años. En los adultos las cifras globales de 2020 se encuentran por debajo de las de 2019 a partir de marzo, mientras en los menores existe un importante solapamiento entre ambos años en los primeros seis meses, superando los ingresos de 2020 a los de 2019 en el segundo semestre, de forma especial en los últimos 3 meses (figuras 22 y 23).

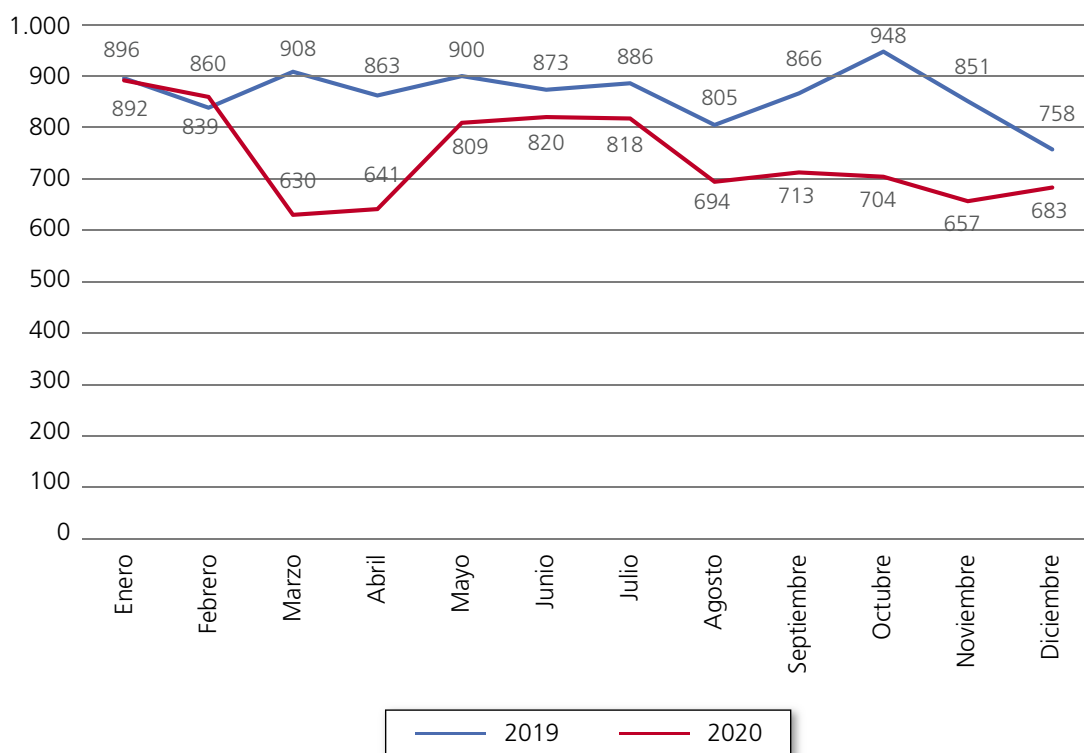


Figura 22. Ingresos en unidades de psiquiatría en adultos por meses. 2019-2020.

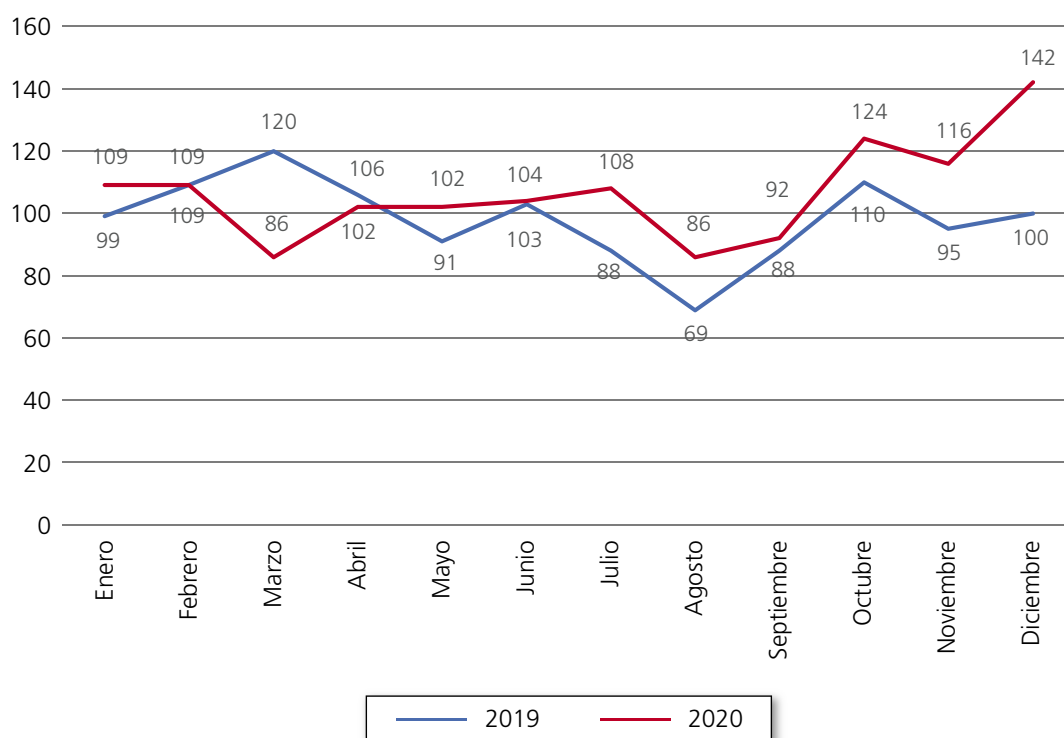


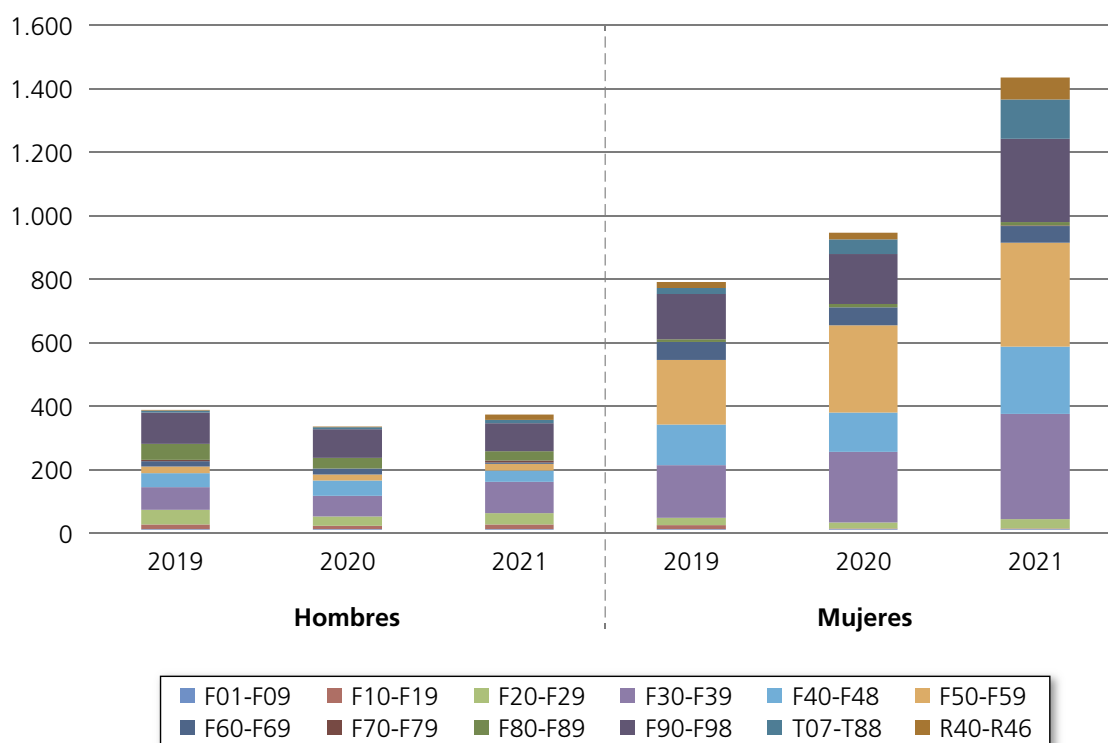
Figura 23. Ingresos en unidades de psiquiatría en menores por meses. 2019-2020.

Por grupos diagnósticos, los hombres menores de 18 años ingresan principalmente por trastornos afectivos (F30-39) y de la conducta (F90-98), mientras sus coetáneas mujeres lo hacen sobre todo por trastornos de la conducta alimentaria (F50-59) y secundariamente por los dos grupos diagnósticos descritos en los varones (figura 24).

En los adultos predominan los trastornos de esquizofrenia y su espectro, especialmente en los hombres, y los afectivos, más importantes en las mujeres (figura 25).

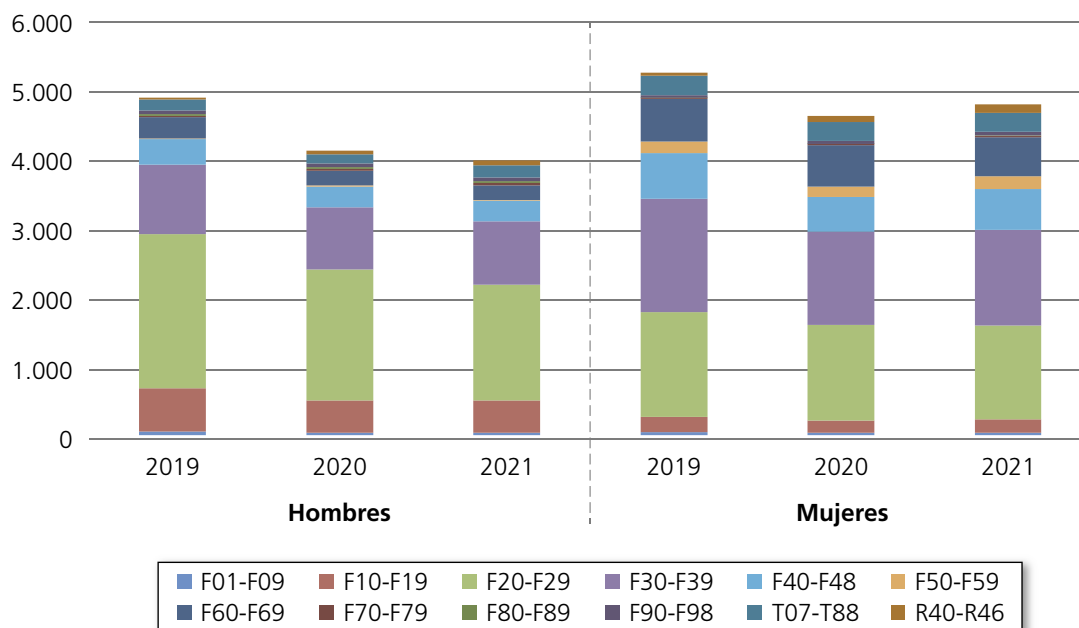
En el año 2020 existe un descenso de las altas en relación con 2019 en los hombres, tanto adultos como menores, así como en las mujeres adultas, patrón que no se cumple en las mujeres más jóvenes, en las que existe una tendencia ascendente.

En 2021 las cifras son semejantes a 2020 en los tres primeros grupos citados, aunque la excepción se detecta de nuevo en las mujeres jóvenes en las que se existe un crecimiento muy notable de las altas hospitalarias que prácticamente duplica los valores de 2019, a expensas de los grupos diagnósticos de trastornos afectivos (F30-39), trastornos de ansiedad y relacionados (F40-48), trastornos de conducta alimentaria (F50-59) y trastornos de la conducta (F90-98).



FUENTE: CMBD. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 24. Morbilidad hospitalaria en menores de 18 años según sexo por sección diagnóstica principal del capítulo 5 (Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico – F01-F99) y otros representativos de la clasificación CIE-10. Número absoluto. Comunidad de Madrid, 2019-2020.



FUENTE: CMBD. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 25. Morbilidad hospitalaria en mayores de 18 años según sexo por sección diagnóstica principal del capítulo 5 (Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico – F01-F99) y otros representativos de la clasificación CIE-10. Número absoluto. Comunidad de Madrid, 2019-2020.

Indicadores básicos de actividad hospitalaria (tabla 6)

La estancia media de hospitalización en unidades de hospitalización breve (UHB) desciende, tanto en 2020 (-2,6 días) como en 2021 (-3,2 días), con respecto a 2019, produciéndose esta reducción tanto en menores como en adultos.

Los ingresos hospitalarios descienden globalmente en 2020 con respecto a 2019, con un posterior repunte en 2021 que no alcanza las cifras de 2019. Este patrón se observa en los adultos, mientras en los menores de edad destaca un ascenso gradual importante, que en 2021 alcanza más de un 54% con respecto a 2019.

Respecto a los reingresos, las cifras de 2020 son similares a las de 2019. Sin embargo, existe un comportamiento diferenciado en función de la edad, existiendo un crecimiento superior al 80% en los más jóvenes, frente a un ligero descenso en los adultos.

Las urgencias hospitalarias disminuyen un 18% en 2020 con respecto a 2019, para posteriormente crecer un 29% en 2021, alcanzando unos niveles superiores a 2019. Aunque en este caso este patrón se reproduce en adultos y en menores, en estos últimos podemos destacar un incremento notable superior al 60% en 2021 con respecto a 2020. Ello motiva una necesaria apertura de plazas de hospitalización de psiquiatría infanto-juvenil, en la nueva unidad UHB del 12 de Octubre, proyectada en el Plan 2018-2020, y con el concurso público urgente de camas de hospitalización de adolescentes, que permite contar en el momento actual con 111 camas. En este proceso, se dio respuesta temporal a la emergencia de adolescentes con la reconversión de camas de adultos en camas de menores, especialmente en el Hospital Gregorio Marañón, también en el Hospital Clínico, y en el Hospital Gómez Ulla.

TABLA 7

Indicadores básicos de actividad hospitalaria por grupos de edad

	2019			2020			2021		
	Total	< 18	≥ 18	Total	< 18	≥ 18	Total	< 18	≥ 18
Estancia media	17,7	16,4	17,8	15,1	14,9	15,1	14,5	13,9	14,6
Ingresos	11.571	1.178	10.393	10.201	1.280	8.921	10.884	1.820	9.064
Reingresos (2021 pendiente)	1.018	65	953	1.055	118	937	—	—	—
Urgencias	29.397	3.233	26.158	24.017	3.099	20.918	31.043	4.960	26.083

FUENTE: CMBD 2019-2021.

PROFESIONALES SANITARIOS Y POBLACIONES VULNERABLES COVID19

Según la información remitida por los Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental, en el período de junio de 2020 a diciembre de 2021 en el seguimiento del Plan de respuesta asistencia prioritaria en salud mental por COVID19, en torno a 5.163 profesionales sanitarios del Servicio Madrileño de Salud requirieron atención como pacientes nuevos por especialistas de Salud Mental desde las unidades de interconsulta a nivel Hospitalario, en los Centros de Salud Mental y también a través del programa específico PAIPSE. En torno a una media mensual de 1.318 profesionales han requerido seguimiento posterior en este tiempo.

En cuanto al número de derivaciones realizadas al programa PAIPSE se ha incrementado significativamente. Si bien continua resultando mayoritaria la derivación desde los hospitales, se ha producido un incremento mayor desde AP respecto años previos, como se observa en la Figura 26. Resulta evidente el efecto de la pandemia en el estado de salud de los profesionales, y también la importante labor desarrollada desde los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental y desde el programa PAIPSE para dar apoyo en salud mental. En este sentido, cabe destacar el impulso de la unidad UVOPSE que desarrolla el PAIPSE en todos los planes desde 2018, que ha permitido dar respuesta a la demanda creciente de atención, habiéndose duplicado el número de profesionales multidisciplinares que conforma el equipo en los últimos 4 años. Ha pasado de estar formado por 2 psiquiatras, 1 enfermera, un trabajador social y un administrativo, a aumentar a 5 el número de psiquiatras e incorporar al equipo a 2 psicólogos clínicos.

Continuando con el seguimiento durante la crisis realizado a poblaciones vulnerables en la pandemia, 4.762 pacientes COVID19 que habían requerido hospitalización por esta enfermedad recibieron atención especializada como pacientes nuevos por presentan problemas de salud mental relacionados con la misma, entre junio de 2020 y diciembre de 2021, requiriendo seguimiento una media de 1.003 pacientes durante este período. Finalmente, 3.428 familiares en duelo por COVID19 han requerido atención especializada inicial en salud mental, con una media mensual de seguimiento en este grupo de 992 familiares en duelo.



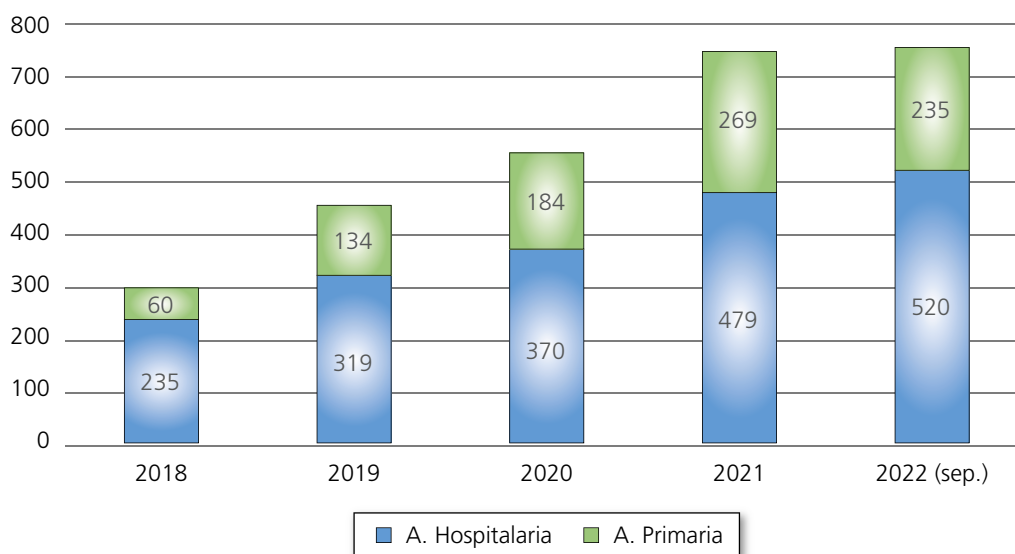


Figura 26. Evolutivo del número de peticiones de valoración de profesionales en UVOPSE.

En la figura 27 observamos la distribución de la entrada de pacientes nuevos para atención en salud mental en las tres poblaciones en seguimiento de profesionales sanitarios, personas hospitalizadas por COVID19 y familiares en duelo por COVID19. Se observa un decrecimiento progresivo, con aumentos puntuales en octubre de 2020, febrero de 2021 y noviembre de 2021, si bien el último semestre se encuentra infraestimado por la menor respuesta de los centros. Podemos relacionar los aumentos con la 2.^a, 3.^a y 6.^a olas de la pandemia.

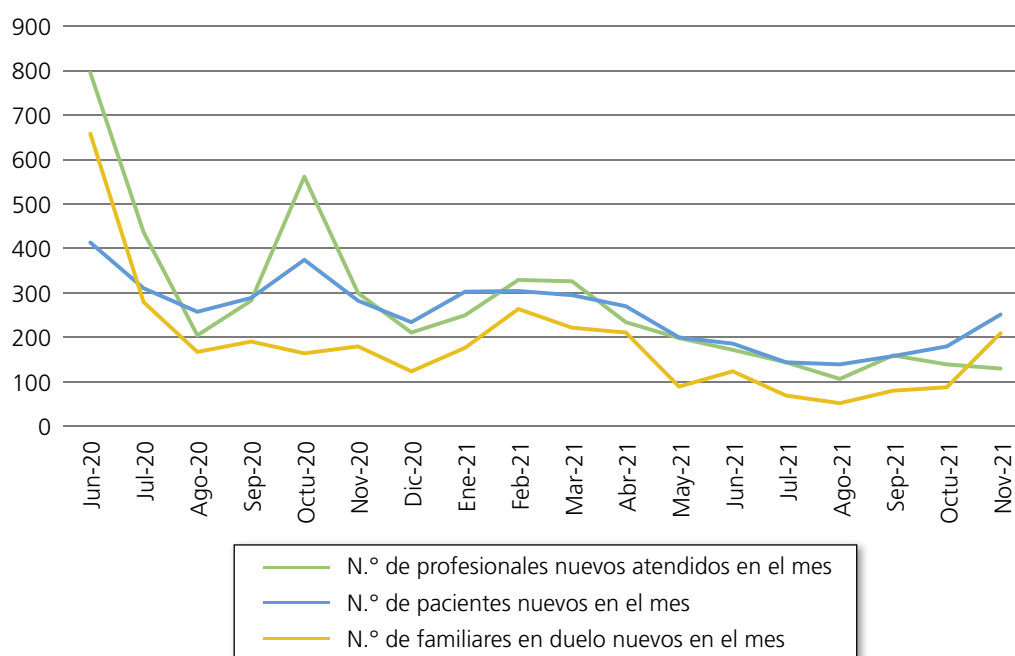


Figura 27. Evolución de la entrada de pacientes nuevos para asistencia en salud mental en las tres poblaciones objeto de atención durante la pandemia (profesionales sanitarios, hospitalizados por COVID19 y familiares en duelo).

En la figura 28 se observa la evolución de los casos en seguimiento de las tres poblaciones en el período de estudio. Se observa un aumento esperable de pacientes en seguimiento relacionado con la incorporación de nuevos pacientes, con un descenso a partir de mayo (que puede estar sobreestimado por la menor respuesta de los centros) que posteriormente se estabiliza e incluso aumenta en pacientes COVID, no así en profesionales y familiares que se estabiliza.

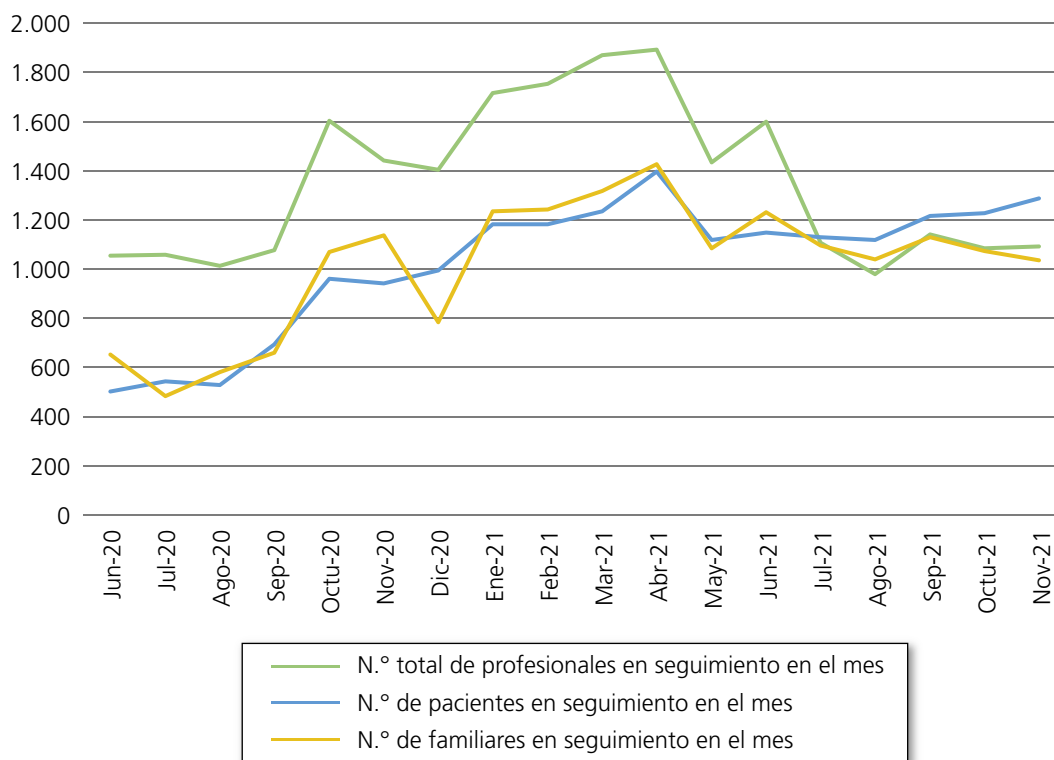


Figura 28. Evolución de los/las pacientes en seguimiento para asistencia en salud mental en las tres poblaciones objeto de atención durante la pandemia (profesionales sanitarios, hospitalizados por COVID19 y familiares en duelo).

En la tabla 8 se resumen las características de las poblaciones en seguimiento, con vulnerabilidad específica en la crisis COVID19, que se describen también a continuación, a partir de la información muestral remitida desde los Servicios y Áreas de Gestión.

DESCRIPCIÓN DE MUESTRA DE PROFESIONALES SANITARIOS ATENDIDOS EN SALUD MENTAL ($n = 1.923$)

En cuanto a la muestra de profesionales, la edad media fue de 45 años, y el sexo, predominantemente de mujeres (87%). El 84% ha convivido con alguna/s personas durante la crisis, y un 47% tenía a su cargo a otras personas en el domicilio (35% niños y niñas, 9% mayores, y 3% ambos grupos). El grupo profesional más representado es el de Enfermería (38%), seguido de las TCAE (26%) y los Facultativos con un 16%. El ámbito en el que trabajaba la mayor representación de profesionales atendidos era las plantas de hospitalización,

fueran plantas específicas COVID (28,3%) o no COVID (27,1%). A distancia se encuentra las UCI (19%), la Urgencia (12%), y Atención Primaria (10%). La mayoría de profesionales no experimentaron la vivencia de éxitos en su proximidad social (75%). Por el contrario, un 13% perdieron a algún familiar, allegado (8%) o compañero de trabajo (4%).

En cuanto a su situación basal al inicio de la crisis, un 59% carecía de antecedentes de seguimiento en Salud Mental, mientras un 41% sí los tenía. En este segundo grupo predominan los antecedentes por Ansiedad/Depresión (87%, el mayor de los tres subgrupos poblacionales estudiados), frente a la Psicosis (1%), mientras un 12% tienen otros trastornos como antecedente.

Al tiempo, un 20% presentan comorbilidades asociadas, predominando la Diabetes y la Hipertensión Arterial.

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes detectados, de forma muy marcada el grupo más importante (89%) es el de los *Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con stress, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos* seguido a mucha distancia por los *Trastornos del estado del ánimo* (7%).

La sintomatología encontrada se ha considerado mayoritariamente leve (52% de los casos registrados), moderada en un 44%, y un 4% han presentado una situación de gravedad.

Se evidencia un incremento problemático del consumo de tóxicos durante la crisis en un 5% y la presencia de ideaciones o intentos suicidas fue del 1% en esta población.

El nivel de autonomía postcrisis es mejor que en los/las pacientes, siendo completo para el 93% de los profesionales, un 6,1% son autónomos para las AVD y en el 0,5% se evidencian como dependientes para las AVD.

DESCRIPCIÓN DE MUESTRA DE PACIENTES QUE REQUIRIERON HOSPITALIZACIÓN POR COVID19 ATENDIDOS EN SALUD MENTAL (n = 1.256)

El 75% de las personas hospitalizadas que requirieron atención no precisaron estancia en la UCI, el 56% eran mujeres y la edad media fue de 58 años (DE: 13,8). Durante la crisis el 85% ha convivido con alguna/s persona/s, y el 15% han estado solas. Al tiempo eran responsables de personas a su cargo un 31% (21% niños y niñas, 8% mayores y 2% ambos grupos).

En cuanto a su situación basal al inicio de la crisis, un 59% carecía de antecedentes de seguimiento en Salud Mental, mientras un 41% sí los tenía. En este segundo grupo predominan los antecedentes por Ansiedad/Depresión (73%), frente a la Psicosis (8%, el más elevado de los tres subgrupos poblacionales), mientras un 19% tienen otros trastornos como antecedente.

Al tiempo, un 52% presentan comorbilidades asociadas, predominando la Diabetes, Hipertensión Arterial, EPOC, etc. La inmensa mayoría (85%) son independientes para las actividades de la vida diaria.

En cuanto al apoyo social, casi el 96 % disponía de algún tipo de apoyo (el 88 % familiar, el 2 % de servicios sociales, el 6 % de ambos), mientras un 4 % no disponía del mismo. De estos, la mitad consideraba que el apoyo era necesario y la otra mitad no lo consideraba así. Asimismo, en relación a la frecuencia de los contactos sociales, un 59 % lo tenían varias veces por día, el 27 % con periodicidad diaria, el 8 % varias veces por semana y un 6 % de modo ocasional.

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes detectados, las tres cuartas partes (75 %) se inscriben en el grupo de la CIE 10 F40-48 que se corresponde con los *Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con stress, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos*. Le sigue a distancia (9 %) el grupo F30-39 (*Trastornos del estado de ánimo*).

La sintomatología encontrada se ha considerado mayoritariamente leve (56 % de los casos registrados), moderada en un 36 %, y solo un 8 % han presentado una situación de gravedad.

El incremento problemático del consumo de tóxicos durante la crisis fue del 4,5 % y los intentos de suicidio se dieron en un 4 %.

El nivel de autonomía postcrisis es completo para el 60 % de estas personas, un 31 % tienen autonomía para las AVD y un 9 % se evidencian como dependientes para las AVD.

DESCRIPCIÓN DE MUESTRA DE FAMILIARES EN DUELO POR COVID19 ATENDIDOS EN SALUD MENTAL ($n = 1.274$)

La edad media de esta muestra fue de 53,7 años ($DE = 16,1$) y el 76 % eran mujeres.

Los resultados de sus características de convivencia durante la crisis nos dicen que el 79,5 % ha convivido con alguna/s persona/s, y el 20,5 han estado solas. Al tiempo eran responsables de personas a su cargo un 38 % (22 % niños y niñas, 13 % mayores, y 3 % ambos grupos), y un 62 % no tenía cargas en ese sentido.

Aproximadamente la mitad (51 %) carecía de antecedentes de seguimiento en Salud Mental, y la otra mitad sí los tenía. En este segundo grupo predominan los antecedentes por Ansiedad/Depresión (77 %), frente a la Psicosis (5 %), mientras un 18 % tienen otros trastornos como antecedente. Al tiempo, un 30 % presentan comorbilidades asociadas, predominando la Hipertensión Arterial. La inmensa mayoría (95 %) son independientes para las actividades de la vida diaria.

En cuanto al apoyo social, el 94 % disponía de algún tipo de apoyo (el 89 % familiar, el 1 % de servicios sociales, el 4 % de ambos), mientras un 6 % no disponía del mismo. De estos, en un 2 % se estima que el apoyo era necesario y en el 4 % no se percibía como necesario. Asimismo, en relación a la frecuencia de los contactos sociales, un 63 % lo tenían varias veces por día, el 22 % con periodicidad diaria, el 9 % varias veces por semana y un 6 % de modo ocasional.

En cuanto a los diagnósticos más frecuentes detectados un 66 % se inscriben en el grupo de la CIE 10 F40-48 que se corresponde con los *Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con stress, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos*. En segundo lugar, 20 % el Duelo

por desaparición y muerte de familiar. En tercer lugar quedan los Trastornos del estado de ánimo (10%).

La sintomatología encontrada se ha considerado mayoritariamente leve (52% de los casos registrados), moderada en un 44%, y un 4% han presentado una situación de gravedad.

El incremento problemático del consumo de tóxicos durante la crisis se da también en el 5% y las ideaciones o intentos suicidas en un 3%.

El nivel de autonomía postcrisis es mejor que en pacientes, siendo completo para el 85% de los pacientes, un 13% son autónomos para las AVD y solo un 2% se evidencian como dependientes para las AVD.

TABLA 8

Descriptivo de las características de las poblaciones objeto de atención durante la pandemia

		Pacientes (n = 1.256)	Familiares (n = 1.274)	Profesionales (n = 1.923)
ANTECEDENTES SALUD MENTAL	0. No	59,4 %	51,3 %	59,5 %
	1. Sí	40,6 %	48,7 %	40,5 %
TIPO ANTECEDENTES	1. Ansiedad /Depresión	72,6 %	77,3 %	87,1 %
	2. Psicosis	7,6 %	5,1 %	1,0 %
	3. Otros	19,7 %	17,6 %	11,9 %
GRAVEDAD	1. Leve	55,6 %	52,0 %	52,4 %
	2. Moderada	36,4 %	43,8 %	44,2 %
	3. Grave	8,1 %	4,3 %	3,5 %
FUNCIÓN RELACIÓN	0. No deterioro	33,1 %	26,2 %	25,3 %
	1. Algo	45,6 %	52,5 %	52,7 %
	2. Bastante	18,7 %	17,7 %	21,2 %
	3. Completo	2,5 %	3,6 %	0,8 %
FUNCIÓN TRABAJO	0. No deterioro	31,3 %	33,0 %	17,0 %
	1. Algo	26,4 %	37,2 %	38,9 %
	2. Bastante	23,9 %	21,5 %	37,4 %
	3. Completo	18,3 %	8,3 %	6,6 %
FUNCIÓN SOCIAL	0. No deterioro	20,6 %	18,3 %	20,6 %
	1. Algo	49,7 %	53,4 %	52,6 %
	2. Bastante	24,6 %	26,1 %	25,7 %
	3. Completo	5,0 %	2,2 %	1,1 %
INTENTO SUICIDIO	0. No	96,1 %	97,1 %	98,7 %
	1. Sí	3,9 %	2,9 %	1,3 %

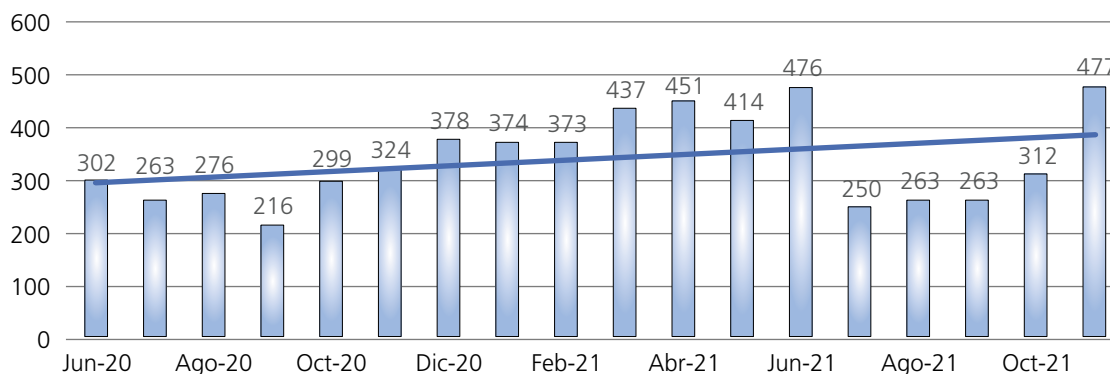
CITACIÓN ARSUIC DURANTE LA CRISIS COVID19

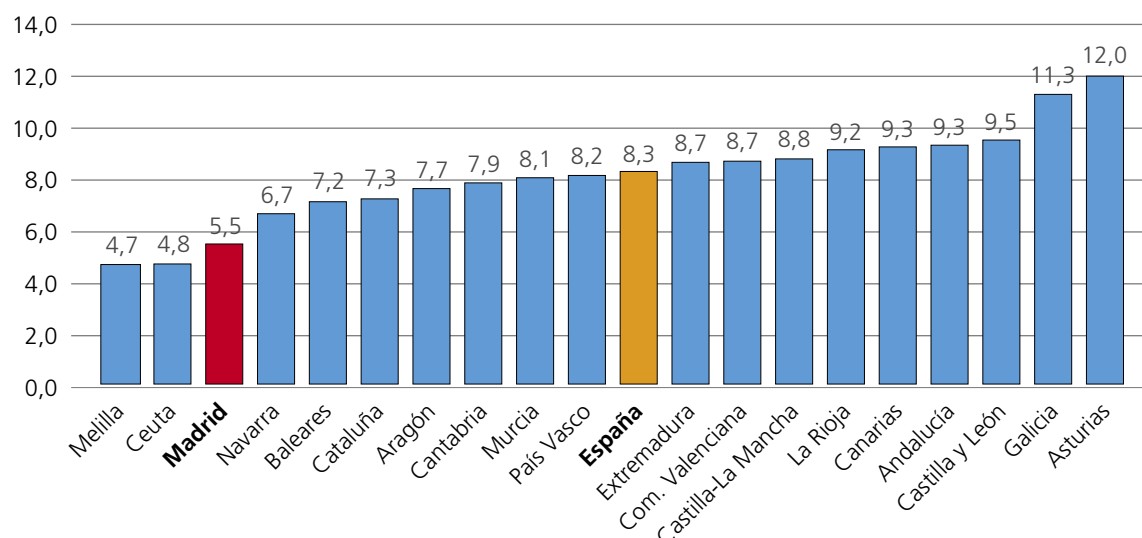
Figura 29. Número de pacientes con citación ARSUIC en el mes. Evolutivo entre junio de 2020 y octubre de 2021.

Durante el seguimiento del Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental por COVID19, se solicita información mensual a los centros sobre las citaciones ARSUIC, esto es, la citación precoz en menos de 7 días en su CSM de referencia a pacientes con riesgo de suicidio, atendidos por tentativa en Urgencias. Se produce un aumento progresivo desde octubre de 2020 de citación ARSUIC con descensos puntuales, manteniendo cifras altas, incluso con la bajada en la tasa de respuesta de los centros de los últimos meses. De hecho en el último mes de noviembre se alcanza el mayor aumento mensual respecto a lo esperado de todo el período de estudio, sin considerar los centros que no han remitido la información (en torno a un 20% menos que en año anterior). Respecto a la media mensual comparada con la esperable de 2018 (250 pacientes en los hospitales analizados), se observa un 37% de incremento medio mensual (mediana del 27%) en los meses de estudio, con un mes con citaciones menores a las esperables, y un incremento variable con tendencia al alza (figura 29). El mantenimiento en cifras elevadas en el último semestre incluso con el descenso descrito en la tasa de respuesta de los centros, junto con datos en la misma línea extraídos del seguimiento de los SIS, y de la demanda específica de atención relacionada con la conducta suicida de los adolescentes, nos permite hablar de un incremento significativo de la demanda de atención por intento de suicidio respecto a lo esperado. Este incremento respecto a la demanda esperada, se relaciona con la asistencia emergente en población adolescente con conducta suicida, atendida en las Urgencias de los hospitales.

TASA DE SUICIDIO 2020 Y SERIE TEMPORAL

En el año 2020 se producen en la Comunidad de Madrid 373 muertes por suicidio (258 en hombres y 115 en mujeres), siendo la primera causa de mortalidad por causas externas, al igual que en España. La evolución de este número durante los últimos años indica incrementos ligeros desde 2018 (desde 2019 en mujeres), después de descensos previos entre principios y mediados de la década pasada.

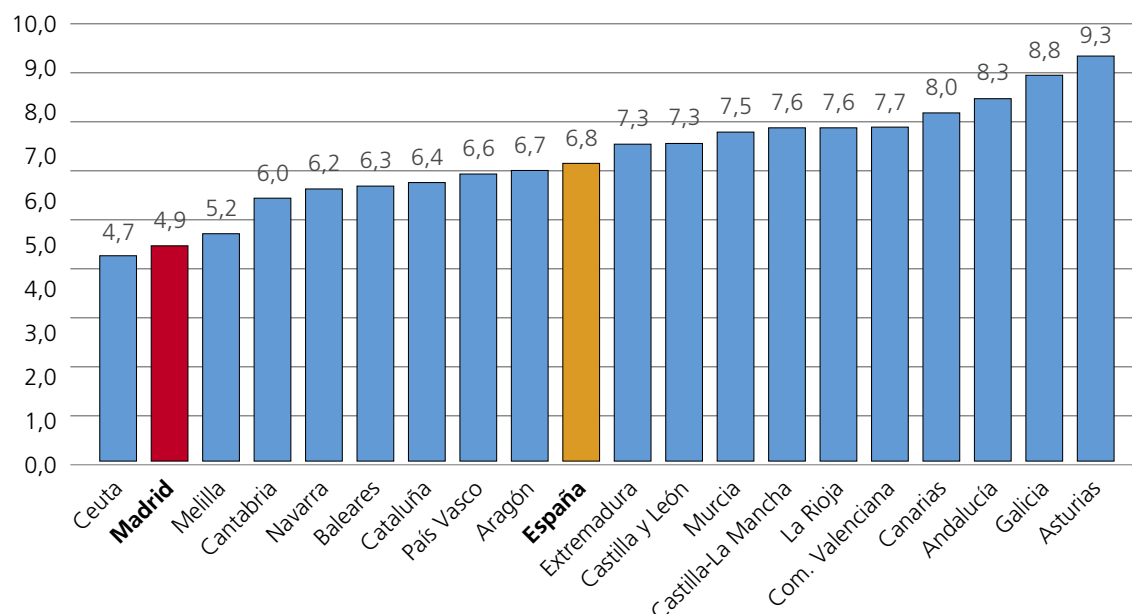
En este mismo año la tasa de suicidios de personas residentes en la Comunidad de Madrid fue de 5,5 por 100.000 habitantes. Como puede apreciarse en la figura 30, si exceptuamos a las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, Madrid sigue siendo la Comunidad con la tasa de suicidio consumado más baja de España.



FUENTE: INE Estadística por causa de muerte 2020 y Cifras de población residente por CC.AA. a 1/7/2020. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 30. Tasa de suicidio por 100.000 habitantes en España y en las Comunidades Autónomas en 2020.

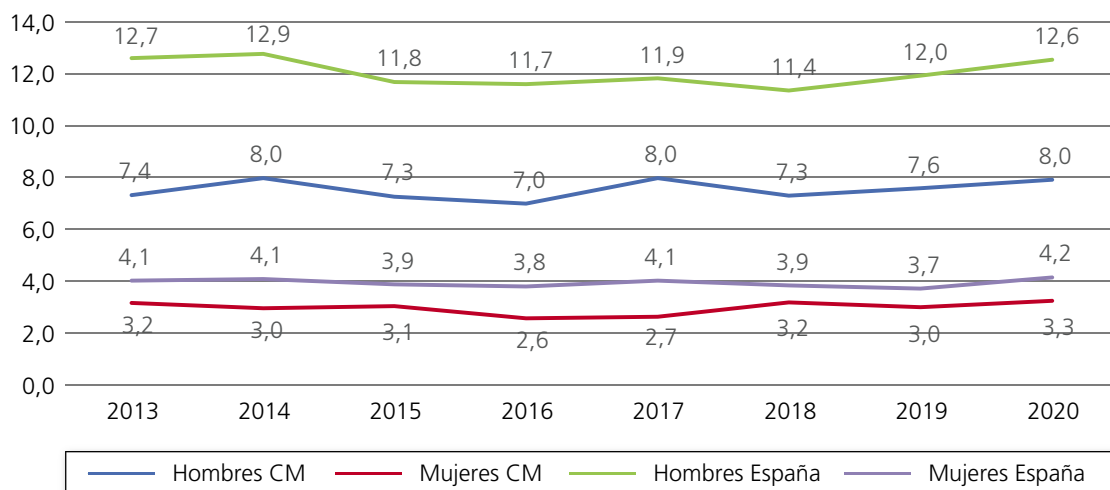
Con el fin de evitar el posible efecto confusor causado por la diferente estructura por edad en las comparaciones territoriales se calculan las tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio en 2020 para España y todas las CC.AA., mediante el método directo utilizando la población estándar europea como referencia. Al igual que sucedía al considerar las tasas brutas, la estandarización no cambia la interpretación de los resultados, ya que la CM presenta valores por debajo de los nacionales y de todas las CC.AA (figura 31).



FUENTE: INE Estadística por causa de muerte 2020 y Cifras de población residente por CC.AA. a 1/7/2020. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 31. Tasas de suicidio estandarizadas (método directo, población estándar europea) por 100.000 habitantes en España y en las Comunidades Autónomas en 2020.

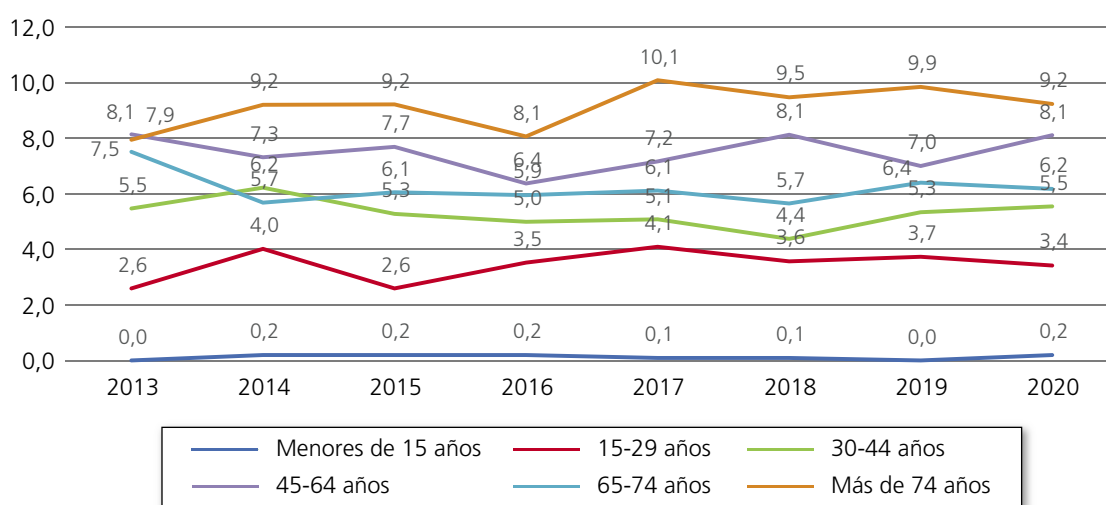
Respecto a la evolución de las tasas de suicidio durante los últimos años, no observamos en la CM cambios de tendencia importantes, ni para los hombres ni para las mujeres, permaneciendo en unos valores muy estables, superiores en todo caso para los varones. También es destacable que en comparación con España las tasas de suicidio presentan cifras siempre inferiores, con diferencias más marcadas en el caso de los hombres (figura 32).



FUENTE: INE Estadística por causa de muerte y Cifras de población residente. 2013-2020. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 32. Evolución de las tasas brutas de mortalidad por suicidio por 100.000 habitantes en la CM y en España. 2013-2020.

Si consideramos esta misma evolución en función de los grupos de edad, detectamos a los mayores de 74 años como el grupo con tasas más altas, aunque se observa un descenso en el último año. A continuación encontramos a los grupos de 45-64, 65-74, 30-44 y 15-29 años, sin un patrón de tendencia claramente definido en el período considerado (figura 33).



FUENTE: INE Estadística por causa de muerte y Cifras de población residente 2013-2020. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 33. Tasas específicas de suicidio por grupos de edad por 100.000 habitantes en la CM. 2013-2020.

2.1.3. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ADICCIONES EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En la Comunidad de Madrid, la información epidemiológica sobre las personas en tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en los centros de la red de atención a drogodependientes se recoge en el **Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD)**, que contiene datos individualizados de pacientes desde el año 1987. Este registro recoge las características sociodemográficas, los patrones de consumo y problemas asociados de pacientes en tratamiento ambulatorio por consumo de sustancias psicoactivas en los centros de la red de atención a drogodependientes de la Consejería de Sanidad y del Ayuntamiento de Madrid.

Asimismo, se han utilizado otras fuentes de información que recogen la situación epidemiológica de las Adicciones en la Comunidad de Madrid y son las siguientes:

- **ESTUDES. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias** cuyo objetivo es conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan Enseñanzas Secundarias. Su financiación y promoción corresponden a la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y cuentan con la colaboración de los Gobiernos de las Comunidades Autónomas.
- **EDADES. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España.** Se trata de una encuesta en población general residente en hogares (15-64 años), realizada en el domicilio. El responsable de la encuesta es el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS).
- **Urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas** forman parte de los indicadores básicos de consumo de drogas en la Comunidad de Madrid recogidos por la Dirección General de Salud Pública. Se trata de un estudio descriptivo de los episodios de urgencias hospitalarias por consumo de sustancias psicoactivas registrados en la Comunidad de Madrid en el año 2020. Se analizan los episodios presentados en pacientes de 14-64 años en 7 hospitales de la Comunidad de Madrid, en una semana de cada mes seleccionada al azar, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información sobre Drogas y Adicciones (SEIDA). Se recoge información de laboratorio de los hospitales incluidos en el indicador.
- **Mortalidad por reacción aguda a drogas.** Se incluyen los casos de muertes judiciales por reacción adversa al consumo de drogas en la Comunidad de Madrid. La información se recoge a partir de los informes de profesionales de la medicina forenses y del Instituto Nacional de Toxicología. Se trata de fallecidos en cuyos fluidos biológicos se detectan drogas psicoactivas (o sus metabolitos) y/o tienen otros antecedentes de consumo reciente de drogas (presencia de drogas o material de consumo junto al cadáver o en cavidades corporales externas, mención de consumo reciente por parte de familiares o amigos, etc.). Para recogerlas se sigue el protocolo del OED.

Las características de las personas en el **Registro Acumulativo de Drogodependientes (RAD)** de la Comunidad de Madrid en el año 2020 fueron las siguientes:

- ❖ El 78,7% de pacientes en tratamiento eran varones y la media de edad era de 41,7 años. El 57,1 % estaban solteros, no superando el nivel de estudios primarios un 41,2%.

El 38,8% de pacientes estaba en paro, un 37,7% tenían incidencias legales previas (20,7% con antecedentes de estancia en prisión) y un 3,9% vivían en un alojamiento precario o inestable.

- ❖ La edad media de inicio al consumo ha sido de 19,4 años, siendo más precoz en los hombres (19,1 años) que en las mujeres (20,5 años).
- ❖ El alcohol (27,9%), la cocaína (27,2%), la heroína (23,6%), y el cannabis (16,8%) son las principales sustancias por las que se recibe tratamiento. El 47,0% de pacientes consumen más de una sustancia (media de 1,7 sustancias consumidas por paciente). Se presentan diferencias por sexo en las sustancias con un mayor papel del alcohol en las mujeres y de los estimulantes en los hombres. También se presentan diferencias según la edad, con un mayor papel del cannabis en las personas más jóvenes, del alcohol en las más mayores y de los estimulantes y los opioides en las edades intermedias.
- ❖ La principal vía de administración de la sustancia por la que los pacientes reciben tratamiento ha sido la pulmonar o fumada (39,8%), seguida de la oral (30,2%). Un 4,2% utilizan la vía parenteral o inyectada.
- ❖ La duración media del consumo ha sido de 22,2 años (con alcohol la mayor, 29,1 años, seguidos por los opioides, 27,4 años).
- ❖ Aproximadamente un 17,3% de pacientes ha recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos, siendo la metadona la sustancia utilizada en la gran mayoría de los casos (98,5%). La media de edad al primer tratamiento con sustitutivos opiáceos ha sido de 33 años.
- ❖ Se dispone de información sobre la situación sanitaria en aproximadamente el 60% de las personas que realizaron tratamiento en 2020. De ellas un 13,0% eran VIH positivos y un 2,1% presentaban enfermedad tuberculosa. El 23,6% tenían marcadores serológicos de Hepatitis C, el 2,1% eran portadoras crónicas del virus de la Hepatitis B y un 4,4% tenía alguna ITS.
- ❖ Se ha registrado el fallecimiento de 129 pacientes, lo que supone el 0,6% del total de personas en tratamiento en 2020. El 77,5% eran hombres, un 48,8% estaba en paro, el 7,0% tenía un alojamiento precario o inestable y un 37,2% presentaban antecedentes de estancia en prisión. El 40% de las personas fallecidas se había inyectado alguna vez, de los que un 75,0% había compartido jeringuillas.
- ❖ Respecto a la droga principal por la que las personas se encuentran en tratamiento, en los últimos años se observa una disminución de la heroína y del cannabis y un ligero incremento de la cocaína y del alcohol.

Según la encuesta realizada para **ESTUDES** entre el alumnado de la Comunidad de Madrid en 2021, el perfil obtenido es de mujer (51,9%), con una media de edad de 15,8 años (mediana 16 años) y principalmente de nacionalidad española (88,6%). El 27,3% visitan en internet páginas solo para adultos (de violencia, sexo, etc.) al menos un día a la semana, con importantes diferencias por sexo (48,8% de los chicos y 7,8% de las chicas). Las principales drogas consumidas por los/las estudiantes de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid en los últimos 30 días (consumo actual) han sido el alcohol (50,5%), el tabaco (25,9%), el

cannabis (14,5%) y los hipnosedantes (8,0%) y los hipnosedantes sin receta (3,6%). En cuanto al consumo diario, destaca el tabaco (10,2%). El análisis del consumo de las diferentes sustancias en función del sexo revela diferencias importantes; las chicas presentan un mayor consumo de sustancias legales y cannabis (tabaco, alcohol e hipnosedantes), mientras que los chicos consumen en mayor medida el resto de las sustancias ilegales. Son las sustancias de mayor prevalencia, tabaco, hipnosedantes y alcohol, las que presenta una edad media de inicio más precoz alrededor de los 14 años.

El **alcohol** es la sustancia más consumida por los/las estudiantes madrileños de 14 a 18 años. El 72,0% ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida, el 68,4% en el último año y el 50,5% en el último mes.

El consumo de alcohol es superior en las mujeres que en los hombres con diferencias significativas, excepto para el consumo a diario, y aumenta con la edad (tabla 9).

TABLA 9

*Prevalencia (en %) de consumo de alcohol por sexo y por edad.
Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021*

	Hombre	Mujer	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alguna vez en la vida	67,9	75,7	54,6	63,3	74,9	84,6	85,5
Últimos 12 meses	64,2	72,3	51,1	59,9	71,0	81,1	82,7
Últimos 30 días	47,6	53,1	29,9	42,0	51,4	64,7	73,4
A diario	0,6	1,1	0,2	0,6	1,0	1,0	2,2

La incidencia anual de consumo de alcohol ha sido del 19,2%, estimándose que al menos 45.634 estudiantes de enseñanzas secundarias de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid, iniciaron dicho consumo en el último año.

El 44,9% de los jóvenes madrileños reconocieron haberse emborrachado alguna vez en su vida, un 35,9% se emborrachó en los últimos 12 meses y un 21,0% lo hizo en los últimos 30 días. El promedio de edad en el que los estudiantes madrileños de 14 a 18 años refieren su primera borrachera se sitúa en los 14,6 años, sin diferencias por sexo y similar a la media nacional (14,7 años).

Respecto al **tabaco**, el 39,5% de los estudiantes madrileños han fumado tabaco alguna vez en la vida, el 31,6% lo ha hecho en el último año y el 25,9% en el último mes. La edad media de inicio de tabaco en ambos sexos es a los 14,7 años de edad. El 10,2% de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años fuma a diario.

El consumo de tabaco es superior en las mujeres para todos los indicadores y se incrementa con la edad. Los/as alumnos/as que fuman a diario consumen una media de 5,8 cigarrillos al día. Esta cantidad es superior en hombres (6,3 cigarrillos/día) que en mujeres (5,5 cigarrillos/día) y mayor a los 15 años (7,0 cigarrillos/día).

Se estima una incidencia anual de consumo de tabaco del 9,7%, lo que supone unos 23.468 estudiantes madrileños de 14 a 18 años. La incidencia es mayor en mujeres (10,6%) que en hombres (8,6%) y disminuye con la edad, sobre todo a los 18 años.

Respecto a las drogas ilegales, el **cannabis** es la más consumida entre los estudiantes de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid. El 27,8% ha consumido esta sustancia en alguna ocasión, el 21,8% la ha consumido en el último año y el 14,5% en el último mes.

El consumo de cannabis es mayor en mujeres que en hombres, excepto en el consumo diario en el último mes, por haber descendido sobre todo en hombres el consumo (tabla 10). El consumo aumenta con la edad sobre todo entre los 16 y los 17 años.

TABLA 10

*Prevalencia (en%) de consumo de alcohol por sexo
Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021*

	Hombre	Mujer
Alguna vez en la vida	26,1	29,4
Últimos 12 meses	20,2	23,3
Últimos 30 días	13,6	15,4
A diario	1,9	1,8

La incidencia del consumo de cannabis estimada es del 8,7% lo que supone que unos 21.054 estudiantes iniciaron su consumo en el último año. La incidencia es superior en chicas (10,2%) que en chicos (7,0%), aumentando con la edad hasta los 16 años en que es máxima (17,3%).

En cuanto al tipo de consumo, el 30,6% de los estudiantes que habían consumido cannabis en el último mes consumieron principalmente marihuana, mientras que el 31,9% consumió hachís y el 37,6% ambos tipos de cannabis.

El consumo problemático de cannabis se ha medido mediante la escala CAST (*Cannabis Abuse Screening Test*) que consiste en 6 preguntas que buscan identificar patrones o conductas de riesgo asociadas al consumo de cannabis en el último año. La prevalencia de consumo problemático de cannabis entre los estudiantes de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid que han consumido cannabis en los últimos 12 meses ha sido de 19,3%. Se estima que 7.947 estudiantes madrileños de 14 a 18 años realizan un consumo problemático de cannabis. Entre los consumidores problemáticos de cannabis, el 57,2% son mujeres. El 58,5% consumen ambos tipos de cannabis (hierba y resina) y el 99,0% lo ha mezclado con el tabaco.

La prevalencia de consumo alguna vez en la vida de **hipnosedantes** por los estudiantes madrileños de educación secundaria ha sido del 20,9%, siendo del 14,6% la prevalencia de consumo en el último año y del 8% en el último mes.

Respecto al consumo de hipnosedantes sin prescripción médica, las prevalencias han sido del 10,6%, del 7,7% y del 3,6% para el consumo alguna vez en la vida, en el último año y en el último mes respectivamente.

La edad media de inicio al consumo ha sido de 14 años para los hipnosedantes y de 14,3 años para los hipnosedantes sin prescripción médica.

El consumo de hipnosedantes (con o sin prescripción médica) es superior en las mujeres y aumenta con la edad (tabla 11 y figura 34).

TABLA 11

Prevalencia de consumo de hipnosedantes por edad. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021

	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alguna vez en la vida	17,4	19,3	20,1	25,2	23,7
Últimos 12 meses	12,6	14	13,7	17,3	15,8
Últimos 30 días	7,8	6,7	7,9	9,2	9,6
A diario	4	3,4	3,7	4,6	3,5

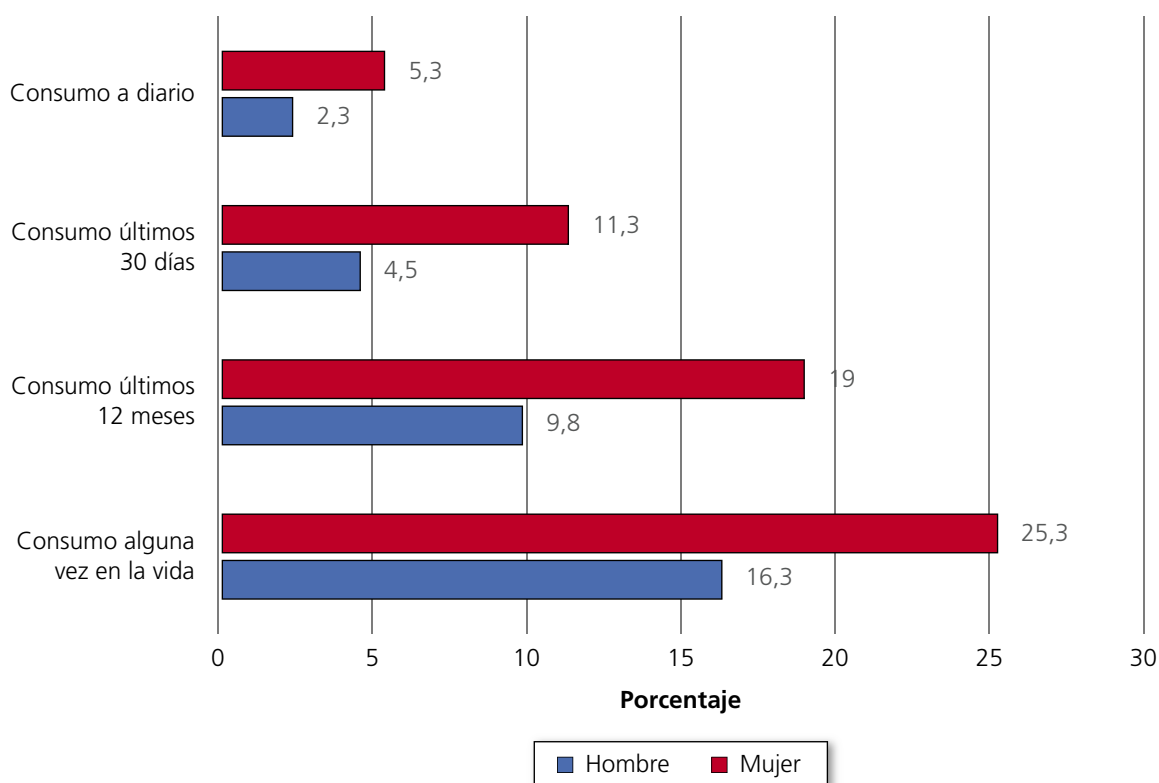


Figura 34. Prevalencia de consumo de hipnosedantes por sexo. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021.

El 2,4% de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años refiere haber consumido **cocaína** en alguna ocasión, un 2,3% en el último año y un 0,5% en el último mes. El tipo de cocaína más consumido por los estudiantes madrileños es la cocaína en polvo, cuya prevalencia de consumo alguna vez en la vida ha sido de 2,3%, en los últimos 12 meses del 2,1% y en los últimos 30 días del 0,5%. En cuanto a la cocaína base, el 0,8% de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años la han probado, el 0,7% la consumió en los últimos 12 meses y el 0% en los últimos 30 días.

La incidencia de consumo de cocaína (base y/o polvo) ha sido del 1,5%, estimándose que unos 3.657 alumnos/as iniciaron su consumo en el último año.

El 4% de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años han consumido éxtasis alguna vez en la vida, un 2,3% lo han consumido en el último año y un 0,9% en el último mes. El consumo de éxtasis es mayor en mujeres que en hombres y aumenta con la edad (tabla 12), siendo los 17 años la edad de mayor consumo.

TABLA 12

Prevalencia de consumo de éxtasis. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021

	Hombre	Mujer	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Alguna vez en la vida	3,3	4,7	1,5	3,4	2,8	7,6	4,8
Últimos 12 meses	1,6	3	1	2,5	1,5	3,8	2,8
Últimos 30 días	0,7	1	0	0,9	0,6	1,7	0,7

El 1,2% de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años han consumido **anfetaminas o speed** alguna vez en la vida, un 0,7% lo han hecho en el último año y un 0,2% en el último mes. La prevalencia de consumo de estas sustancias es similar en chicos que en chicas (tabla 13 y figura 35). La edad media de inicio al consumo ha sido de 15,3 años, sin diferencias por sexo

TABLA 13

Prevalencia de consumo de anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles según sexo alguna vez en la vida. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021

	Hombre	Mujer
Anfetaminas	1,2	1,2
Alucinógenos	2,1	1,2
Inhalables volátiles	2,0	3,2

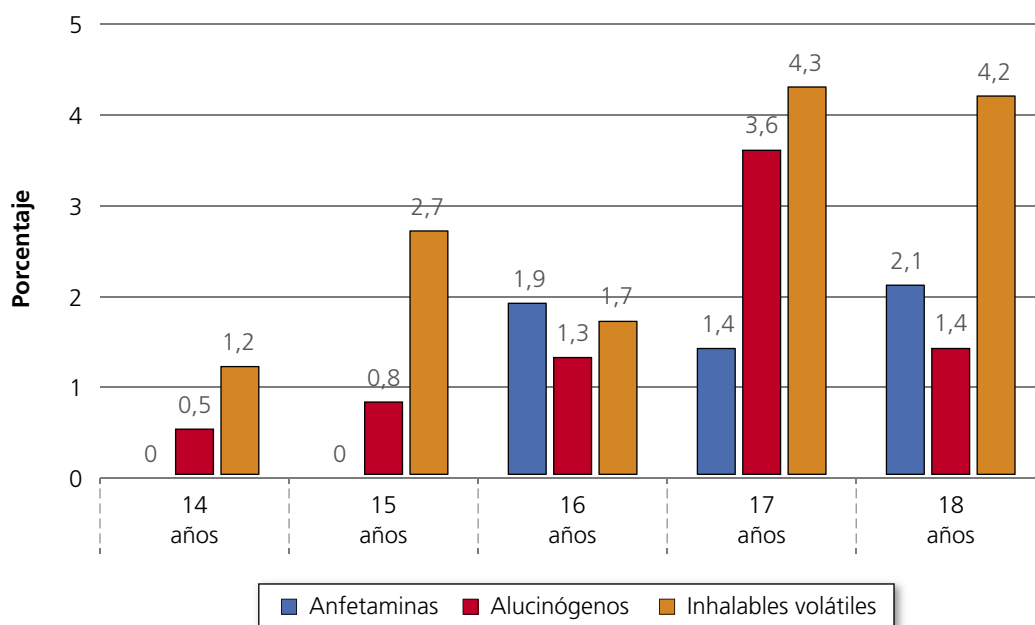


Figura 35. Prevalencia de consumo de anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles según edad alguna vez en la vida. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021.

El 1,6% de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años han consumido **alucinógenos** alguna vez en la vida, un 0,7% lo han hecho en el último año y un 0,2% en el último mes. El consumo de alucinógenos es superior en hombres que en mujeres y aumenta con la edad (tabla 13 y figura 35). La edad media de inicio al consumo ha sido de 15,5 años, sin diferencias por sexo.

El 2,6% de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años han consumido **inhalables volátiles** alguna vez en la vida, un 1,6% lo han hecho en el último año y un 0,5% en el último mes. La prevalencia es superior en chicos y aumenta con la edad (tabla 13 y figura 35). La edad media de inicio al consumo ha sido de 15 años.

El consumo de **heroína** en el alumnado de 14 a 18 años de la Comunidad de Madrid es muy bajo. Así, un 0,3% de los encuestados refiere haber consumido heroína en alguna ocasión, un 0,2% lo consumieron en el último año y un 0,1% en el último mes.

El 0,3% de los encuestados han consumido **GHB (éxtasis líquido)** alguna vez en la vida, un 0,2% lo han consumido en el último año y un 0% en el último mes.

En la Comunidad de Madrid, la percepción de riesgo relacionado con el consumo de drogas está generalizada entre los estudiantes cuando se hace referencia al consumo habitual de sustancias. Así, la mayoría de los estudiantes piensan que consumir estas sustancias una vez por semana o más, puede ocasionar bastantes o muchos problemas. Sin embargo, cuando se aborda el consumo esporádico de estas sustancias (alguna vez), la percepción de riesgo disminuye.

En lo relativo al **uso de internet**, en esta encuesta se han incluido una serie de preguntas respecto al uso de internet chateando, mandando o recibiendo e-mails, WhatsApp, usando redes sociales, jugando con o sin dinero, escuchando o descargando música, viendo o des-

cargando vídeos, etc. Se ha utilizado la escala CIUS (*Compulsive Internet Use Scale*) para valorar el uso compulsivo de internet. Esta escala está compuesta por 14 preguntas que se puntúan de 0 a 4 (de nunca a muy frecuentemente), con un valor máximo de 56 puntos.

El 57,2% de los encuestados reconocen que en su entorno personal (familiares o amigos) les han comentado alguna vez que deberían pasar menos tiempo conectados a internet. En esta línea, se observa que el 57,4% ha pensado al menos alguna vez que debería usar menos internet. Un 36,8% ha intentado pasar menos tiempo en internet sin conseguirlo, el 67,0% admiten que les ha resultado difícil dejar de usar internet cuando estaban conectados y el 53,5% de los encuestados afirma que han seguido conectados a internet a pesar de querer parar. El 37,2% reconoce que al menos alguna vez han descuidado sus obligaciones por conectarse y un 48,4% que alguna vez han dormido menos por estar conectado.

Para estimar el riesgo de posible uso compulsivo de internet se ha utilizado como punto de corte de la escala CIUS los 28 puntos. Según esto, la prevalencia estimada de posible uso compulsivo de internet en los estudiantes madrileños de 14 a 18 años ha sido del 23,6%, mayor en mujeres (28,5%) que en hombres (18,4%) (tabla 14 y figura 36).

TABLA 14

Uso compulsivo de internet según sexo. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2014-2021

	Total	Hombre	Mujer	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
2014	18,0	14,8	21,3	17,6	18,5	19,2	16,2	19,8
2016	25,6	22,6	28,5	21,5	26,9	27,8	25,3	28,8
2018	20,2	16,0	24,3	19,4	19,5	19,0	21,5	23,4
2021	23,6	18,4	28,5	21,0	23,4	24,4	24,9	22,0

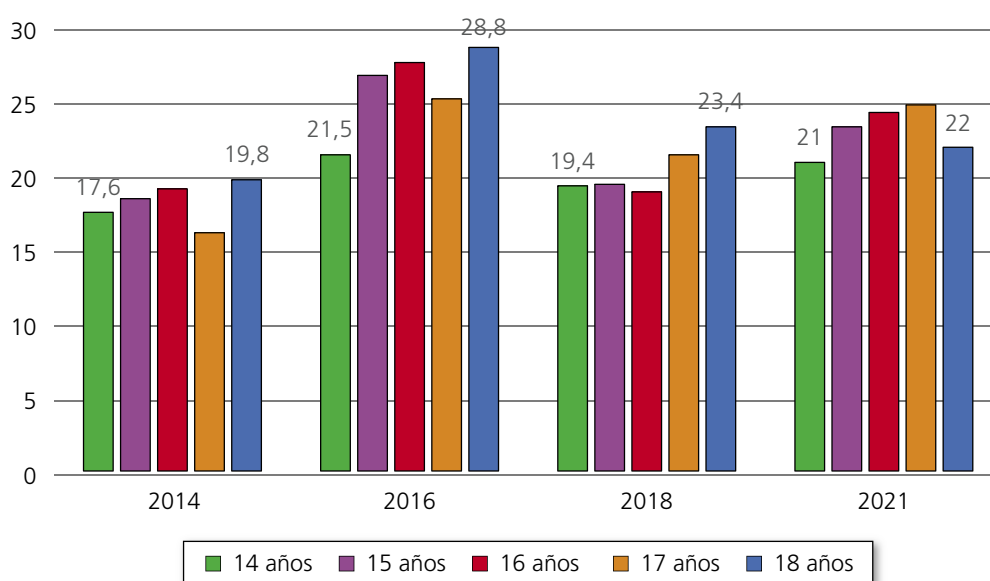


Figura 36. Uso compulsivo de internet según edad. Comunidad de Madrid. ESTUDES 2014-2021.

Respecto al **juego con dinero**, la prevalencia de juego con dinero *online* ha sido del 8,8 % y del 15,1 % la del juego presencial. La prevalencia de juego con dinero es mayor en los chicos que en las chicas y aumenta con la edad (tabla 15). La edad de inicio al juego con dinero fue de 14,9 años para el juego con dinero a través de internet y de 14,5 años para el juego con dinero presencial.

TABLA 15

*Prevalencia de juego con dinero (online y presencial) según sexo y edad.
Comunidad de Madrid. ESTUDES 2021*

	Hombre	Mujer	14 años	15 años	16 años	17 años	18 años
Juego con dinero <i>online</i>	13,0	3,8	7,1	6,8	8,3	9,8	19,5
Juego con dinero presencial	20,1	10,6	10,3	13,3	13,6	17,1	33,5

La prevalencia de uso de **videojuegos** en los últimos 12 meses, en los estudiantes madrileños de 14 a 18 años ha sido del 83,5 %. Un 20,4 % juega a diario. El 45,2 % ha jugado a eSports o deportes electrónicos y un 34,3 % ha participado como espectador en eSports. Se ha estimado la prevalencia de juego problemático de videojuegos, mediante el criterio del DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), considerándose para aquellos jugadores que presentan una puntuación mayor o igual a 5 puntos. Se estima que el 6,5 % de los estudiantes madrileños de 14 a 18 años presentan un juego problemático con videojuegos, siendo superior en los hombres (10,2 %) que en las mujeres (3,0 %). La mayor prevalencia se da en los chicos de 14 años (8,6 %).

La encuesta de **EDADES** realizada en 2019 recoge información de 1.698 casos de la Comunidad de Madrid. A continuación se presenta la información más relevante de los resultados de esta encuesta. Se observan diferencias por sexo en el consumo de sustancias, mostrando en general los hombres prevalencias de consumo más elevadas que las mujeres. Las mujeres presentan un mayor consumo de hipnosedantes y de analgésicos opioides. El consumo de drogas ilegales se asocia a las edades más jóvenes. Además se observa que las generaciones más jóvenes se han iniciado antes en el consumo de todas las sustancias estudiadas. Se presenta un importante patrón de policonsumo, ya que el 42,2 % de los encuestados había consumido más de una sustancia en el último año. Los policonsumidores presentan una mayor prevalencia de consumos de riesgo.

El **alcohol** es la sustancia más consumida por la población madrileña de 15-64 años, con una prevalencia de consumo en el último mes del 65,0 % (figura 37). La edad media de inicio al consumo de alcohol ha sido de 17,0 años (figura 38) y más precoz en hombres que en mujeres. La bebida más consumida en los últimos 7 días ha sido la cerveza (88,0 %), con una media de 4,8 vasos.

El 4 % de la población madrileña de 15 a 64 años realiza un **consumo de riesgo de alcohol**. El consumo de riesgo es superior en varones (6,1 %) que en mujeres (2 %). En los varones en los grupos de mayor edad y en las mujeres en los grupos de edad más jóvenes. La prevalencia de borracheras en el último año en el grupo de edad de 15 a 24 años ha sido del 36,9 %. La ingesta de 6 o más copas en la misma ocasión en el plazo de 2 horas (*binge drinking*) en los 30 días previos a la encuesta, fue referida por el 15,6 % (20,7 % en hombres y 10,7 % de las mujeres).

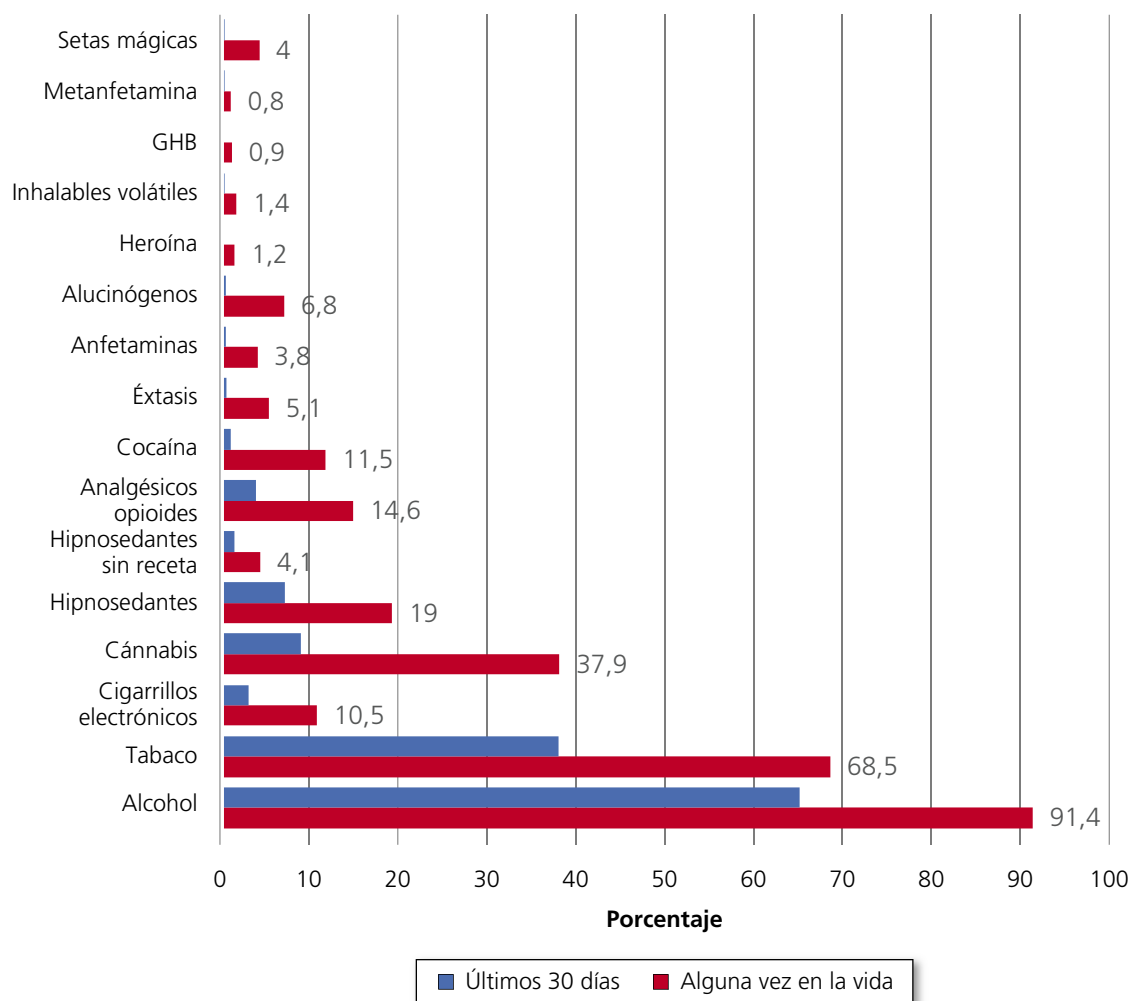


Figura 37. Prevalencia de consumo de sustancias. EDADES 2019.

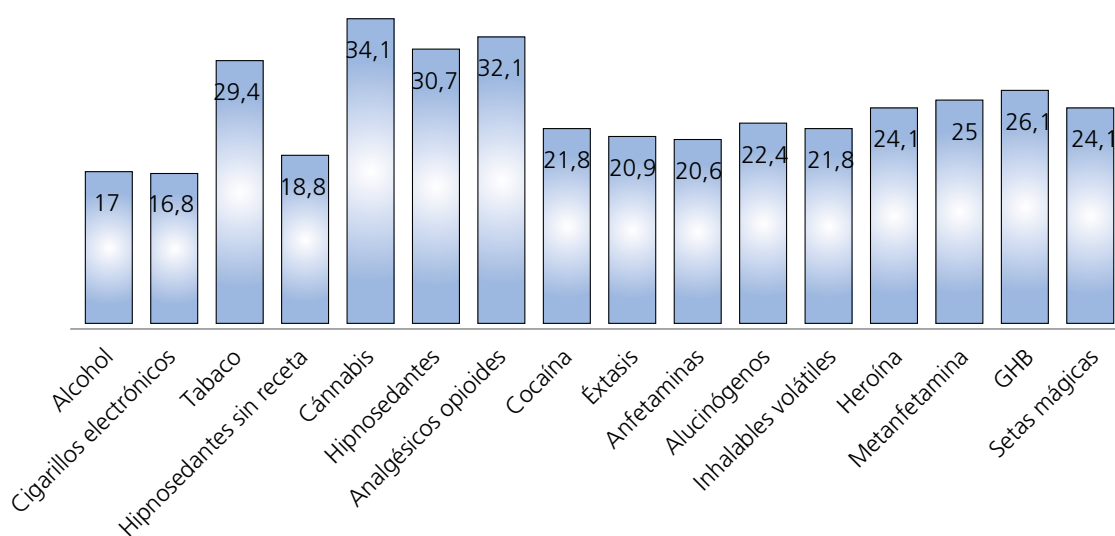


Figura 38. Edad media de inicio al consumo de sustancias. EDADES 2019.

El **tabaco** es la sustancia que más se consume a diario (33,2%), presentando la edad de inicio más precoz (16,8 años) (figura 38). La mayoría de los fumadores consume cigarrillos de cajetilla (87,8%). El número medio de cigarrillos/día fumados en el último mes ha sido de 11,3; similar tanto para hombres como para mujeres, y mayor en el grupo de edad de 45-54 años. En el grupo de edad de 35-44 años las mujeres presentan una media de cigarrillos diarios superior a los hombres. El 58,6% de los fumadores se ha planteado alguna vez dejar de fumar y un 40,3% lo ha intentado. El 10,5% de los encuestados ha fumado cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida, utilizando un cartucho con nicotina el 79,3%. El 48,8% utiliza los cigarrillos electrónicos para dejar de fumar.

El **cannabis** es la sustancia ilegal más consumida, con una prevalencia de consumo en el último mes del 8,7% (figura 37). La edad media de inicio es de 18,8 años (figura 38). Mayor consumo en hombres y en el grupo de edad de 25 a 34 años. El tipo de cannabis consumido con mayor frecuencia es la marihuana en forma de porro o canuto. El número medio de porros fumados en el mismo día ha sido de 2,7. Asimismo, el 20,7% de los que lo habían consumido en el último año realizaban un consumo problemático (32,2% en el grupo de 35-44 años, y 27,2% en el grupo de 55-64 años); observándose que solo el 0,6% refiere haber iniciado tratamiento en los últimos doce meses.

El 14,6% de la población madrileña de 15 a 64 años ha consumido alguna vez **analgésicos opioides** (3,6% en el último mes, figura 37), siendo el tramadol y la codeína los más consumidos. La mayoría ha utilizado correctamente estos medicamentos bajo prescripción médica.

Respecto a los **hipnosedantes**, la edad media de inicio al consumo ha sido de 34,1 años (figura 38). Las mujeres presentan un mayor consumo que los hombres y el mayor consumo se registra en el grupo de edad de 45-64 años. En relación a **hipnosedantes sin prescripción médica**, la edad media de inicio al consumo ha sido de 30,7 años (figura 38). Las mujeres presentan un mayor consumo que los hombres y el mayor consumo se registra en el grupo de edad de 35-44 años.

La **cocaína** es la segunda sustancia psicoactiva de comercio ilegal más consumida en la Comunidad de Madrid, tras el cannabis. La edad media de inicio al consumo es a los 21,9 años (figura 38) y más precoz en los hombres que en las mujeres. El mayor consumo se presenta en el grupo de edad de 35-44 años.

La prevalencia de consumo en el último año del **resto de drogas** (anfetaminas, alucinógenos, heroína, inhalables volátiles, éxtasis, GHB, metanfetamina y setas mágicas) es inferior al 1% (figura 37). El 1,8% de los encuestados refiere haberse inyectado alguna vez heroína, cocaína u otras drogas ilegales.

El 1,5% de la población madrileña de 15-64 años ha probado las **nuevas sustancias** (ketamina, spice, mefedrona, salvia, ayahuasca, etc.) (figura 37).

Policonsumo: el 42,2% de los encuestados había consumido más de una sustancia (legal o ilegal) en el último año; solo el 16,8% no había consumido ninguna sustancia (figura 39). El 1,8% de los encuestados había consumido más de una sustancia ilegal en el último año. Los policonsumidores presentan una mayor prevalencia de consumos de riesgo, que se incrementa con el número de sustancias consumidas.

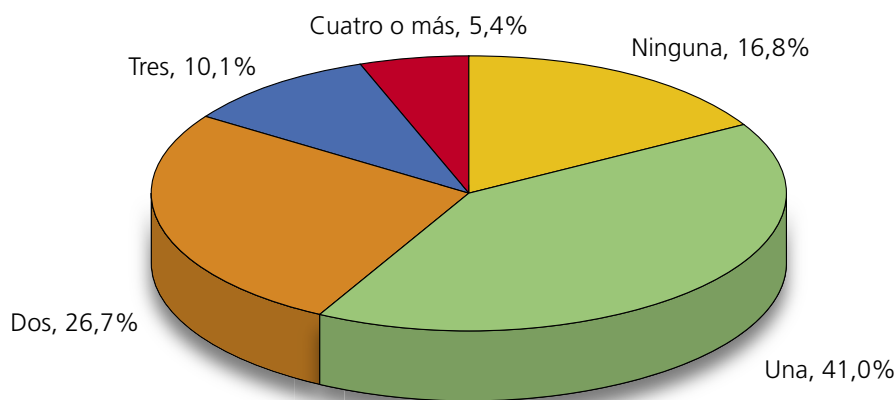


Figura 39. Número de sustancias consumidas en el último año. EDADES 2019.

La prevalencia de **uso compulsivo de internet** ha sido del 5,2% para la población madrileña de 15-64 años, siendo más frecuente en hombres; los hombres de 15 a 24 años es el grupo de población que registra la mayor prevalencia (11,3%).

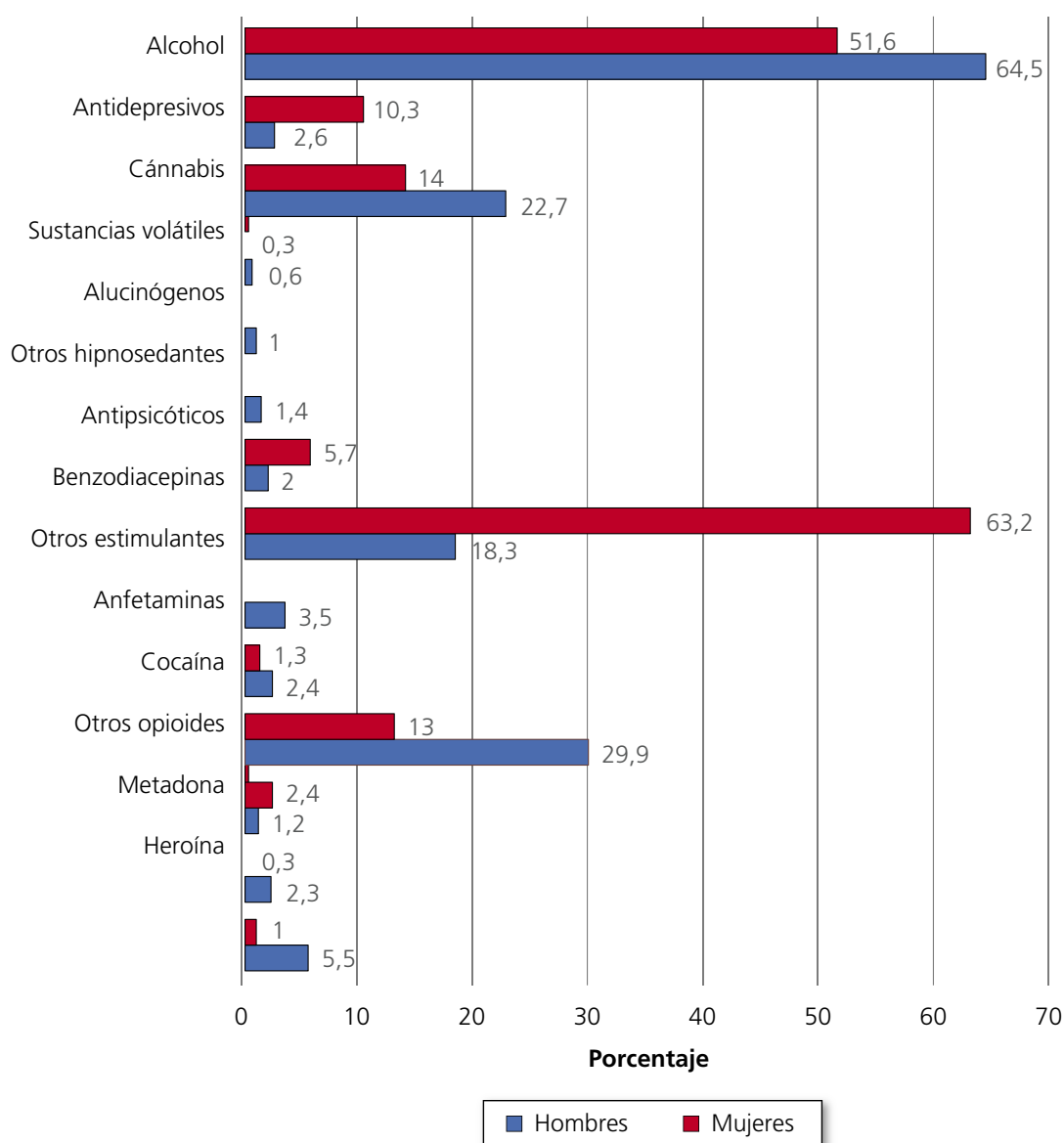
La prevalencia de **juego problemático de dinero** en el último año en los que han jugado ha sido del 4,2%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (5,4 vs 3,0).

Según la información recogida en las **URGENCIAS HOSPITALARIAS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS** en 2020 se registraron 1.026. El 63,9% eran hombres y la media de edad fue de 39,4 años. El principal diagnóstico fue de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (90,2%); un 11,9% requirió ingreso hospitalario y el 32,7% tenían antecedentes de patología mental.

Las principales sustancias relacionadas con el episodio de urgencias fueron el alcohol (59,8%), las benzodiacepinas (34,5%), la cocaína (23,8%) y el cannabis (19,6%) y observándose diferencias por sexo y edad en las sustancias consumidas (figura 40).

El 42,0% de los episodios se relacionaron con más de una sustancia y en el 0,3% se utilizó la vía parenteral o inyectada en la administración de la sustancia. En el 33,7% de los episodios el alcohol fue la única sustancia relacionada con la urgencia, presentando dichos episodios una media de edad mayor (43,5 años), un menor porcentaje de mujeres (30,6%) y de antecedentes de patología mental (14,7%).

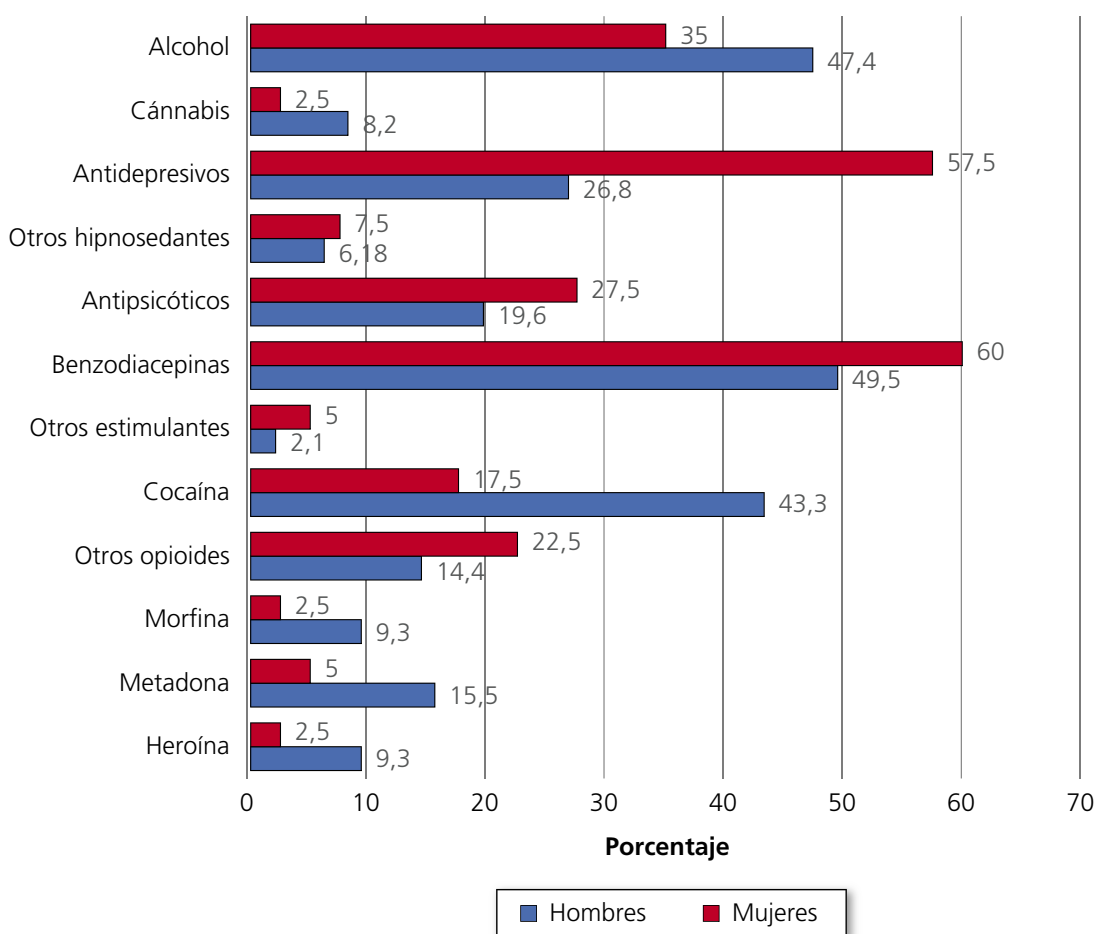
La *mortalidad por reacción aguda a drogas* es otro indicador de consumo problemático de drogas informado por la Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. En el año 2020 se registraron 137 fallecimientos por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid. El 70,8% de los fallecidos eran hombres, la edad media fue de 47,2 años y el 57,6% estaban solteros. En el 71,6% de los casos el fallecimiento se produjo en el domicilio y en el 0,7% había signos recientes de venopunción en el cadáver. En el 31,4% de los fallecidos se encontraron evidencias de suicidio, con diferencias por sexo. Se detecta una media de 3,2 sustancias por sujeto. La principal sustancia psicoactiva ilegal detectada fue la cocaína (35,8%). En el 11,4% de los fallecidos se detectó



NOTA: Un sujeto puede haber consumido más de una droga del mismo grupo. Los porcentajes se realizan sobre el total de episodios (656 en hombres y 370 en mujeres).

Figura 40. Distribución de las sustancias psicoactivas relacionadas con la urgencia hospitalaria por sexo Comunidad de Madrid, 2020.

metadona y en el 6,6% cannabís. El alcohol se detectó en el 43,8% de los fallecidos, encontrándose solo esta sustancia en el 13,9% de los casos. Se presentan diferencias por sexo y por edad en las sustancias detectadas. Las mujeres presentan un mayor porcentaje de hipnosedantes y antidepresivos (figura 41). La detección de cannabís y alcohol predomina en los menores de 45 años, los estimulantes en el grupo de 35 a 44 años y los hipnosedantes, opioides y antidepresivos en los mayores de 54 años.



NOTA: Un sujeto puede haber consumido más de una sustancia del mismo grupo. Los porcentajes se realizan sobre el total de fallecidos (hombres = 97 y mujeres = 40).

Figura 41. Distribución de la mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas por sexo. Comunidad de Madrid, 2020.

2.2. RECURSOS ACTUALES DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL Y ADICCIONES

La red de recursos del Servicio Madrileño de Salud incluye un conjunto de dispositivos asistenciales en Salud Mental a los que desde 2019, por el Decreto 308/2019, se adscriben en cuanto a gestión y coordinación centralizada desde la Oficina, los propios de la red asistencial de atención a las Adicciones.

Los dispositivos de Salud Mental forman parte de una red integrada, de modo que se puedan llevar a cabo los mecanismos de coordinación que faciliten los flujos de pacientes entre las distintas unidades y programas, tanto los ambulatorios como los de hospitalización parcial y completa. Asimismo, los dispositivos de atención a las personas con trastornos adictivos forman también una red integrada que permite el flujo coordinado de pacientes en diferentes dispositivos, que se diferencian en tres ámbitos según el objetivo de actuación:

en primer lugar, el tratamiento de desintoxicación y deshabituación, en segundo lugar la reinserción y, en tercer lugar, los cuidados socio-sanitarios a la población con trastornos adictivos. La relación actual de las dos redes es heterogénea, con diferente grado de coordinación a nivel local, y sí un trabajo conjunto a nivel estratégico de la Oficina, con un Área específica de Adicciones.

La entrada de pacientes en el circuito asistencial se produce normalmente a través del nivel de atención primaria, si bien los centros de tratamiento de adicciones tienen acceso directo. Dado que nos encontramos en un proceso de integración, también se va a cambiar la denominación de los centros asistenciales de adicciones, modificando la actual, CAID (Centro de Atención Integral a las drogodependencias), por la de Centros de Tratamiento de Adicciones (CAT) de forma progresiva.

A continuación vamos a relacionar los dispositivos asistenciales de salud mental y de adicciones del Servicio Madrileño de Salud de manera conjunta, en base a la idea de atención en unidades asistenciales funcionales de proximidad de pacientes, con el esquema actualizado de la red de salud mental y adicciones.

Unidad asistencial

- ☐ Centros de Salud Mental con equipo de atención a adultos y equipo de atención infanto-juvenil.
- ☐ Unidades de Hospitalización Breve de adultos.
- ☐ Urgencias psiquiátricas.

Compartidos por varias unidades asistenciales

Atención en Salud Mental a Adultos

- ☐ Hospital de Día de Salud Mental de adultos.
- ☐ Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación –UHTR (Media Estancia).
- ☐ Unidad de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad.
- ☐ Unidades hospitalarias de Cuidados Prolongados –UCPP (Larga Estancia).

Atención en Salud Mental en la infancia y adolescencia

- ☐ Unidades de Hospitalización Breve infantojuveniles.
- ☐ Hospitales de Día de Salud Mental/Centros Educativos Terapéuticos (CET) de niños/as y de adolescentes.
- ☐ Unidad de Media Estancia de Salud Mental de Adolescentes.

Atención específica a las personas con trastornos Adictivos

- ❑ Centros de Atención Integral a Drogodependientes/Centros de Tratamiento de Adicciones (CAID/CTA) Atención ambulatoria para adultos y centro específico para adolescentes y jóvenes hasta 25 años (Los Mesejo).
- ❑ Centros de día de adicciones en unidades hospitalarias.
- ❑ Unidades de Hospitalización para desintoxicación.
- ❑ Unidades de hospitalización de deshabituación (adultos y adolescentes).
- ❑ Unidades para la atención a personas con problemas de alcohol.
- ❑ Unidades para la atención a personas con juego patológico/ludopatía.
- ❑ Servicio Móvil de Adicciones.

Unidades específicas de Salud Mental con tratamiento ambulatorio y/o hospitalización

- ❑ Unidades de Atención a personas con Trastorno de la Conducta alimentaria:
 - Clínicas TCA.
 - Hospitales de Día de TCA (adultos e infanto-juveniles).
 - Unidad de Media Estancia de TCA (de adultos y de adolescentes).
- ❑ Unidades de atención a personas con Trastorno de la Personalidad Graves (TPG):
 - Hospitales de Día de TP.
 - Comunidad terapéutica de TP (Unidades de hospitalización TP).

Unidades de Referencia Regional

- ❑ ECASAM (Equipo de Calle de Salud Mental).
- ❑ SESM-DI (Servicio de Salud Mental para personas con Discapacidad intelectual).
- ❑ Programas específicos para el Trastorno del Espectro Autista: AMI-TEA y Diagnóstico complejo TEA.
- ❑ Programa ATIENDE (Violencia de Género mujeres y menores).
- ❑ Unidad de Valoración y Orientación del Personal Sanitario Enfermo (UVOPSE) con el Programa de Atención Integral al Profesional Sanitario Enfermo (PAIPSE).
- ❑ Unidad de Daño Psíquico.
- ❑ Unidad de Sordera y Salud Mental.

En cada Unidad Asistencial Funcional se organizará la estructura y mecanismos necesarios para la adecuada coordinación con los centros y recursos de atención social dependen-



tes de la Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y duradera de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social. En el caso de los recursos de atención social específicos para adicciones, la gestión depende del Servicio Madrileño de Salud:

- ❑ Servicios residenciales de apoyo al tratamiento ambulatorio.
- ❑ Servicios residenciales de cuidados.
- ❑ Centro de Orientación Sociolaboral.

Asimismo, existen unidades con funciones de apoyo a la salud mental y a los problemas adictivos desde la perspectiva psicosocial, dentro de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, como es el Servicio de Asistencia Psicológica para Jóvenes y el Servicio de Atención a las Adicciones Tecnológicas, que intervienen especialmente en la infancia y adolescencia.

De forma esquematizada, la red de atención a la Salud Mental y a las Adicciones de la Comunidad de Madrid puede representarse en las figuras 42 y 43. En la figura 43 se especifican el número de centros, camas y plazas y aparecen englobados sobre fondo azul los dispositivos dependientes del Servicio Madrileño de Salud.

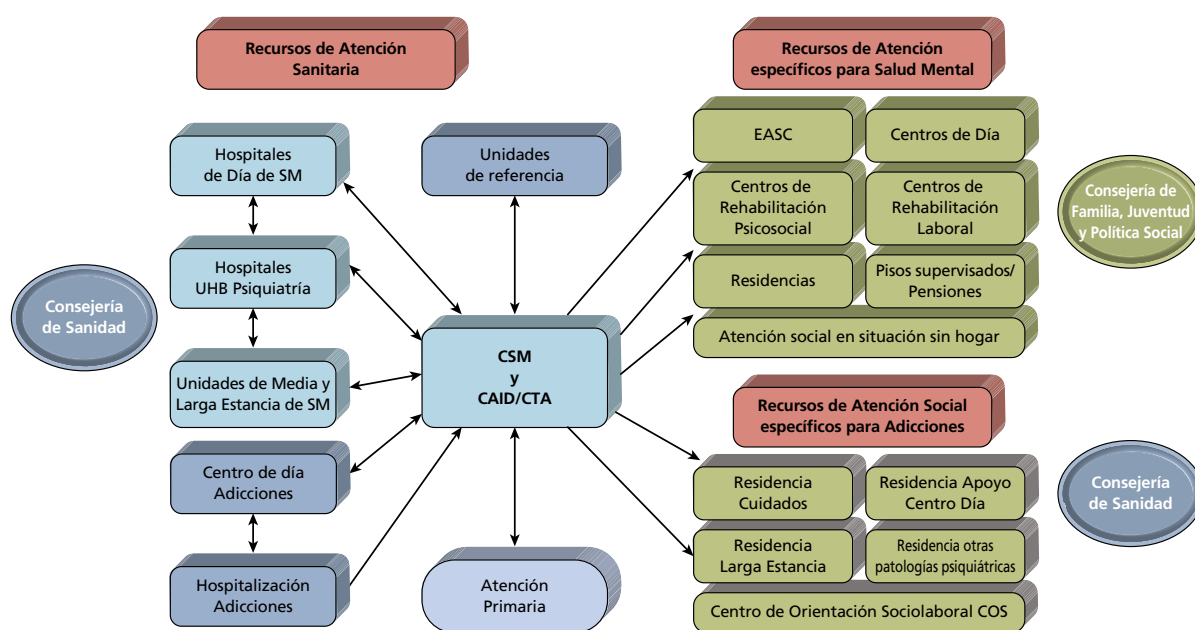
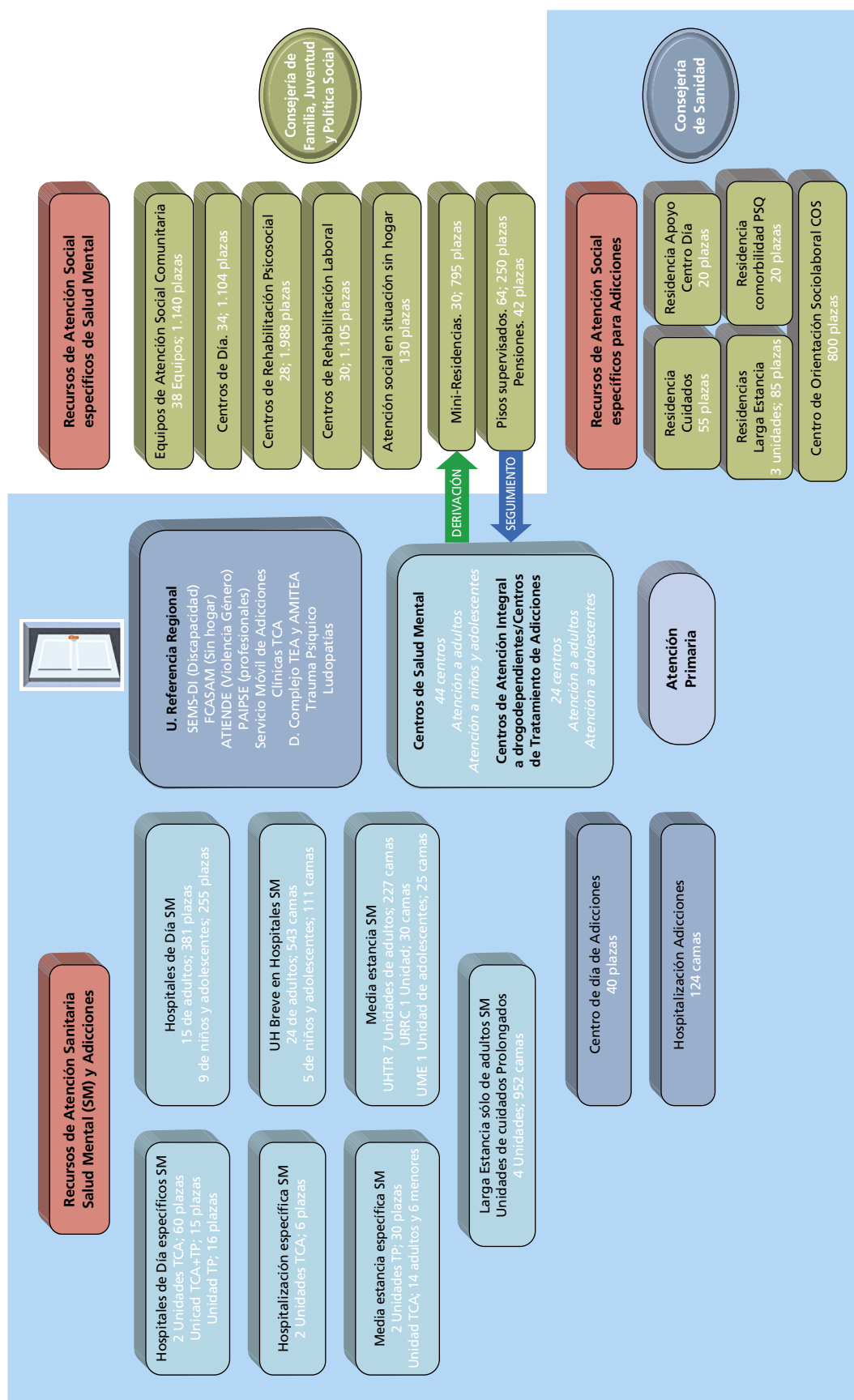


Figura 42. Esquema de la Red de Salud Mental y Adicciones.



SM, Salud Mental; TCA, Trastorno de la Conducta Alimentaria; TEA, Trastorno del Espectro Autista; TP, Trastornos de la Personalidad.
UHTR, Unidad de Hospitalización de Tratamiento y Rehabilitación; URRC, Unidad de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad; UCPP, Unidad de Cuidados Psiquiátricos Prolongados.

Figura 43. Número de centros, camas y plazas en la Red de Salud Mental y Adicciones. Los recursos dependientes del Servicio Madrileño de Salud se engloban en fondo azul. Aparecen englobados sobre fondo azul los dispositivos dependientes del Servicio Madrileño de Salud.

2.2.1. DESCRIPCIÓN DE DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA, HOSPITALARIA, DE REHABILITACIÓN Y RESIDENCIALES

Cada unidad asistencial, que se denomina como Servicio o bien Área de Gestión Clínica o Instituto de Psiquiatría y Salud Mental, puede contener los dispositivos propios de la atención de su área, o bien otros supraárea, que ofrecen atención a pacientes de otras unidades. En las siguientes tablas se muestran de forma global los recursos de atención a la salud mental y adicciones, tanto de titularidad pública como contratados/concertados por la Consejería de Sanidad, Consejería de Familia, Juventud y Política social.

En el año 2021 existen en la Comunidad de Madrid 44 dispositivos ambulatorios de Salud Mental (tabla 16), distribuidos casi proporcionalmente entre centros de especialidades (13), de atención primaria (16, algo más en este grupo) y centros monográficos (12). Tres centros están ubicados en hospitales. Asimismo, existen 24 dispositivos ambulatorios de atención integral a las personas con trastornos adictivos (CAID/CTAs) dependientes del Servicio Madrileño de Salud. De ellos, 18 se gestionan mediante convenios de colaboración con Entidades Locales, 5 por contratos de Servicios con distintas entidades, dentro del municipio de Madrid, y uno, el CAID de Vallecas, es gestionado con los recursos propios de la Consejería de Sanidad.

TABLA 16

Número de dispositivos ambulatorios de Salud Mental y de Adicciones

Dispositivos ambulatorios de Salud Mental y Adicciones 2021	Número
Centros de Salud Mental (puntos de atención)	38 (44)
Centros de Atención Integral a Drogodependientes/Centros de Atención de Adicciones (CAID/CTA)	24

Las unidades de atención hospitalaria (tabla 17) corresponden mayoritariamente a hospitalización breve en hospitales generales (24 unidades), tanto para 2016 como para 2021. Sin embargo, destaca el crecimiento del número de unidades y de plazas en hospitalización breve infantojuvenil, en respuesta a las necesidades incrementadas, así como en plazas en unidades de media estancia (UHTR) y de larga estancia (UCPP) en este período de tiempo. En cuanto a la hospitalización de personas con conductas adictivas (tabla 17) se distribuyen entre las de desintoxicación o deshabituación en alcohol, la desintoxicación en hospital general y las unidades hospitalarias de tratamiento, que realizan desintoxicación y deshabituación.

En el apartado 2.2.2, se muestra la distribución de las camas indicadas, con la identificación de los centros.

Como se observa en la tabla 18, existen 111 camas de **hospitalización psiquiátrica infantojuvenil** en 2022, que se distribuyen en cinco unidades en los correspondientes hospitales, tres de ellas de nueva creación, en respuesta a las necesidades emergentes en torno a la pandemia en el grupo de adolescentes. Esto ha supuesto un incremento en el número de camas superior al 100 % con respecto a 2016.

TABLA 17

Distribución de unidades y número de camas en dispositivos de hospitalización psiquiátrica completa

Hospitalización completa	2016		2021	
	Núm. unidades	Núm. camas	Núm. unidades	Núm. camas
Hospitalización breve adultos de Hospitales Generales	24	535	24	548
Hospitalización breve en la infancia y adolescencia	2	51	5	111
Tratamiento y rehabilitación (Media estancia-UHTR)	6	202	7	227
Tratamiento y rehabilitación y retorno a la comunidad			1	30
Unidad de Media Estancia de adolescentes	1	20	1	25
Cuidados Prolongados (Larga estancia-UCPP)	5	894	4	952
Tratamiento Hospitalario específico				
T. de la Conducta Alimentaria (H. breve)	1	4	2	6
T. de la Conducta Alimentaria (Media estancia-UHTR)	—	—	1	20
Trastornos de la Personalidad	2	30	2	30
Tratamiento Hospitalario Trastornos Adictivos				
Desintoxicación del alcohol (H. R. Lafora)	1	12	1	12
Deshabitación del alcohol (H. R. Lafora)	1	20	1	20
Desintoxicación Toxicomanías (H. Ramón y Cajal)	2	10	1	2 ¹
Centros Hospitalarios de Tratamiento de las dependencias (CHTD)	3	85	3	90

¹ Suprimidas las 8 camas del H. Dr. R. Lafora, quedando 2 camas en el H.U. Ramón y Cajal.

TABLA 18

Distribución de las camas de Unidades de Hospitalización Breve infantojuvenil por centro

Hospitales con UHB-IJ	Camas 2016	Camas 2021
Hospital General Universitario Gregorio Marañón Unidad de Adolescentes	20	20
Hospital Universitario Niño Jesús	31	31
Clínica Nuestra Señora de la Paz – Adolescentes	—	25
Hospital Universitario Doce de Octubre – Adolescentes	—	24
Hospital Universitario Puerta de Hierro – Adolescentes	—	11
TOTAL	51	111

Los recursos de atención hospitalaria parcial en 2021 en comparación con 2016 se muestran en la tabla 19. Asimismo, existen una serie de recursos específicos de atención, así como Unidades de Referencia Regional en determinadas patologías, como se muestra en la tabla 20.

TABLA 19

Recursos de hospitalización parcial

Recursos. Hospitalización psiquiátrica parcial	2016		2022	
	Núm. unidades	Núm. plazas	Núm. unidades	Núm. plazas
Hospitales de Día para adultos	14	325	15 ¹	355
Hospitales de Día para niños/as y adolescentes	7	195	9 ²	255
Hospitales de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria	1	40	2 ³	60
Hospitales de Día para Trastornos de Personalidad	—	—	1 ⁴	30
Hospitales de Día para Trastornos Personalidad y de TCA	1	15	1	15
Centros de día en unidades hospitalarias de adicciones	3	60	2	40

* Hospital de día CET (Centro Educativo Terapéutico) y no CET. Los Hospitales de día CET dobles, se contabilizan como uno.

¹ Creación de una unidad nueva en el H. La Paz con 30 plazas.

² No se incluye el Centro Dionisia Plaza al considerar que sus plazas no son de salud mental.

³ Hospitales de Día de Móstoles y del H. Infanta Cristina.

⁴ Creación de Hospital de Día en H. Rodríguez Lafora.

TABLA 20

Recursos específicos y unidades de referencia regional

Unidades de Referencia Regional 2021	Núm. equipos
Personas con trastorno mental sin Hogar (ECASAM)	1
Atención a Discapacidad Intelectual (SESM-DI) (H. La Princesa)	1
Programa PAIPSE (Profesional sanitario enfermo)	1
Clínicas TCA (H. Gregorio Marañón y H. Móstoles)	2
Programa de Juego Patológico (H. Ramón y Cajal y H. 12 de Octubre)	2
Violencia de género (Programa ATIENDE H. Gregorio Marañón)	1
Programa AMI-TEA (H. Gregorio Marañón)	1
Salud Mental personas sordas (H. Gregorio Marañón)	1
Unidad del Trauma Psíquico (H. Clínico San Carlos)	1

Los recursos residenciales y de rehabilitación y de atención sociosanitaria a la salud mental a fecha julio de 2022 se muestran en las tablas 21 y 22. Algunos de estos recursos son gestionados desde el Servicio Madrileño de Salud y otros tienen dependencia administrativa de la Consejería de Familia, Juventud y Política social.

TABLA 21

Recursos residenciales de salud mental y Adicciones, del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Familia, Juventud y Política social

RECURSOS RESIDENCIALES					
Tipo de recurso y dependencia administrativa		Núm. centros 2017	Núm. plazas 2017	Núm. centros 2022	Núm. plazas 2022
Salud Mental	Mini-Residencias Consejería de Familia, Juventud y Política social	21	583	30	795
	Pisos Supervisados Servicio Madrileño de Salud	73	267	80	298
	Consejería de Familia, Juventud y Política social	16	44	16	44
		57	223	64	250
	Pensiones Supervisadas Consejería de Familia, Juventud y Política social	—	42	—	42
Adicciones Servicio Madrileño de Salud	Residencia de cuidados			2	55
	Residencia de larga estancia			3	85
	Residencia para pacientes con comorbilidad psiquiátrica mental			1	20
	Residencia para apoyo a pacientes en centros de día			1	20

TABLA 22

Recursos de rehabilitación de salud mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud y de la Consejería de Familia, Juventud y Política social

RECURSOS DE REHABILITACIÓN				
Tipo de recurso y dependencia administrativa	Núm. centros o equipos 2017	Núm. plazas 2017	Núm. centros o equipos 2017	Núm. plazas 2022
Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) Servicio Madrileño de Salud	26	2.028	30	2.168
Consejería de Familia, Juventud y Política social	2	180	2	180
	24	1.848	28	1.988
Centros de Día Servicio Madrileño de Salud	40	1.206	45	1.284
Consejería de Familia, Juventud y Política social	9	172	11	180
	31	1.034	34	1.104
Centros de Rehabilitación Laboral (CRL) Consejería de Familia, Juventud y Política social	22	1.165	30	1.405
Equipos Atención Social Comunitaria (EASC) Consejería de Familia, Juventud y Política social	38	1.140	38	1.140
Servicio de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave sin hogar Consejería de Familia, Juventud y Política social	—	130	—	130
Centro de Orientación Sociolaboral para personas con Trastornos Adictivos Servicio Madrileño de Salud	—	—	1	800

2.2.2. RECURSOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL Y A LAS ADICCIONES

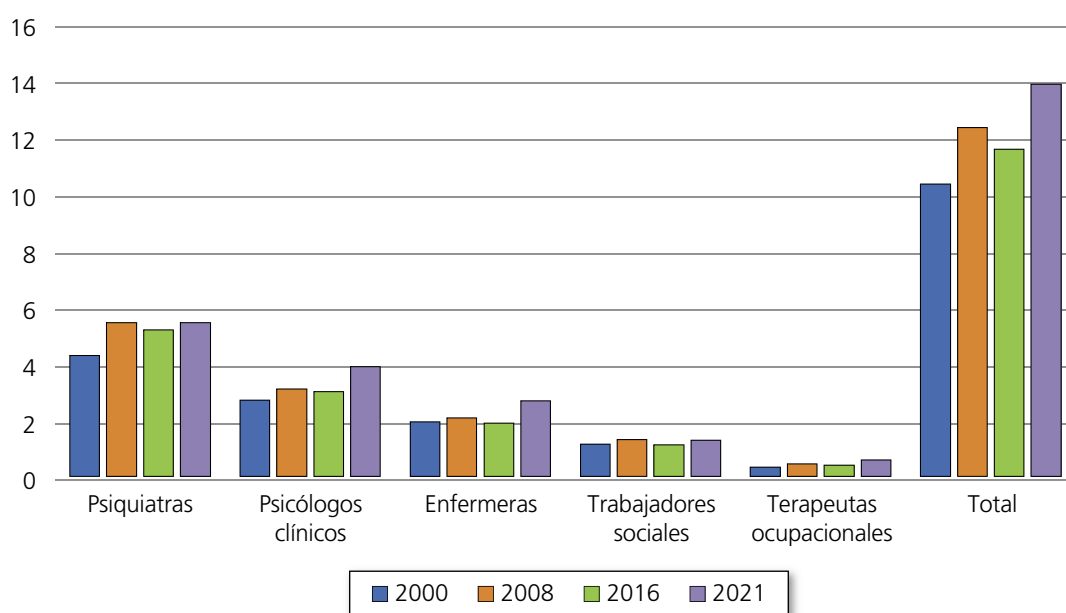
Para continuar con la serie comparada de ratios presentada en planes previos, con la misma fórmula de medición, en la tabla 23 y figura 44 se presentan las ratio por 100.000 habitantes correspondientes a los recursos humanos de atención ambulatoria y hospitalización parcial de adultos (Centros de Salud Mental y Hospitales de Día de adultos) en los años 2000, 2008, 2016 y 2021. Se incluye como población de referencia el número de habitantes (según tarjeta sanitaria del año correspondiente) de todos los grupos de edad.

TABLA 23

Ratio de profesionales de Centros de Salud Mental y Hospitales de Día de adultos del Servicio Madrileño de Salud por 100.000 habitantes en los años 2000, 2008, 2016 y 2021

RECURSOS	2000	2008	2016	2021
Profesionales de Medicina, especialidad en Psiquiatría	4,30	5,46	5,21	5,48
Profesionales de Psicología Clínica	2,70	3,10	3,00	3,91
Profesionales de Enfermería	1,93	2,07	1,88	2,70
Profesionales de Trabajo Social	1,14	1,32	1,12	1,29
Profesionales de Terapia ocupacional	0,32	0,45	0,40	0,58
TOTAL	10,39	12,40	11,63	13,96

FUENTE: Oficina Regional Coordinación de Salud Mental. Ratio a partir de tarjeta sanitaria total).



FUENTE: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.

Figura 44. Ratio de profesionales de Centros de Salud Mental y Hospitales de Día de adultos del Servicio Madrileño de Salud en los años 2000, 2008, 2016 y 2021.

Se observa un incremento en ratio en el año 2021, correspondiente al impacto en estas unidades de la creación de nuevas plazas de estructura con la ejecución completa de la memoria económica en Capítulo I del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones 2018-2020 (en el apartado evaluación del plan se especifica esta información) y profesionales 2020 del Plan de Respuesta Asistencial Prioritaria en Salud Mental de la crisis COVID19.

En la siguiente tabla se muestran los profesionales de la red de adicciones, según datos actuales de la ORCSMyA, en las que se incluyen tanto dispositivos ambulatorios, como hospitalarios, de rehabilitación y residenciales.

TABLA 24

Número de profesionales en la Red de Adicciones

RECURSOS	Núm. profesionales
Profesionales de Psicología, especialidad en Psicología Clínica	81
Profesionales de Medicina	58
Profesionales de Medicina, especialidad en Psiquiatría	20
Profesionales de Psicología	14
Profesionales con grado de Farmacia	9
Profesionales de Enfermería	94
Profesionales de Trabajo Social	38
Profesionales de Terapia ocupacional	15
Profesionales de educación social	79
TCAE	114

En la siguiente tabla se muestran los profesionales de la red de salud mental y de adicciones, según datos actuales de la ORCSMyA, y el cálculo correspondiente de ratios por 100.000 habitantes de población total de adultos y menores por tarjeta sanitaria 2021. Se muestran, de forma diferenciada, los profesionales de salud mental en unidades de gestión directa, la suma de profesionales de salud mental en unidades de gestión directa y de concurso público y, en tercer lugar, el total de profesionales de las redes de salud mental y de adicciones, con las ratios por 100.000 habitantes correspondientes.



TABLA 25

Recursos humanos de la red de salud mental y adicciones según modelos de gestión y ratios por 100.000 habitantes según tarjeta sanitaria de 2021

Profesionales	Salud Mental				Salud Mental y Adicciones	
	Núm. profesionales Salud Mental gestión directa	Ratio × 100.000 hab. 2021	Núm. profesionales Salud Mental gestión directa + concurso público	Ratio × 100.000 hab. 2021	Núm. profesionales Salud Mental gestión directa + Adicciones	Ratio × 100.000 hab. 2021
Psiquiatría	572	9,45	658	10,87	678	11,20
Psicología Clínica	310	5,12	351	5,80	432	7,14
Enfermería	582	9,62	676	11,17	770	12,72
Trabajo Social	106	1,75	117	1,93	155	2,56
Terapia Ocupacional	72	1,19	88	1,45	103	1,70

2.2.3. MAPA DE CENTROS AMBULATORIOS Y CAMAS HOSPITALARIAS POR MODALIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

En el apartado anterior de recursos se expuso el número de dispositivos y de plazas según modalidad de tratamiento, ambulatorio y hospitalario, destinadas a proporcionar atención a las personas con trastornos mentales, incluidos de adicción. En este apartado se relacionan los centros comunitarios de atención ambulatoria y se expone la distribución de las camas en cada una de las unidades contabilizadas, identificando cada centro.

Atención comunitaria ambulatoria

En la red de salud mental, la atención comunitaria de las personas y su equipo asistencial de referencia se encuentra en el Centro de Salud Mental, desde donde se articula la atención con los recursos implicados de la red, de acuerdo a las necesidades individualizadas de cada paciente. Como se expuso en el marco histórico, los Centros de Salud Mental se adscriben desde 2010 a los Hospitales, con su población de referencia en base a zonas básicas de Salud de Atención Primaria, a efectos de planificación poblacional, si bien las personas pueden acogerse a la libre elección, según el procedimiento establecido para estos casos.

A continuación se presentan los Centros de Salud Mental como unidades de gestión (si bien algunos de ellos disponen de varios puntos de atención). En el momento actual nos encontramos con 44 puntos de atención que se gestionan como 38 CSM, adscritos y con la zona de referencia de los hospitales, tal y como se expone a continuación. En la mayoría de los centros se sitúan equipos de atención a adultos y de atención a población infanto-juvenil, si bien algunos de ellos tienen la atención por grupos de edad distribuida por centro.

TABLA 26

Relación de Centros de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud según unidades de gestión de centro (algunos de ellos disponen de varios puntos de atención)

Centro de Salud Mental	Hospital de referencia	Población de referencia	
		< 18 años	≥ 18 años
CSM MORATALAZ	HGU Gregorio Marañón	22.946	120.475
CSM RETIRO	HGU Gregorio Marañón	23.418	148.823
CSM PUENTE DE VALLECAS	HU Infanta Leonor	21.828	117.032
CSM VALLECAS VILLA	HU Infanta Leonor	31.576	138.025
CSM ARGANDA DEL REY	HU Sureste	41.439	155.416
CSM CHAMARTÍN	HU La Princesa	21.823	122.418
CSM SALAMANCA	HU La Princesa	20.092	135.025
CSM COSLADA	HU Henares	27.928	142.013
CSM ALCALÁ DE HENARES	HU Príncipe de Asturias	44.700	205.894
CSM TORREJÓN	HU Torrejón	30.319	125.035
CSM BARAJAS	HU Ramón y Cajal	30.112	84.117
CSM CIUDAD LINEAL	HU Ramón y Cajal	32.473	197.723
CSM HORTALEZA	HU Ramón y Cajal	24.116	125.413
CSM SAN BLAS	HU Ramón y Cajal	25.721	133.050
CSM COLMENAR VIEJO	HU La Paz	27.278	112.526
CSM FUENCARRAL	HU La Paz	37.624	178.428
CSM TETUAN	HU La Paz	20.121	134.674
CSM ALCOBENDAS	HU Infanta Sofía	67.056	270.079
CSM MAJADAHONDA	HU Puerta de Hierro-Majadahonda	85.477	320.248
CSM SAN LORENZO DE EL ESCORIAL	H de El Escorial	20.838	93.043
CSM COLLADO VILLALBA	HG Villalba	22.534	100.389
CSM MONCLOA	Fundación Jiménez Díaz	22.001	126.581
CSM PONTONES	Fundación Jiménez Díaz	22.212	138.449
CSM CHAMBERÍ	H Clínico San Carlos	21.121	143.978
CSM LATINA	H Clínico San Carlos	28.154	175.144
CSM CENTRO	H Clínico San Carlos	12.389	125.967
CSM ALCORCÓN	Fundación Hospital de Alcorcón	28.712	141.638
CSM MÓSTOLES	HU Móstoles	33.964	138.784
CSM MÓSTOLES RJC	HU Rey Juan Carlos	32.039	150.518
CSM LEGANÉS	HU Severo Ochoa	32.200	158.509
CSM FUENLABRADA	HU Fuenlabrada	40.847	181.988
CSM GETAFE	HU Getafe	43.415	187.387
CSM PARLA	HU Infanta Cristina	37.891	133.514
CSM CARABANCHEL	HU 12 de octubre	48.125	280.085
CSM USERA	HU 12 de octubre	23.428	119.659
CSM VILLAVERDE	HU 12 de octubre	28.850	134.798
VALDEMORO	HU Infanta Elena	26.806	96.317
ARANJUEZ	H del Tajo	15.385	64.083

En el caso de pacientes con trastornos adictivos, su centro de referencia del Servicio Madrileño de Salud es el CAID/CTA y su zona de referencia no está definida, dada la accesibilidad directa a los mismos desde toda la Comunidad. No obstante, la mayor parte de pacientes provienen de zonas de proximidad, por los que se tienen establecidas zonas de referencia a efectos de planificación poblacional. Como se explicó en el marco histórico, la relación de gestión con los mismos es variada, como se muestra a continuación. Cabe decir también que, a nivel del municipio de Madrid, existe una red de atención ambulatoria con centros denominados CAD, dependientes del Ayuntamiento, que también dan atención a estos problemas de salud.

TABLA 27

Centros de atención a drogodependientes de la Comunidad de Madrid

Dependientes de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (24)		
Centro Gestión Directa SERMAS	Contratos de Servicios (5)	Convenios Entidades Locales (18)
CAID VALLECAS	CAID NORTE	CAID ALCALÁ DE HENARES
	CAID SUR	CAID ALCOBENDAS
	CAID ESTE	CAID ALCORCON
	CAID MOSTOLES	CAID ARANJUEZ
	CAID MESEJO	CAID ARGANDA DEL REY
		CAID COLLADO VILLALBA
		CAID COLMENAR VIEJO
		CAID COSLADA
		CAID TORREJÓN DE ARDOZ
		CAID FUENLABRADA
		CAID GETAFE
		CAID LEGANES
		CAID MAJADAHONDA
		CAID MANCOMUNIDAD LOS PINARES
		CAID MANCOMUNIDAD. MEJORADA VELILLA
		CAID PARLA
		CAID SAN FERNANDO DE HENARES
		CAID S. SEBASTIAN DE LOS REYES

Atención hospitalaria total o parcial

Tal y como se expuso en 2.2.1, el mapa de camas hospitalarias de la Comunidad de Madrid se divide en las modalidades de Hospitalización breve para adultos, hospitalización breve infantojuvenil, unidades de Rehabilitación y Tratamiento y de rehabilitación y de retorno a la comunidad (media estancia) y unidades de cuidados psiquiátricos prolongados. Por patología específica, existen Unidades de TCA, de Trastornos de la Personalidad y de

Trastornos Adictivos. En las siguientes tablas se muestra la distribución de las plazas por unidad o centro, comparando los datos de 2016 con los de 2021. La tabla 28 muestra la distribución por centro de las 543 camas de **hospitalización breve funcionantes** en 2021, y su comparación con las 535 de 2016.

TABLA 28

Distribución de las camas de Unidades de Hospitalización Breve de adultos por centro

Hospitales con UHB de adultos	Camas 2016	Camas 2021
Hospital General Universitario Gregorio Marañón	50	50
Hospital del Sureste (Arganda)	9	9
Hospital Infanta Leonor	14	16
Hospital Universitario de la Princesa	22	22
Hospital del Henares	15	15
Hospital Universitario Príncipe de Asturias	18	18
Hospital Universitario Ramón y Cajal	20	20
Hospital Dr. R. Lafora	66	72
Hospital Universitario de la Paz	21	21
Hospital Infanta Sofía	26	26
Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda	20	20
Hospital Clínico San Carlos	36	36
Hospital Central de la Defensa ¹	6	6
Hospital Fundación Alcorcón	22	22
Hospital Universitario de Móstoles	20	20
Hospital Universitario Severo Ochoa	18	18
Hospital Universitario de Fuenlabrada	16	16
Hospital Universitario de Getafe	14	14
Hospital Infanta Cristina	10	16
Hospital Universitario 12 de Octubre	20	20
Complejo Asistencial Benito Menni ¹	20	22
Fundación Jiménez Díaz	29	29
Hospital Rey Juan Carlos I. Móstoles*	28	28
Hospital de Torrejón (Ntra. Sra. de la Paz)*	10	7
TOTAL	535	543

¹ Hospital de apoyo.

* Apertura de sendas Unidades de Hospitalización Breve.

Existen 111 camas de **hospitalización breve infantojuvenil** en 2021, que se distribuyen en cinco unidades en los correspondientes hospitales, tres de ellas de nueva creación. Esto ha supuesto un incremento en el número de camas superior al 100 % con respecto a 2016, como se puede observar en la tabla 29.

TABLA 29

Distribución de las camas de Unidades de Hospitalización Breve infantojuvenil por centro

Hospitales con UHB-IJ	Camas 2016	Camas 2021
Hospital General Universitario Gregorio Marañón Unidad de Adolescentes	20	20
Hospital Universitario Niño Jesús	31	31
Clínica Nuestra Señora de la Paz – Adolescentes	—	25
Hospital Universitario Doce de Octubre – Adolescentes	—	24
Hospital Universitario Puerta de Hierro – Adolescentes	—	11
TOTAL	51	111

En cuanto a Hospitales de día de adultos generales, en el momento actual se dispone de 15 centros como se refleja en la tabla 30.

TABLA 30

Distribución de las camas de Unidades de Hospitalización Breve de adultos por centro

Hospitales con UHB de adultos	Plazas 2021
Hospital Gregorio Marañón	22
Hospital Infanta Leonor	20
Hospital La Princesa	22
Hospital Príncipe de Asturias	20
Hospital Ramón y Cajal	20
Hospital La Paz	30
Hospital Infanta Sofía	21
Hospital Puerta de Hierro	20
Hospital Clínico San Carlos	45
Hospital Fundación Jiménez Díaz	30
Hospital Móstoles	21
Hospital Rey Juan Carlos	30
Hospital José Germain	30
Hospital Getafe	20
Hospital de Día de Villaverde	30
TOTAL	381

En cuanto a Hospitales de día de niños, niñas y adolescentes, en el momento actual se dispone de 8 en la modalidad de Hospital de Día CET y 4 en la modalidad de hospital de día de tratamiento intensivo, como se refleja en la tabla 31.

TABLA 31

Distribución de las plazas de Hospitales de Día infantojuveniles por centro

Modalidad	Hospitales con UHB de adultos	Infantil	Adolescentes	Camas 2016	Camas 2021
Centro Educativo Terapéutico	Alcalá. H. Príncipe de Asturias		X	20	15
Centro Educativo Terapéutico	Vallecas H. Infanta Leonor		X	30	30
Centro Educativo Terapéutico	Pradera San Isidro. H. 12 de Octubre	X		20	20
Centro Educativo Terapéutico	Pradera San Isidro. H. 12 de Octubre		X	20	20
Centro Educativo Terapéutico	Hospital José Germain	X		15	15
Centro Educativo Terapéutico	Hospital José Germain		X	15	15
Centro Educativo Terapéutico	Hospital de día Norte	X		14	14
Centro Educativo Terapéutico	Hospital de día Norte		X	16	16
Tratamiento intensivo	Hospital Niño Jesús	X	X	20	20
Tratamiento intensivo	H. Gregorio Marañón		X		30
Tratamiento intensivo	H. Puerta de Hierro		X		30
Tratamiento intensivo	H. La Paz		X		30
TOTAL				170	255

En la tabla 32 se presentan los Centros psiquiátricos que disponen de camas de hospitalización de media estancia, tanto de titularidad del Servicio Madrileño de Salud como concertados. El número total de camas para 2021 asciende a 327, un 30% más que en 2016.

TABLA 32

Distribución de las camas de Unidades hospitalarias de tratamiento y rehabilitación (media estancia) por centro

Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (Media Estancia)	Camas 2016	Camas 2021
Instituto Psiquiátrico José Germain	77	77
Clínica San Miguel - Hermanas Hospitalarias	90	120
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	35	35
Complejo Asistencial Benito Menni	30	—
Hospital Casta –Guadarrama (UME adolescentes)	20	20
Hospital Dr. R. Lafora – Trastornos de Personalidad	30	30
Hestia Sanatorio Esquerdo	—	30
Centro San Juan de Dios - TCA	—	20
TOTAL	282	332

A día de hoy, las 973 plazas de Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (larga estancia) se distribuyen principalmente en 4 centros, que aglutinan el 98% de las camas, tanto de titularidad del Servicio Madrileño de Salud como concertados como se muestra en la tabla 33. En comparación con 2016 ha existido un incremento del 9% en las camas disponibles.

TABLA 33

Distribución de las camas de Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados por centro

Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (Larga Estancia)	Camas 2016	Camas 2021
Instituto Psiquiátrico José Germain	94	94
Hospital Dr. R. Lafora	200	200
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	286	370
Complejo Asistencial Benito Menni	235	290
Complejos hospitalarios de Arévalo, Palencia y Málaga	96	19
TOTAL	894	973

Unidades y recursos específicos

Los dispositivos específicos hospitalarios para Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) se distribuyen en varios centros como se muestra en la tabla 34.

TABLA 34

Centros hospitalarios con dispositivos de atención específica a personas con TCA

Dispositivos hospitalarios para TCA	
Dispositivo	Hospital
Clínica ambulatoria TCA	H. G. U. Gregorio Marañón
Clínica ambulatoria TCA	H. Niño Jesús
Clínica ambulatoria TCA	H. Universitario Móstoles (C. E. P. Coronel de Palma)
Hospital de Día para TCA	Hospital Universitario Santa Cristina
Hospital de Día para TCA	Hospital de Móstoles
Hospital de Día para TCA	Hospital Clínico San Carlos
Hospital de Día para TCA	Hospital Niño Jesús
Unidad hospitalización TCA	Hospital Universitario Ramón y Cajal
Unidad hospitalización TCA	H. de Móstoles
Unidad media estancia TCA	San Juan de Dios (Ciempozuelos)

Los dispositivos específicos hospitalarios para Trastornos de la Personalidad en el momento actual se sitúan en dos centros hospitalarios que se muestran en la tabla 35.

TABLA 35

Centros hospitalarios con dispositivos de atención específica a personas con TP

Dispositivos específicos hospitalarios para Trastornos de la Personalidad	
Dispositivo	Hospital
Hospital de Día para Trastornos de la Personalidad y de la conducta alimentaria	H. Clínico de San Carlos
Unidad de Trastornos de la Personalidad	Hospital Dr. R. Lafora
Hospital de Día para Trastornos de la Personalidad	Hospital Dr. R. Lafora

En la tabla 36 se relacionan los dispositivos de hospitalización para el tratamiento de los Trastornos Adictivos.

TABLA 36

Centros hospitalarios con dispositivos de atención específica a personas con trastornos adictivos

Modalidad	Hospital
Desintoxicación alcohol	Hospital Dr. R. Lafora
Deshabitación alcohol	Hospital Dr. R. Lafora
Desintoxicación toxicomanías	Hospital Universitario Ramón y Cajal
CHTD Desintoxicación + deshabitación	Clínica Nuestra Señora de la Paz
	Clínica Dr. León – Proyecto Hombre
	Sanatorio Esquerdo

2.3. ACTIVIDAD, EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA Y DEMORA

2.3.1. ACTIVIDAD ASISTENCIAL AMBULATORIA EN SALUD MENTAL

En las siguientes tablas se muestran los datos de la Comunidad de Madrid y de España en actividad ambulatoria, publicados en el portal estadístico del Ministerio de Sanidad (tabla 37).

Se observa cómo la incidencia de primeras consultas de psiquiatría en la Comunidad de Madrid se sigue situando por encima de los valores en España, con una mayor diferencia a partir del año 2012, que se mantiene hasta el momento actual. La tendencia al alza en las primeras consultas se mantiene de forma paralela, con un descenso en el año 2020 global, en relación con la crisis pandémica. Este descenso fue menor en la Comunidad de Madrid donde se reducen en un 3 % las primeras consultas, siendo la bajada del 12 % a nivel de España (figura 45).

TABLA 37

Actividad asistencial ambulatoria en Salud Mental en la Comunidad de Madrid y España entre los años 2012 y 2020

Comunidad de Madrid									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Primeras consultas	116.620	130.509	124.189	135.379	129.276	136.096	144.007	145.976	143.382
Consultas totales	711.654	714.657	727.885	774.997	749.579	743.959	756.099	779.250	835.353
Incidencia de primeras consultas ¹	18,203	20,426	19,483	21,151	20,054	20,922	21,859	21,831	21,224
Frecuentación ²	111,08	111,85	114,19	121,08	116,28	114,37	114,77	116,54	123,65
% de primeras consultas de totales	16,39	18,26	17,06	17,47	17,25	18,29	19,05	18,73	17,16
España									
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Primeras consultas	695.585	722.856	741.641	718.806	763.008	750.852	775.879	792.654	700.577
Consultas totales	4.879.715	4.995.096	5.164.042	5.216.876	5.400.799	5.442.342	5.457.855	5.287.638	5.480.930
Incidencia de primeras consultas ¹	15,069	15,515	15,966	15,484	16,426	16,135	16,603	16,827	14,795
Frecuentación ²	105,71	107,21	111,17	112,38	116,27	116,95	116,79	112,25	115,75
% de primeras consultas de totales	14,25	14,47	14,36	13,78	14,13	13,8	14,22	14,99	12,78

¹ Primeras consultas anuales por cada 1.000 habitantes. Se considera población anual la publicada en el INE a 1 de enero de cada año.

² Número de consultas por 1.000 habitantes. Número total de visitas anuales por cada 1.000 habitantes.

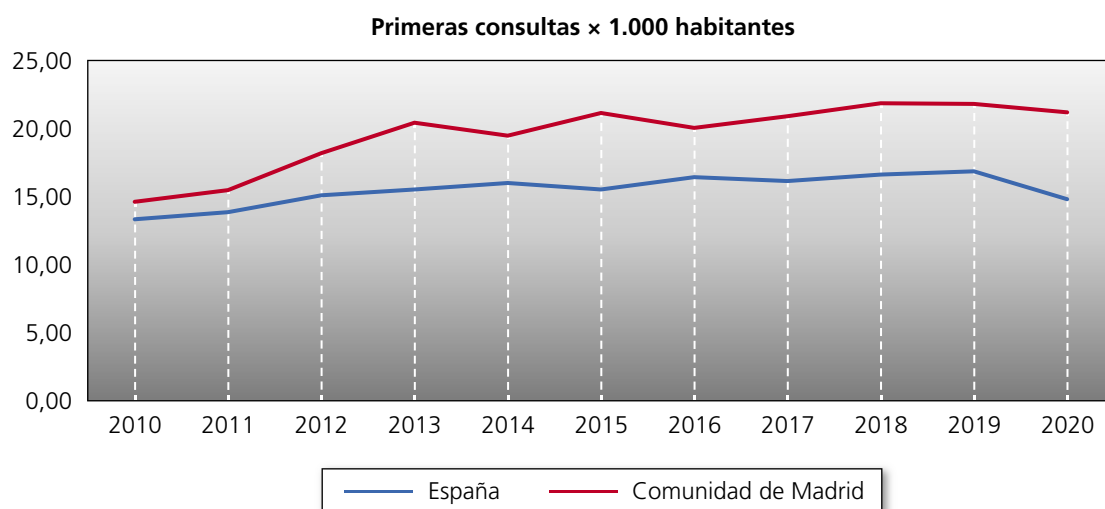


Figura 45. Evolución primeras consultas de Psiquiatría en la Comunidad de Madrid y España (años 2012-2020).

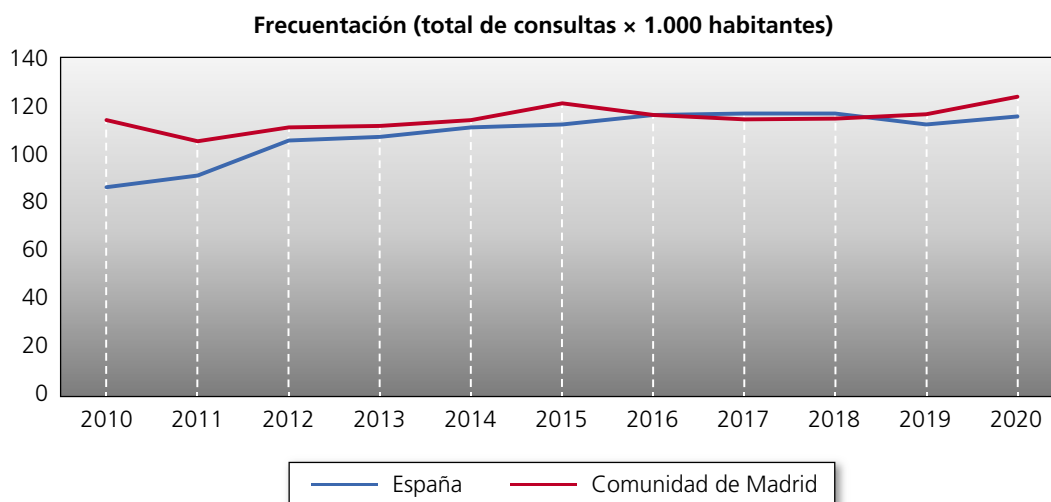


Figura 46. Evolución consultas totales de Psiquiatría en la Comunidad de Madrid y España (años 2012-2020).

Por otra parte, la frecuentación o consultas totales de psiquiatría por 1000 habitantes se encuentran sensiblemente por encima de los valores en España (figura 46) hasta el año 2016, igualándose después dos años, y volviéndose a situar por encima en los años 2019 y 2020. En coherencia con estos datos, en la figura 47 se observa una mayor proporción de primeras consultas respecto al total en la Comunidad de Madrid en comparación con España, especialmente desde el año 2011.

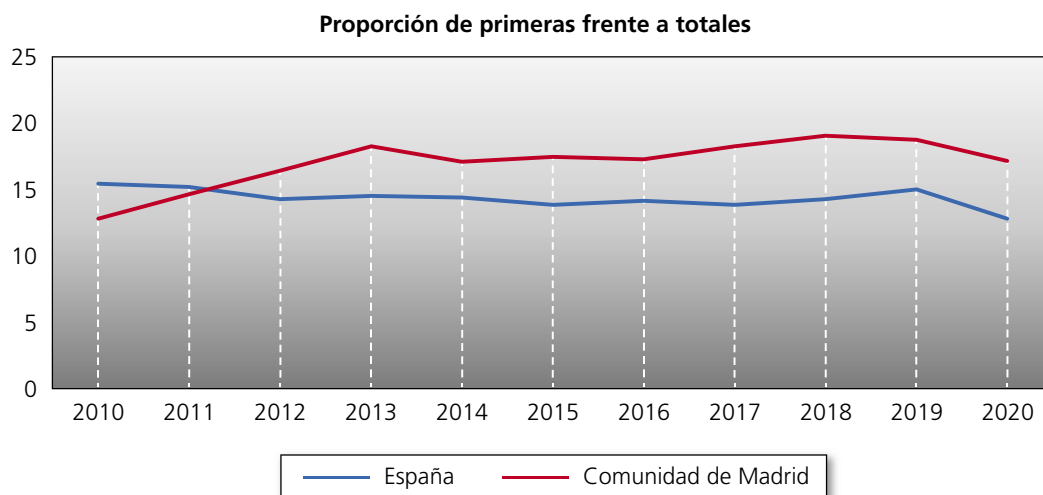


Figura 47. Evolución proporción entre primeras consultas y totales de Psiquiatría en la Comunidad de Madrid y España (años 2012-2020).

En la tabla 38 se muestran los valores absolutos de las consultas diferenciadas por modalidad en los últimos 8 años. Se observa una ligera tendencia ascendente de la actividad ambulatoria, con en torno a 800.000 consultas anuales de Salud Mental en el Servicio Madrileño de Salud. En el año 2020, como se comentó por efecto esperable de la pandemia, se reduce el número total de consultas, especialmente de primeras, con una menor disminución que en el conjunto de España.

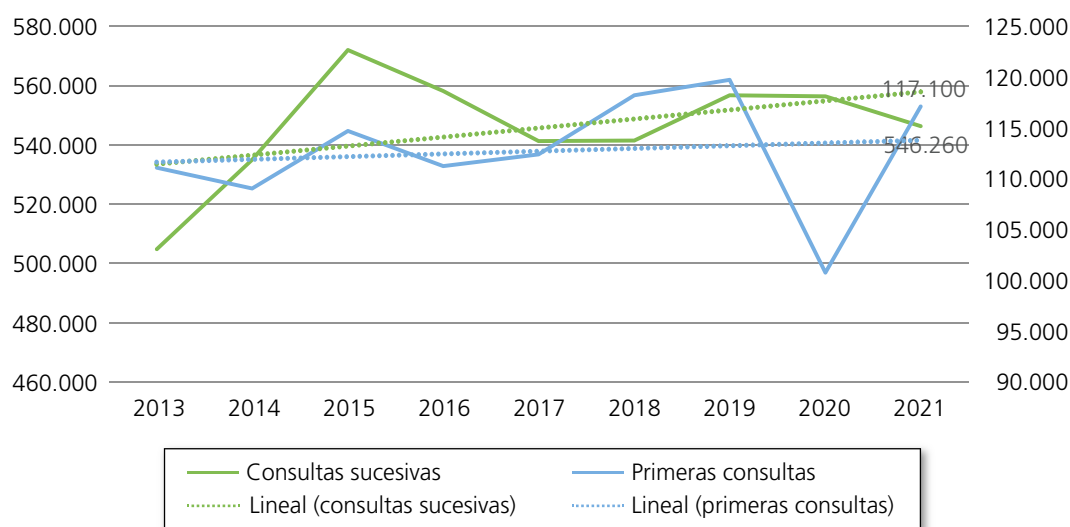
TABLA 38

Datos de actividad asistencial ambulatoria

AÑO	Psiquiatría Consultas Alta Resolución	Psiquiatría Consultas Sucesivas	Psiquiatría Interconsultas	Psiquiatría Primeras Consultas	Tratamientos Hospital de Día Psiquiátrico	Total
2013	2.174	504.772	21.195	111.096	114.701	753.938
2014	1.164	534.909	21.088	109.033	125.410	791.604
2015	1.091	571.934	20.197	114.719	127.850	835.791
2016	1.457	558.123	18.388	111.270	135.446	824.684
2017	938	541.214	15.986	112.403	133.081	803.622
2018	1.063	541.444	15.225	118.205	123.449	799.386
2019	794	556.771	16.419	119.732	124.730	818.446
2020	628	556.294	28.689	100.749	93.984	780.344

FUENTE: SIAE.

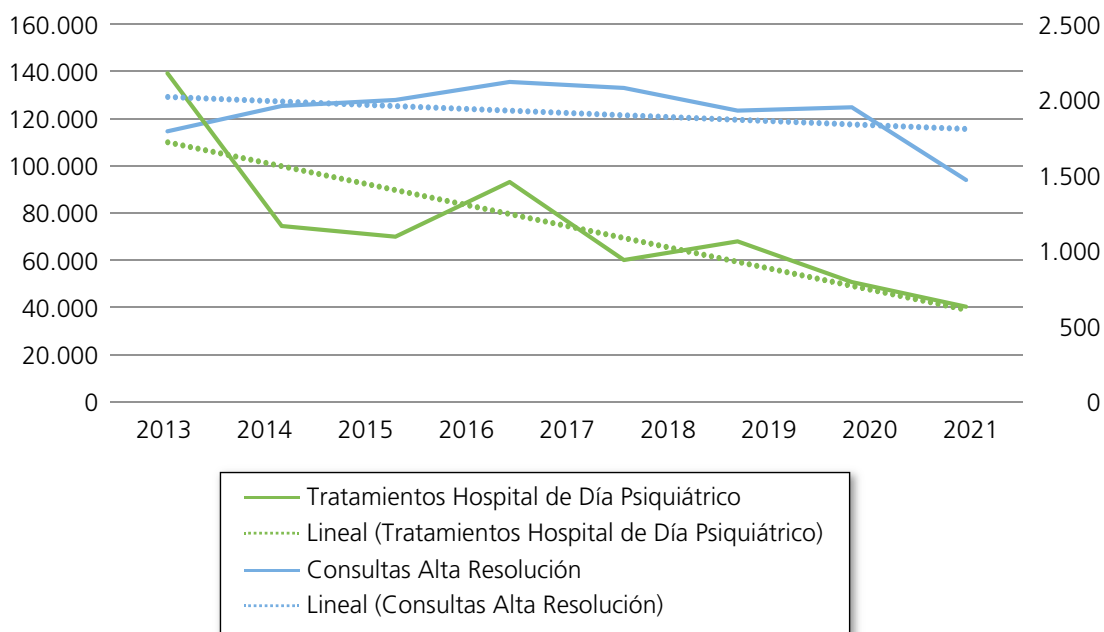
En el siguiente gráfico (figura 48) se observa la tendencia creciente de consultas tanto primeras como sucesivas, con la caída propia del año 2020.



FUENTE: Análisis SIAE de la ORCSM.

Figura 48. Evolución de la actividad de consultas en el período 2013-2020.

Tanto las consultas de alta resolución (-71 %), como las correspondientes a hospitales de día (-18 %) tienen unas tendencias descendentes durante el período estudiado, alcanzándose los niveles más bajos como resulta esperable en el año 2020. En el caso de las consultas de alta resolución, esta reducción puede relacionarse con un aumento de la complejidad de los casos, y en el caso de hospitalización de día, en la posible flexibilización de su indicación (no diaria por ejemplo), de manera más ajustada a necesidades del paciente, con posible repercusión en el registro de actividad. No obstante, en ambos casos el motivo puede ser multicausal y ha de ser objeto de análisis (figura 49).



FUENTE: Análisis SIAE de la ORCSM.

Figura 49. Evolución de la actividad de consultas de alta resolución y de tratamientos en Hospital de Día en el periodo 2013-2020.

2.3.2. EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA Y LA DEMORA AMBULATORIAS EN SALUD MENTAL

En la tabla 39 observamos, en el marco temporal de la pandemia las solicitudes de cita en Psiquiatría y Salud Mental totales, incluyendo primeras y sucesivas, las correspondientes a Atención Primaria, y las que de ellas se realizaron vía VPE (Valoración Previa por Especialista) consideradas preferentes por los profesionales de medicina de familia o de pediatría.

TABLA 39

Derivaciones a consulta de psiquiatría y psicología en adultos y en la infancia y adolescencia 2019-2022

	Núm. derivaciones a PSQ totales (primeras y sucesivas)	Núm. derivaciones desde AP	Proporción de derivaciones de AP respecto al total	Núm. derivaciones desde AP VPE	Proporción de derivaciones VPE respecto al total desde AP
2019	660.807	76.846	12 %	7.329	10 %
2020	812.006	71.262	9 %	8.087	11 %
2021	825.751	81.293	10 %	8.320	10 %
2022 (abril)	290.958	31.184	11 %	4.025	13 %

Como se puede observar, existe un incremento de las solicitudes de cita totales a Salud Mental, desde el año 2020, sin incremento de la proporción correspondiente a Atención Primaria, que se mantiene en torno al 10 %. Estos datos están en línea con la información previa (figura 45), en el que se observa una cierta estabilización en las nuevas entradas (primeras consultas) desde el año 2018, aunque siempre por encima de las cifras de España, y, por otra parte, un incremento, de las totales, algo superior a las de España. En cuanto a las proporciones de citas VPE desde AP, se observa un incremento en el mismo año 2020 que continúa en 2021 y que parece mantenerse en lo que llevamos de 2022.

En la tabla 40 se muestran los valores medios disponibles en SICYT de demora estructural de las distintas áreas, si bien existen diferencias significativas por centro.

TABLA 40

Días de demora para primeras consultas en Salud Mental (psiquiatría y psicología clínica) en adultos y en población infanto juvenil 2020-2022

	2020	2021	2022 (hasta abril)
Días de demora para primera consulta en Salud Mental			
Media	43,2	32,2	44,9
Mediana	42,5	32,8	44,7
Mínimo/máximo	26,6/76,7	19,6/46,3	42,4/47,7

FUENTE: SICYT.

2.3.3. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE HOSPITALIZACIÓN COMPLETA EN SALUD MENTAL

Las altas hospitalarias han mostrado un incremento significativo en el caso de los menores de 18 años, duplicándose en el último año, en relación directa con el impacto COVID, como se detalló en el apartado específico en epidemiología morbimortalidad.

TABLA 41

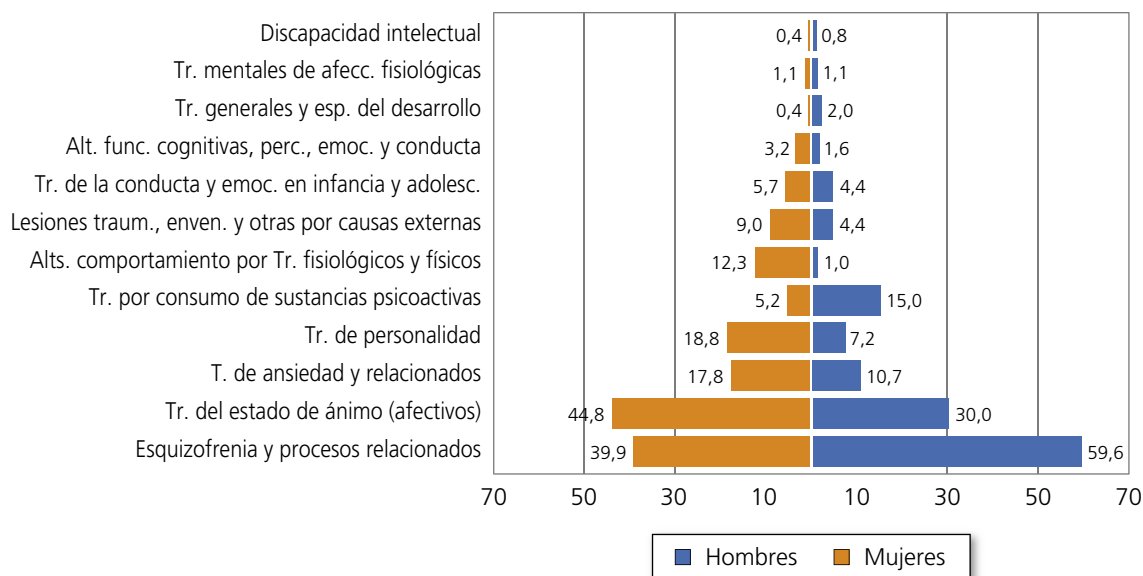
Número de altas anuales de unidades de hospitalización de Psiquiatría de 2013-20-21

Evolución altas	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
> 18 años	774	833	911	748	797*	941	1.178	1.280	2.000
≥ 18 años	9.942	10.284	10.308	8.857	9.596	10.179	10.393	8.921	9.558
Total Psiquiatría	10.716	11.117	11.219	9.605	10.393	11.120	11.571	10.201	11.558

* Hospitalización de gestión directa.

FUENTE: CMBD.

En el análisis del total de ingresos producidos en Unidades de Hospitalización por grupo diagnóstico CIE, en el año 2020, casi el 60 % en varones y el 40 % en mujeres corresponde a trastornos psicóticos y casi un 45 % en las mujeres y un 30 % en los hombres, a trastornos del estado del ánimo (figura 50).



FUENTE: CMBD-CM. Elaboración: Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

Figura 50. Tasas de ingresos (x 100.000 hab.) por sexo en Unidades de Psiquiatría por sección diagnóstica principal CIE-10 en 2020.

2.3.4. INDICADORES FUNCIONALES DE HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL

Como se muestra en la tabla 42, en el período 2017-2021 el número de ingresos en las UHBs se ha mantenido más o menos estable, con un aumento ligero de la estancia media. Como se refiere en el apartado de impacto COVID19 en la morbilidad hospitalaria, la diferencia se observa en los grupos de edad, con un incremento significativo en los menores de 18 años, y un ligero decremento en la población de adultos. La proporción de reingresos en los primeros 30 días tras el alta se ha mantenido estable en este período en torno al 10 % en el período pre-crisis, con un incremento posterior, especialmente condicionado también por los ingresos de menores.

TABLA 42

Número de ingresos y estancias en unidades de psiquiatría 2013-2021

Indicadores funcionales UHB	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Número de ingresos	10.716	11.117	11.219	9.897	10.393	11.120	11.571	10.201	10.671
Estancia media (días)	12,51	12,20	12,22	12,45	15,17	15,58	17,67	15,09	14,5

FUENTE: CMBD.

En las tablas 43, 44, 45 y 46 se detallan, respectivamente, indicadores funcionales del año 2022 de las Unidades de Tratamiento y Rehabilitación, de las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados, de las Unidades de Trastornos de Personalidad y de las Unidades Hospitalarias para tratamiento de los Trastornos Adictivos y Patología Dual en Centros Psiquiátricos.

TABLA 43

Indicadores de actividad de las Unidades de tratamiento y rehabilitación.

Unidades de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) 2021 Media estancia	Camas funcionantes	Núm. ingresos anuales	Núm. altas anuales	Índice de ocupación anual	Estancia media anual	Pacientes en lista de espera
Instituto Psiquiátrico José Germain	77	46	29	92,34	470,98	23
Clínica San Miguel HHSC	120	121	129	99,02	305,9	169
Hestia Dr. Esquerdo	30	44	14	91,80	191,5*	32
TOTAL	227	211	172	95,82		224

* La información no es valorable, dado que la apertura de la unidad tuvo lugar en marzo de 2021, con algunos pacientes trasladados de otro centro, con estancias por lo tanto superiores.

TABLA 44

Indicadores de actividad de las Unidades de Cuidados Prolongados Psiquiátricos

Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados 2021 Larga estancia	Camas funcionantes	Núm. ingresos anuales	Núm. altas anuales	Índice de ocupación anual	Pacientes en lista de espera
Instituto Psiquiátrico José Germain	94	15	10	96,87	54
Hospital Dr. R. Lafora	198	24	24	96,55	55
Centro San Juan de Dios (Ciempozuelos)	370	37	37	99,27	98
Complejo Asistencial Benito Menni (Ciempozuelos)	290	22	20	99,67	84
TOTAL	952	98	91	99,21	291

TABLA 45

Indicadores de actividad de Unidad de Trastornos de la personalidad

2021	Camas funcionantes	Núm. ingresos anuales	Núm. altas anuales	Núm. altas voluntarias	Índice de ocupación anual	Estancia media
Unidades de Trastornos de la Personalidad						
Hospital Dr. R. Lafora	26	58	59	17	82,78	120,1

TABLA 46

Indicadores de actividad de Unidad de Media Estancia de Adolescentes.

	Camas funcio- nantes	Núm. ingresos anuales	Núm. altas anuales	Índice de ocupación anual	Estancia media anual	Pacientes en lista de espera*
UME Adolescentes Mentalia Guadarrama 31/12/2019	20	20	20	100%	1 año ⁽²⁾	10
UME Adolescentes Mentalia Guadarrama 31/12/2020	20/17	18	21	100%		4
UME Adolescentes Mentalia Guadarrama 31/12/2021	17/19	17	17	100% ⁽¹⁾	1 año ⁽³⁾	13

* Pacientes en lista de espera a 31 de diciembre de cada año.

⁽¹⁾ De las plazas habilitadas totales al disminuir por aislamiento COVID.

⁽²⁾ 2 pacientes excedieron en uno y dos meses el año de estancia con autorización de la ORC a la espera de plaza en residencia de Protección.

⁽³⁾ Una paciente está excediendo el tiempo de estancia a la espera de darle una respuesta de continuidad de cuidados. Y otra paciente que también lo excedió por el mismo motivo.

2.3.5. PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN SALUD MENTAL

Desde hace más de 25 años la Consejería de Sanidad desarrolla la atención a las personas con TMG a través de un modelo colaborativo de coordinación y complementariedad que integra recursos sanitarios de la Red de Salud Mental y recursos sociales de la Red pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave a través del Programa de Continuidad de Cuidados.

El Programa de Continuidad de Cuidados (PCC), está dirigido a la atención de pacientes con TMG y se organiza como un proceso asistencial multiprofesional y longitudinal para pacientes que presentan una limitación del funcionamiento en relación con su enfermedad mental y que requieren, o se prevé que van a requerir, una atención multidisciplinar continuada y/o, el uso simultáneo o sucesivo de varios dispositivos de la red, tanto sanitarios como sociales.

En el Servicio Madrileño de Salud aproximadamente 17.000 personas realizan seguimiento especializado en el Programa de Continuidad de Cuidados por los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en el momento actual.

La misión de este programa es prestar a la persona con TMG el conjunto de herramientas necesarias, a través de un proceso de tratamiento mantenido y de rehabilitación psicosocial para superar o reducir sus dificultades y alcanzar el máximo nivel posible de autonomía personal y social.

Algunos de estos pacientes requieren ingreso programado en Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (Media Estancia) o en Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados (Larga Estancia). El ingreso en estas unidades lo hacen por indicación de su psiquiatra responsable del CSM, previa valoración del caso por la Comisión de Rehabilitación correspondiente y con el informe del Coordinador de Cuidados del paciente.

En los últimos años se viene observando una creciente derivación a recursos de cuidados psiquiátricos prolongados como se observa en la gráfica (figura 50), si bien desciende en el último año. Ello puede ser señal de una complejidad que excede la capacidad contenedora de la comunidad y de las familias, lo que resulta un importante punto de análisis y reflexión para la planificación futura en torno a la atención a las personas con TMG.

El refuerzo de la atención comunitaria a través de los CSM, con la proactividad y aproximación al domicilio como principales prioridades, así como los programas intensivos comunitarios y asertivos comunitarios en el caso de personas no vinculadas, resulta fundamental en la mejora de la atención a las personas con TMG.

Por otra parte, en el caso de necesitar hospitalización prolongada, la línea de trabajo en los últimos años en las unidades UCPP es la que tiende a promover una rehabilitación más intensa que en el pasado, con el fin de adquirir habilidades y grado de recuperación que permita salir a la comunidad, cada vez en menor tiempo y en mayor proporción de pacientes. Por ello, dentro de la ampliación de las camas de estancia prolongada planificada para 2018-2020, se ha abierto una nueva modalidad de Unidad de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad (URRC) que promueve ese reto de recuperación de las personas con mayor complejidad y su integración en la comunidad a través de un trabajo intensivo y completo. Este modelo de trabajo intensivo trata de extenderse a las UCPP con el fin de favorecer la más efectiva recuperación de las personas, y a la vez la más eficiente utilización de estas unidades, que faciliten una mayor accesibilidad a las mismas de nuevos pacientes.

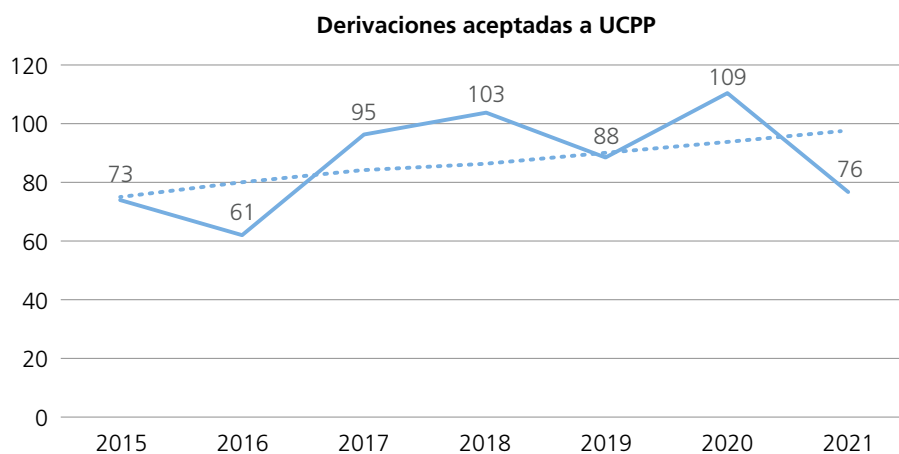


Figura 51. Evolución de las derivaciones a Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados 2015-2021.

La mejora en la coordinación tanto intra como interinstitucional sociosanitaria para la adecuación de recursos a las necesidades de las personas ha propiciado el crecimiento del número de altas a la comunidad. No obstante, no se ha eliminado completamente el «fenómeno de cuello de botella» acumulativo a lo largo de los años y la incorporación a la lista de espera supera las altas que se producen.

En la línea de trabajo promovida desde la Oficina, destaca por tanto, la intensificación del trabajo rehabilitador con los pacientes más graves, para su recuperación y salida a la comunidad, y resulta de especial interés la evaluación de resultados y el análisis de dicha capacidad de recuperación e integración. En este sentido, se realizó un estudio en 2021 so-

bre las personas dadas de alta entre 2018 y 2020 desde las UCPP del Servicio Madrileño de Salud (Rezende, 2021) en el que se incluyeron 35 pacientes. La edad media fue de 46 años, la estancia media fue de en torno a 3 años y medio. El número medio de ingresos previos a la entrada en UCPP eran de 7 y tras el alta, no llegaba la media a un ingreso. Un paciente había ingresado de nuevo en UCPP y otro había fallecido. El 72 % tenían adherencia al tratamiento farmacológico y el 63 % permanecían estables clínicamente. La edad media de los reingresos en UHB tras el alta de UCPP fue significativamente más baja (39 años) que los que no lo hicieron (48 años), concordando con estudios previos que señalan que a menor edad peor evolución y más riesgo de readmisión hospitalaria, aunque existen resultados contradictorios. No obstante, se necesitan más estudios para valorar las variables relacionadas con la evolución post alta de la UCPP en la enfermedad Mental grave (Rezende, 2021).

2.3.6. ACTIVIDAD EN DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE ADICCIÓN

Los recursos de atención a las personas con trastornos adictivos del Servicio Madrileño de Salud están destinados a tres objetivos principales:

- ❑ Realizar tratamiento de desintoxicación y deshabituación.
- ❑ Promover la reinserción.
- ❑ Fomentar cuidados socio-sanitarios (reducción de daños).

2.3.6.1. Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)

En el año 2021 fueron atendidas 13.206 personas en los CAIDs, un 26% de pacientes nuevos, un 39 % de pacientes en seguimiento, un 16 % de pacientes que reingresaron al proceso y un 19 % de pacientes con tratamiento sustitutivo con metadona. En los últimos 9 años se ha observado un incremento ligero de pacientes nuevos y una reducción progresiva de pacientes en tratamiento con metadona, con cifras globales estables.

TABLA 47

Actividad de los CAIDs en la Comunidad de Madrid entre los años 2012 a 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
N.º Total de pacientes en Tratamiento	13.085	13.010	13.364	12.979	12.688	12.254	13.630	13.894	12.761	13.206
N.º Total de Pacientes Nuevos	2.184 (17 %)	2.447 (19 %)	2.987 (22 %)	2.858 (22 %)	2.584 (20 %)	3.082 (25 %)	3.508 (25 %)	3.967 (29 %)	2.675 (21 %)	3.367 (26 %)
N.º de Pacientes que reingresan	1.868 (14 %)	1.858 (14 %)	2.261 (17 %)	2.212 (17 %)	2.261 (18 %)	2.421 (20 %)	2.248 (16 %)	2.508 (18 %)	1.845 (14 %)	2.108 (16 %)
N.º Total de Pacientes en tto. Metadona	4.367 (33 %)	3.338 (26 %)	3.048 (23 %)	2.906 (22 %)	2.998 (24 %)	2.656 (22 %)	2.751 (20 %)	2.681 (19 %)	2.613 (20 %)	2.539 (19 %)

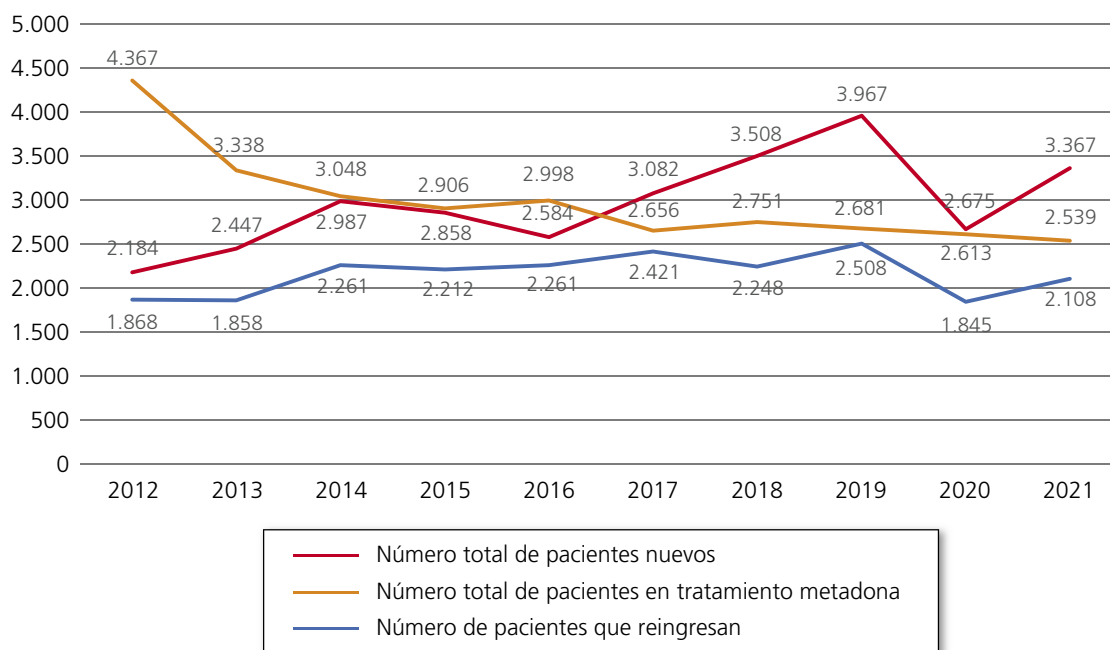


Figura 52. Evolución del número de pacientes atendidos en CAID 2012-2021.

En 2021, se realizaron 211.736 determinaciones para la detección de drogas de abuso en 73.495 muestras de orina, con objeto de valorar el impacto del tratamiento en personas atendidas.

El porcentaje de determinaciones por tipo se puede observar en la figura 52. Destacan como sustancias más solicitadas la cocaína en primer lugar con un 28,83 % de las analizadas, seguida por etanol (20,24 %) y cannabis (16,89 %).

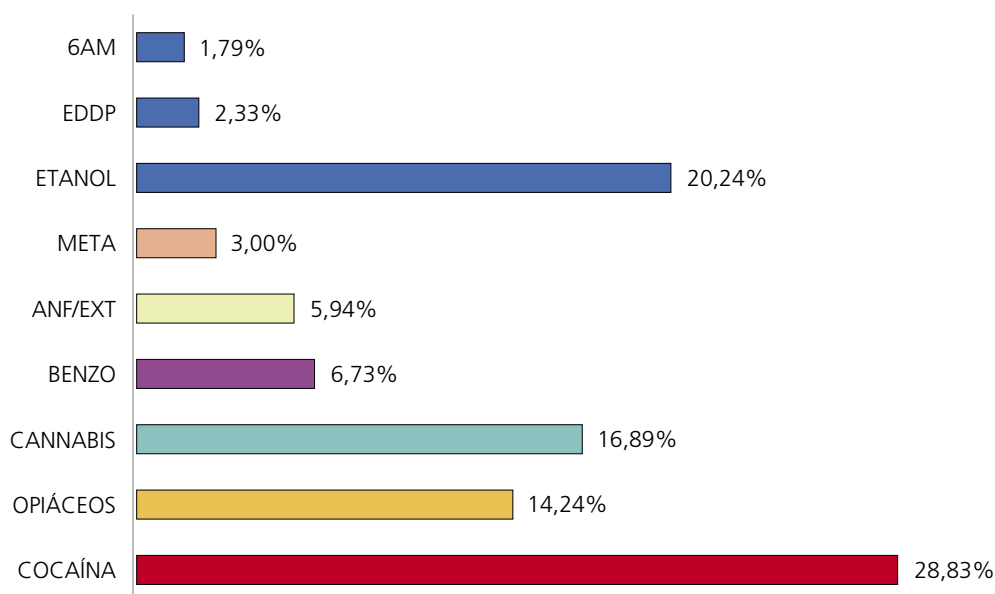


Figura 53. Distribución de sustancias de abuso detectadas en determinaciones de orina en los CAID en 2021.

Según los años de evolución de la enfermedad, las personas atendidas en los CAID en 2021 se clasifican en tres grupos (tabla 48), siendo en su mayoría de más de 20 años de evolución, en algo más de una cuarta parte de entre 10 y 20 años y un 17% de menos de 10 años.

TABLA 48

Distribución de las personas atendidas en los CAID en 2021 por años de evolución

Años de evolución de la enfermedad	
G1 (0-10 años)	172 (17 %)
G2 (11-20 años)	275 (27 %)
G3 (> de 20 años)	575 (56 %)

A partir de los Trastornos por Consumo de sustancias, se ha definido Agrupaciones de estos Trastornos denominándose perfiles diagnósticos. Por perfil diagnóstico en cuanto a sustancias principales que generan el problema de adicción (figura 54), destaca en primer lugar el grupo de heroína con cocaína o de esta con otra sustancia, en línea con el patrón de edad predominante en los CAID (29%). Después en proporción similar se sitúan las personas con consumo predominante de cocaína (por una parte, con consumo de cocaína sola o en combinación con sustancias que no sean heroína y alcohol (18,70%) y con consumo de cocaína y alcohol 17,40%). En tercer lugar se situarían las personas con problemas por consumo de cannabis (11,10%). Finalmente, en grupos de menor proporción, las personas con consumo predominante de alcohol (6,8%), de heroína sola y sin cocaína (5,4%), de alcohol en combinación con sustancias y de cocaína con heroína.

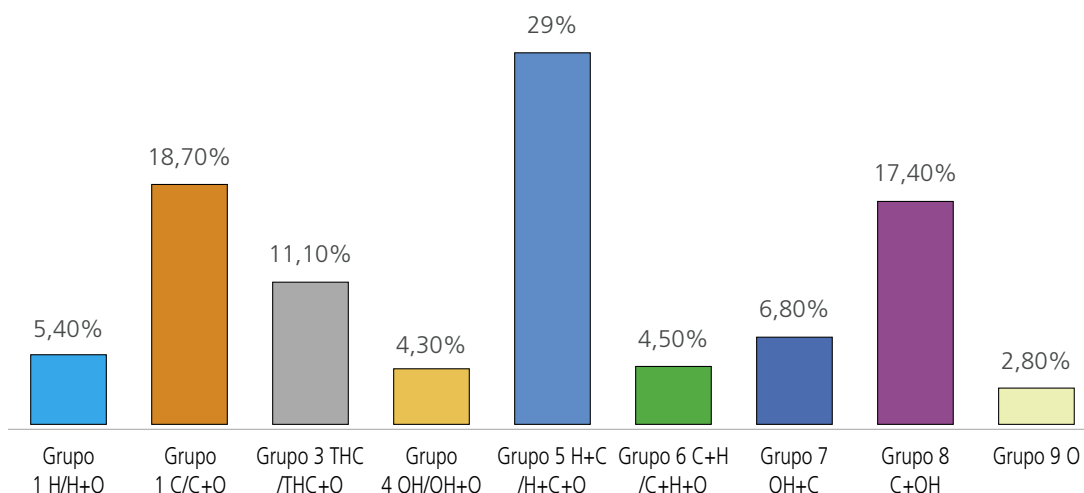


Figura 54. Distribución de las personas atendidas en los CAID en 2021 por modalidad de trastorno.

En la atención a los trastornos adictivos en los CAID, el 15,27% corresponde a pacientes nuevos/as al año. En un 83% son varones y la edad media es de 38 años. Por grupo de sustancias, destaca en primer lugar el de cocaína con otras sustancias y el de predominio de cannabis, seguido de cocaína con alcohol. Los grupos con heroína en su consumo representan en torno a un 12% de las personas nuevas atendidas, lo que supone como se observa una diferente tipología a la del paciente más prevalente en la atención en los CAID.

TABLA 49

Agrupación de los problemas de adicciones por sustancia atendidos en los CAID

Grupo 1	H/H+O	Heroína, sola o en combinación con otras sustancias, excluyendo cocaína.
Grupo 2	C/C+O	Cocaína, sola o en combinación con otras sustancias, excluyendo heroína y alcohol.
Grupo 3	THC/THC+O	Cannabis, solo o en combinación con otras sustancias, excluyendo heroína y cocaína.
Grupo 4	OH/OH+O	Alcohol, solo o en combinación con otras sustancias, excluyendo heroína y cocaína.
Grupo 5	H+C/H+C+O	Heroína con cocaína o en combinación, además, con otras sustancias.
Grupo 6	C+H/C+H+O	Cocaína combinada con heroína o en combinación, además, con otras sustancias.
Grupo 7	OH+C	.Alcohol combinado con cocaína (con o sin otras).
Grupo 8	C+OH	Cocaína combinada con alcohol.
Grupo 9	Otros	Otros.

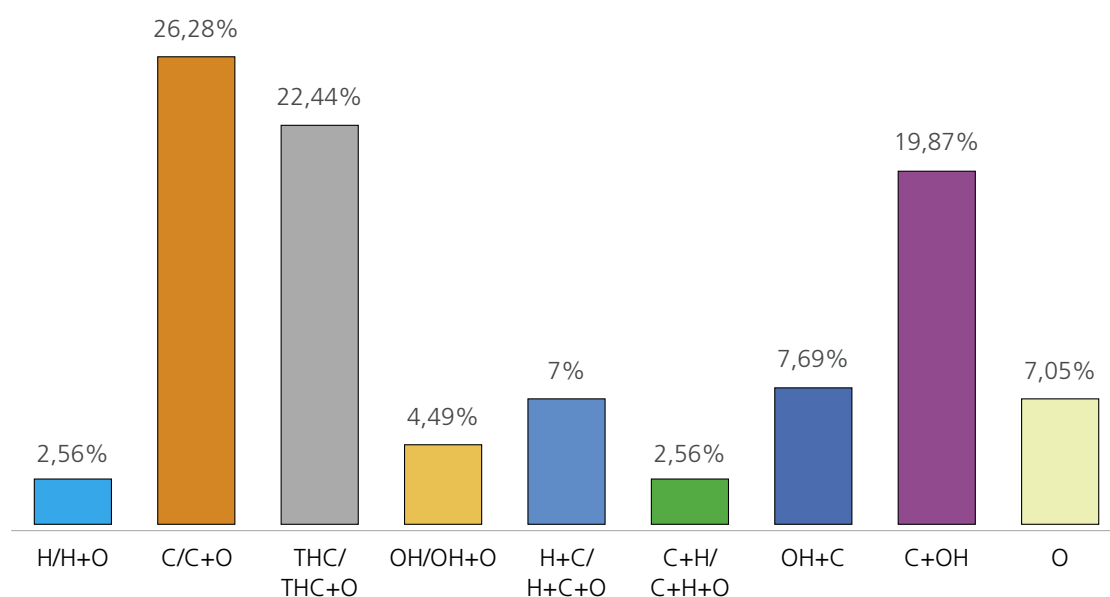


Figura 55. Distribución de pacientes nuevos en 2021 por patología de consumo.

El Protocolo para Evaluación de la Eficacia del Tratamiento establece una serie de indicadores para fijar de modo continuado los resultados de la progresión del tratamiento en base al indicador principal de eliminación del consumo o progresión positiva de la respuesta al tratamiento. En la figura 56 observamos la distribución de pacientes según evolución-eficacia de los tratamientos en 2021, con un 36% de pacientes con respuesta, un 26% en remisión continuada, un 21% en remisión inicial, y un 16,5% sin respuesta.

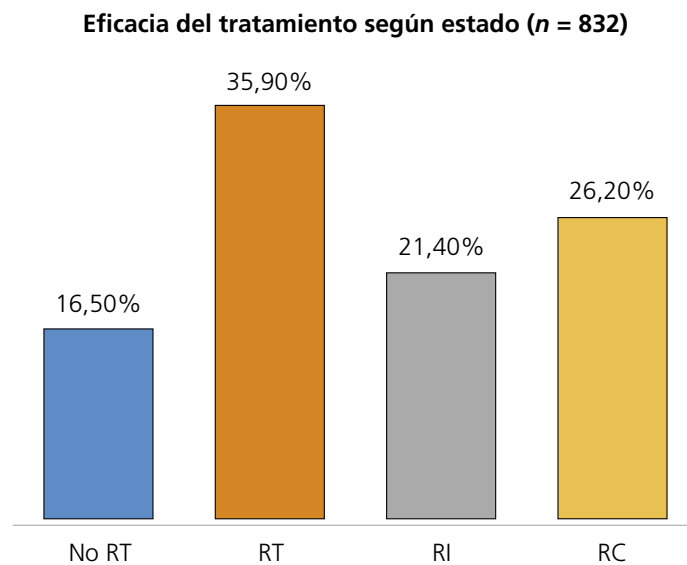


Figura 56. Distribución de pacientes nuevos en 2021 según eficacia del tratamiento.

2.3.6.2. Recursos de apoyo a los CAID en el tratamiento de los problemas adictivos

Se trata de recursos de hospitalización o residenciales, que las personas pueden tener indicados como apoyo o complemento necesario a la atención en los CAID. En las siguientes tablas 49, 50, 51 podemos ver que en 2021, 474 pacientes recibieron atención hospitalizada, 170 personas recibieron atención en hospitales de día y 294 tuvieron una estancia en un centro residencial, por estancias variables. En todos los recursos, se mantiene la atención mayoritaria en hombres frente a mujeres.

TABLA 50

Recursos de Tratamiento en Régimen de Ingreso Hospitalario. Número de plazas y atendidos en Centros Hospitalarios de Tratamiento en 2021

Plazas para Tratamiento Hospitalario y atendidos en 2021						
Núm. de plazas	CENTRO HOSPITALARIO		Plazas por centro	Atendidos	Hombres	Mujeres
92	Unidad de desintoxicación hospitalaria (UDH-HU Ramón y Cajal)		2	16	11 (68,75 %)	5 (31,25 %)
	Centro Hospitalario de trata- miento	Adultos	55	258	200 (77,5 %)	58 (22,5 %)
		Menores	5	2	2	0
	Centro Hospitalario de tratamiento para pacientes cocainómanos		30	198	149 (75,2 %)	49 (24,8 %)
TOTAL ATENDIDOS 2021				474	362	112

TABLA 51

Número de plazas y pacientes atendidos en Centros de Día en 2021

Plazas para Tratamiento Hospitalario y atendidos en 2021					
Núm. de plazas	CENTRO DE DÍA HOSPITALARIO	Plazas por centro	Pacientes atendidos	Hombres	Mujeres
92	Centro Hospitalario de tratamiento (CHTD)	40	59	43 (72,88 %)	16 (27,12 %)
	Centro de día Hospitalario de tratamiento para pacientes cocainómanos	20	111	90 (81,1 %)	21 (18,9 %)

TABLA 52

Recursos residenciales de apoyo al Tratamiento Ambulatorio

Centros residenciales	Plazas	Pacientes en 2021	Hombres	Mujeres	% mujeres
Centro Residencial de cuidados (S. Esquerdo)	30	91	78	13	14,29 %
Estancia Prolongada 1 (P. Omega)	30	42	36	6	14,29 %
Estancia Prolongada 2 (P. Garralda)	30	40	32	8	20,00 %
Estancia Prolongada 3 (P. Garralda)	25	35	29	6	17,14 %
Apoyo al Tratamiento en Centros de Día (P. Garralda)	20	58	42	16	27,59 %
Otras Patologías Mentales (P. Garralda)	20	28	25	2	7,14 %
Totales	155	294	242	51	16,74 %

2.3.6.3. Recursos de rehabilitación e inserción social

En la tabla se muestran los datos de inserción sociolaboral de los CAID de la Consejería de Sanidad:

TABLA 53

Rehabilitación e inserción social en recursos específicos 2013-2021

	Total de atendidos								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019	2020	2021
Talleres Capacitación Profesional	610	315	446	412	174	64	232	225**	278
Centro de Orientación Sociolaboral	836	813	786	806	820	632	697	748	H 601 803 M 202

* Inicio de actividad el 01/08/2018. Los talleres pasan a formar parte de las prestaciones del COS.

** La actividad formativa de los talleres de capacitación profesional, estuvo suspendida en el período de 11 marzo-1 agosto.

2.3.6.3. Cuidados sociosanitarios de reducción de daños

Los programas de reducción de daños abarcan el conjunto de acciones, individuales o colectivas, que se desarrollan en el ámbito sanitario y social, dirigidas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas.

El Servicio móvil de atención sanitaria a drogodependientes y derivación a tratamiento proporciona atención sanitaria para minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas, en los espacios marginales de venta al menudeo. Además de reducir riesgos y mejorar por ende la salud, es una vía para promover las derivaciones de esta población a los recursos de la red asistencial de drogodependencias de la Comunidad de Madrid con el fin de realizar tratamiento. El dispositivo móvil de reducción de daños realizó un total de 5.246 intervenciones sanitarias (figura 57), además de talleres de educación para la salud.

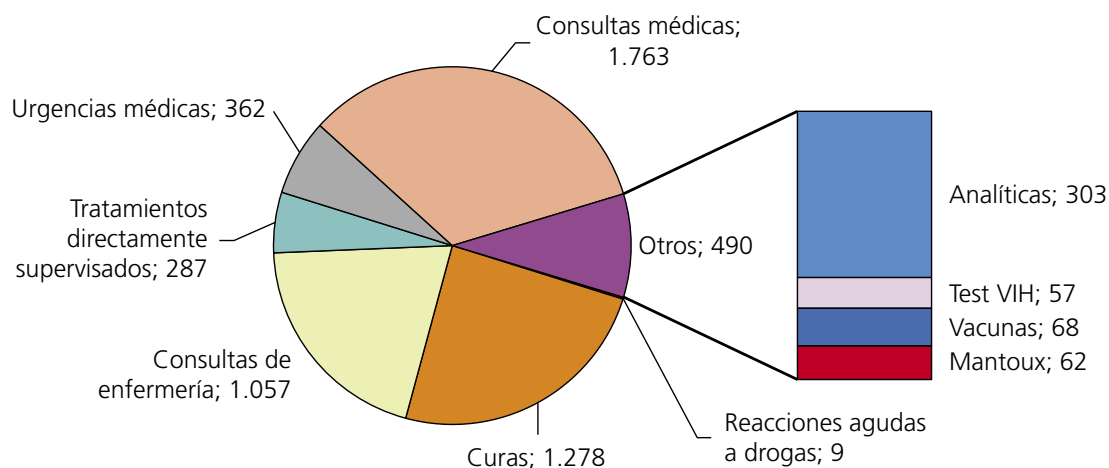


Figura 57. Distribución de las actuaciones sanitarias encaminadas a reducir daños realizadas en 2021.

Asimismo, se realizan intervenciones sociales con acompañamiento, asesoramiento, información u orientación, educativas y de tramitación de distintos documentos. Gestión con una persona, encaminada a que la institución responsable de ello, le genere el DNI, tarjeta sanitaria o un empleo.

2.3.6. OBJETIVOS INSTITUCIONALES. CALIDAD, SEGURIDAD DEL PACIENTE Y RESPETO A LOS DERECHOS

Los objetivos de salud mental en contrato programa durante los años 2012 a 2015 se incluyeron como Objetivos Institucionales de Calidad y Seguridad del Paciente de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud, a través del acuerdo con la Subdirección General de Calidad Asistencial responsable de su coordinación. Su contenido se refería especialmente a ARSUIC, protocolo de prevención de suicidio y continuidad de cuidados en adultos y en población de menores.

En los años posteriores, se han incorporado Objetivos específicos de salud mental en el contrato programa, en los que se ha mantenido como constante y prioritaria la citación precoz ARSUIC y la accesibilidad a primera consulta de CSM. Además, se han incluido diferentes objetivos por año. Por una parte, objetivos orientados a favorecer la atención continuada, proactiva y domiciliaria en las personas con TMG (contacto con el centro de salud mental, implantación del programa de enfermería domiciliaria, atención en domicilio a personas no vinculadas y a población infanto-juvenil). Por otra parte, objetivos orientados a mejorar y adecuar la atención a las personas con trastorno mental común en los Centros de Salud Mental (ansiedad y/o depresión leve-moderada). Y, finalmente objetivos de reducción de las sujeciones físicas en las UHB, con los que se ha mejorado los registros de sujeciones y actualizado los protocolos de sujeciones físicas con un enfoque de mejora de la atención en crisis y de prevención. Asimismo, a través de los objetivos se ha comprometido la puesta en marcha de planes de acción para reducir progresivamente las sujeciones, en el marco de la aplicación de la resolución 106/2017 del Viceconsejero de Sanidad, y así promover la utilización cero y el uso excepcional de las mismas.

En este sentido, cabe destacar el despliegue de la línea de trabajo promovida desde la Oficina para Impulsar medidas de mejora de la calidad de la atención basada en el respeto a los derechos y en la seguridad del paciente en Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud. Esta línea se apoya en objetivos institucionales de la organización, a través de la Estrategia de Seguridad del Paciente y del Plan de Humanización de la Consejería de Sanidad. Asimismo, trabaja en línea con la actividad desarrollada desde el Defensor del Pueblo en su doble condición de Alto Comisionado de las Cortes Generales y Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (MNP) y con el sistema judicial, en aras de intensificar la mejora de la calidad de la atención de las personas y el respeto a sus derechos.



Figura 58. Representación del trabajo colaborativo desde la ORCSMyA y los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental con los agentes implicados en la mejora de la atención y el respeto a las personas.

Desde el año 2019 se solicitan anualmente los registros de sujeciones en las unidades de hospitalización de psiquiatría (breve, media y larga estancia), tanto de adultos como de población infantojuvenil, en el marco del seguimiento de las sujeciones generales de la Dirección General de Humanización. También se solicita la información ofrecida a familiares y pacientes y la notificación, en su caso, de incidentes de seguridad. Asimismo se revisan los protocolos de sujeciones de psiquiatría para evaluar su adecuación a las recomendaciones de la Resolución 106/17.

Fruto del análisis de las áreas de mejora por parte de cada Servicio de Psiquiatría, se han identificado limitaciones en los registros y documentación de las sujeciones, en el manejo de las situaciones de crisis en las unidades en determinadas circunstancias, y en la relación con otros servicios de (Urgencias...). Ello ha permitido la implantación de numerosos planes de acción en las Unidades de Hospitalización como: Modificación y mejora de los registros (convergencia registros enfermería con psiquiatría, digitalización de registros), acuerdos sobre espacios tranquilos que reducen el riesgo de agitación en Urgencias, planes de información a familiares y allegados, formación específica para profesionales nuevos (períodos vacacionales) y de otros servicios, análisis y reflexión conjunta de equipos implicados en cada sujeción, con análisis causa- raíz y vivencia de los profesionales.

En el mismo sentido, en el año 2021, se incorpora por primera vez la realización de *Rondas de Seguridad (RS) en Unidades de Hospitalización Breve de Psiquiatría* dentro del objetivo de contrato de gestión de la Subdirección de Calidad Asistencial. Las rondas son visitas organizadas a una unidad de hospitalización o bien a otro dispositivo asistencial con miembros del equipo directivo de un centro, responsables y profesionales de la Unidad, coordinadas por la Unidad de Calidad del centro, para abordar temas de seguridad del paciente previamente definidos con responsables y profesionales de esa Unidad. Ello hace posible identificar e informar al equipo directivo de los temas de mayor interés o que más preocupan con respecto a la SP de forma directa, y, de esta forma, valorar conjuntamente mejoras que redunden en beneficio de la atención que se ofrece.

Las unidades, para realizar esta tarea, tomaron como referencia el Documento de apoyo para la realización de Rondas de Seguridad en las Unidades de Hospitalización Breve de psiquiatría (UHBs) elaborado por la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, de junio de 2020. En el 77 % de las RS que fueron analizadas, participaron miembros del equipo directivo, referentes de la unidad, y el coordinador de calidad.

Como puntos fuertes, destacar que la totalidad de actas-informe recogen el análisis de situación de las unidades en el ámbito de la seguridad el paciente. Asimismo, en la gran mayoría se identifican áreas de mejora, si bien solo un 40 % especifican plan de acción con propuestas concretas, acompañadas de responsable y cronograma.

En la mayoría de unidades no se recoge explícitamente la lectura y repaso de lo tratado en el acta de la anterior RS, por lo que se confirma lo novedoso de la actuación, al ser la primera vez que se realizaba.

De las propuestas de mejora concretas realizadas por las unidades, un 65 % se refieren a mejoras en equipamientos e infraestructuras, el 16 % a protocolización y optimización de



procesos, un 11% a normas de funcionamiento de la unidad y el 8% restante a recursos humanos y formación continuada.

También en la misma línea, se ha elaborado e iniciada su implantación a finales de 2021, el *Protocolo de atención en crisis y traslados de personas con problemas de salud mental*, en colaboración con el SUMMA112, y con la participación de profesionales de salud mental, que promueve un cambio de cultura en la atención de emergencia de salud mental. Este protocolo ha venido a unirse a un amplio proyecto formativo en atención en crisis, que pretende llegar a todos los profesionales del Servicio Madrileño de Salud, y, especialmente, a profesionales de unidades de hospitalización de psiquiatría, Servicios de Urgencias de Hospital y de Atención Primaria, utilizando metodología de simulación en centros especializados con escenarios recreados y actores.



Figura 59. Portada de documentos elaborados en la línea de trabajo de mejora de la atención basada en el respeto a los derechos y en la seguridad del paciente en atención en crisis y en hospitalización de psiquiatría.

Se puede decir que, se ha avanzado en las líneas de trabajo marcadas y en la cultura de seguridad en salud mental, a través de fórmulas colaborativas con diferentes ámbitos asistenciales, profesionales, agentes implicados, utilizando diferentes mecanismos de ayuda para impulsarlas. Los objetivos de contrato de gestión, han constituido una herramienta eficaz para promover el compromiso de las Gerencias con los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, haciéndolos equiparables a otros servicios y promoviendo las especificidades propias. En la nueva Estrategia de Seguridad del Paciente 2027 del Servicio Madrileño de Salud se mantiene una línea específica de Salud Mental, coordinada desde la ORCSMyA. Con ella se tratará de consolidar en los próximos años los tres objetivos vigentes (seguridad en el riesgo suicida, seguridad ante medidas restrictivas y la seguridad específica en personas con TMG), y precisar actuaciones en poblaciones específicas, como en la red de adicciones, en personas con trastornos del espectro autista o con discapacidad intelectual. Asimismo, se tratará de seguir avanzando en la coordinación de las actuaciones en seguridad del paciente y respeto a los derechos y su integración sistemática en las unidades, como estímulo para el avance conjunto de la cultura de seguridad y mejora continua en Salud Mental y Adicciones.

2.4. EVALUACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2018-2020

El Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 (PSM2018-2020) fue aprobado el 17 de abril de 2018 por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid. Desde entonces hasta el momento de evaluación final (Mayo 2021) se desarrollaron todas las actuaciones con dotación presupuestaria previstas para los años **2018, 2019 y 2020** en cuanto a nuevas acciones de recursos humanos, casi por completo las relacionadas con concurso de camas, en su totalidad las destinadas a formación de profesionales y se ha avanzado en las restantes actuaciones organizativas sin presupuesto, tanto de manera central desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) como desde los Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental.

Destaca la coincidencia en el **último año del Plan** de la **pandemia** sobrevenida por **COVID19**, que ha condicionado inevitablemente el desarrollo del mismo, especialmente en las cuestiones organizativas y de coordinación, si bien se ha ejecutado el presupuesto planificado para 2020 en su totalidad.

Los resultados globales del PSM según las diferentes líneas, considerando los porcentajes de actuaciones finalizadas o en desarrollo son las que se reflejan en el siguiente gráfico.

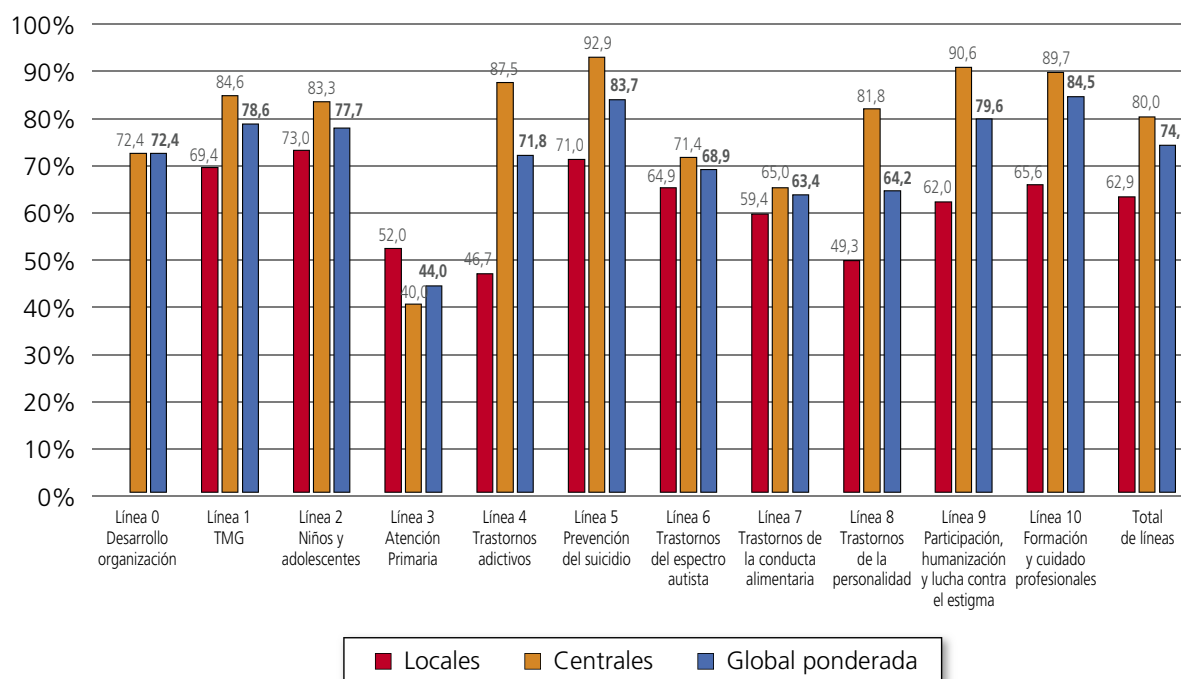


Figura 60. Distribución del cumplimiento global del plan (actuaciones finalizadas y en desarrollo) según alcance central o local y por línea Estratégica.

Se puede comprobar que el resultado en las actuaciones de alcance central son ligeramente mejores que las locales desarrolladas por los Servicios y Áreas de Gestión.

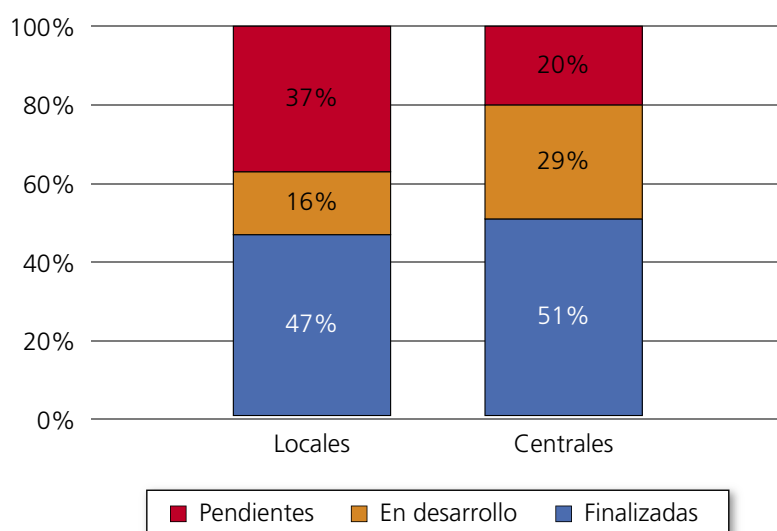


Figura 61. Distribución de las actuaciones del Plan de alcance local y central en función su grado de desarrollo final.

En relación con las actuaciones realizadas con presupuesto, se ha conseguido incrementar los recursos humanos en 225 profesionales, la mayoría de los cuales sirvió para refuerzo de los Centros de Salud Mental, tal y como se muestra en la figura 62.

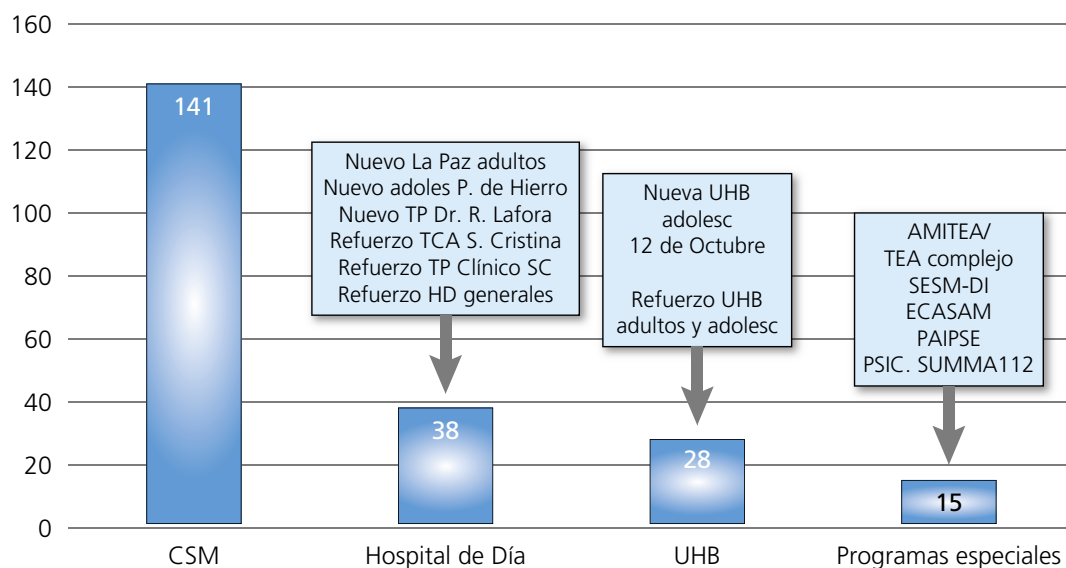


Figura 62. Distribución de nuevas plazas estructurales creadas por dispositivo en los años 2018-2020 en relación al Plan de Salud Mental 2018-2020.

- La implementación del Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 en su período de vigencia se considera satisfactoria, con la mitad de las actuaciones finalizadas, y una cuarta parte adicional iniciadas y en proceso de implementación. Las actuaciones con presupuesto se han implementado en su totalidad, tal como se priorizó para la mejor ejecución de las actuaciones organizativas.

- ❑ Destaca el mayor cumplimiento de las líneas preeminentes 1 y 2 de atención a personas con trastorno mental grave y a la infancia y adolescencia, con una mayor proporción de actuaciones con presupuesto.
- ❑ Sobresale el avance en las líneas 9 de participación, humanización y lucha contra el estigma, tanto a nivel central como local, y la formación a los profesionales, impulsando las líneas del trabajo del plan.
- ❑ El menor avance en la línea de atención a la salud mental en Atención Primaria, fuera del ámbito competencial de salud mental, debe reorientarse específicamente, de cara a mejorar la atención a pacientes con trastorno mental común (ansiedad-depresión), de gravedad leve y moderada, y a la prevención del suicidio.
- ❑ En cuanto a la línea de atención a las personas con trastornos adictivos, la implementación se ha visto condicionada por la integración de las competencias de coordinación asistencial de esta red en la estructura de la Oficina Regional desde finales de 2019.
- ❑ En el período de vigencia del plan, con la implementación de las diversas actuaciones y en el mismo proceso de evaluación, se ha observado un avance del trabajo coordinado tanto de los Servicios con la Oficina, como integrado dentro de cada Servicio, como se pretende impulsar en la línea estratégica 0 de desarrollo de la organización para el desarrollo de Áreas de gestión integradas.
- ❑ Se ha realizado un importante esfuerzo por parte de los Servicios y Unidades en la medición de los indicadores propuestos en el plan, lo que se considera un paso importante en la cultura de evaluación y de mejora continua como Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.
- ❑ Las mediciones realizadas han adquirido un papel exploratorio y de negociación, que permiten situarnos en un punto de partida ventajoso a la hora de marcar las nuevas acciones del Plan que ahora se aborda, tanto a nivel de los grupos de trabajo, como de la propia Oficina.
- ❑ El esfuerzo realizado desde la Oficina, así como desde los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, con el apoyo presupuestario y con los resultados obtenidos sitúa a la atención a la Salud Mental en un punto de partida esperanzador para la progresión de actuaciones de mejora necesarios en los próximos años, y adaptados a la nueva realidad pandémica y postpandémica, a través del siguiente Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024.

2.5. CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA. ANÁLISIS DAFO-CAME

Las conclusiones y áreas de mejora identificadas han tenido en cuenta el análisis de situación, aspectos de análisis externo del marco de referencia y elementos identificados por participantes y grupos de interés en el proceso dinámico de elaboración del plan.

Estas conclusiones servirán para completar el DAFO-CAME construido por la Oficina con el Comité Operativo, para definir contenidos clave del plan que se muestra a continuación.



Entre las conclusiones del análisis de situación destacan las siguientes:

1. Se mantiene la complejidad de la demanda de atención a adultos y especialmente a adultos jóvenes, con un aumento sostenido del número de pacientes en el Programa de Continuidad de Cuidados que se derivan a centros de Rehabilitación de media y larga estancia desde los CSM.
2. Aumento significativo de la demanda de atención compleja en adolescentes, incrementada en el contexto de pandemia. Destaca el incremento de personas con TCA, así como con conducta suicida, especialmente en población de mujeres jóvenes.
3. Progresivo envejecimiento de la población y requerimientos específicos en la atención a los problemas de salud mental en este grupo cada vez más prevalente de adultos mayores y ancianos, que supone mayor fragilidad.
4. Con las nuevas acciones presupuestadas y ejecutadas en el Plan de salud Mental 2018-2020, la ratio poblacional de profesionales se aproxima o alcanza en todas las áreas la propuesta deseable desde el Plan de Salud Mental 2003-2008 referida a la atención ambulatoria en Centros de Salud Mental (1 Psiquiatra de adultos/20.000 habitantes mayores de 18 años; 1 Psicólogo de adultos/40.000 habitantes mayores de 18 años; 1 Enfermera / 40.000 habitantes; 1 Psiquiatra infantil/20.000 habitantes menores de 18 años; 1 Psicólogo infantil/25.000 habitantes menores de 18 años; 1 Trabajador Social/75.000 habitantes).

Como consecuencia de estas conclusiones se considera necesario seguir avanzando en un modelo de organización orientado más proactivamente al tratamiento intensivo del Trastorno Mental Grave en la comunidad, por ser especialmente susceptible de ser víctima de la *ley de cuidados inversos*, para evitar su acceso tardío, incremento de la complejidad y cronicidad. Para acometer estas mejoras se requiere una mayor proactividad e intensidad de tratamiento desde los CSM, hospitales de día y también desde los recursos de rehabilitación para la mejor recuperación y retorno a la comunidad. Para ello se requiere, por una parte, de refuerzo de recursos humanos, y también de sistematizar la atención intensiva en los programas PCC, en la atención en domicilio y en la hospitalización de día. Asimismo, se requiere avanzar en aspectos organizativos de atención en adultos mayores y ancianos con problemas de salud mental (psicogeriatría), con escaso desarrollo en la red de salud mental.

En paralelo, y con el mismo espíritu proactivo, se ha de mejorar el tratamiento del Trastorno Mental Común, en coordinación eficiente con Atención Primaria, combatiendo conjuntamente el fenómeno de patologización de los malestares de la vida cotidiana, por ser maleficente, ineficiente e inequitativo, e incorporando actuaciones de prevención desde ese ámbito y en colaboración con los activos sociales de la comunidad.

Es importante valorar revisiones en cuanto a ratio de profesionales, conjuntamente con la búsqueda de colaboración intersectorial y de prevención, en base al incremento de necesidades en el contexto actual, especialmente en población infanto-juvenil y en aquellas con especial vulnerabilidad. Se requiere complementar las actuaciones de provisión de recursos de respuesta asistencial con otras de carácter organizativo y de coordinación, tanto con otros

ámbitos de Salud Pública y Atención Primaria como con recursos sociales y entidades de Educación Empleo... Se trata de prevenir problemas de salud mental.

Asimismo es imprescindible potenciar la articulación armoniosa entre las redes asistenciales complejas que le dan cobertura (Sanitaria de salud mental y de adicciones y Rehabilitadora Psicosocial), afianzándose el modelo colaborativo vinculante de coordinación ya establecido, cuyo objetivo final sea mejorar la atención efectiva, eficiente y respetuosa a los ciudadanos, con su creciente participación activa y protagonismo.

En definitiva continuar avanzando en la reorientación del modelo hacia un funcionamiento proactivo pasa por abordar las siguientes áreas de mejora que ya se identificaron en el anterior plan, y que continúan marcando, con nuevas acciones en un nivel de implantación superior, el desarrollo de las líneas estratégicas del nuevo plan:

1. Accesibilidad e intensificación de los programas asistenciales para adecuarlos a la necesidad de cada persona con Trastorno Mental Grave y facilitar su mayor recuperación precoz, en adultos y en la infancia y adolescencia.
2. Dimensionamiento de los recursos humanos según las necesidades identificadas y la respuesta en cada ámbito geográfico para la intensificación sistematizada de la asistencia.
3. Formación de los profesionales para la mejor atención continuada y en crisis, con promoción de las buenas prácticas, de la planificación compartida de la atención y de la seguridad del paciente.
4. Desarrollo de Sistemas de información que mejoren el conocimiento de las necesidades y actividad, con fines asistenciales y de gestión.
5. Conocimiento, evaluación e intercambio de buenas prácticas y de experiencias de profesionales y centros para favorecer la atención efectiva, respetuosa con las personas y eficiente.
6. Respuesta coordinada y eficiente a las personas con Trastorno Mental Común.
7. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, no patologización de los malestares y prevención de los daños producidos por el propio sistema sanitario.
8. Atención coordinada y de calidad a las personas con trastornos adictivos.

Como hemos señalado en el apartado sobre metodología, con las áreas de mejora y conclusiones extraídas se trata de sistematizar y completar las Fortalezas y las Debilidades a nivel interno y las Oportunidades y Amenazas a nivel externo (fuera del ámbito asistencial de Salud Mental y Adicciones), a través del siguiente análisis DAFO-CAME. Se ha realizado con la participación de la Oficina, y del Comité Operativo (Jefes de Servicio y Servicios de Psiquiatría y Salud Mental).

En las siguientes tablas se recogen cada uno de estos apartados



TABLA 54

Análisis DAFO. Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-24

FORTALEZAS
• Estructura de red de salud mental y de adicciones del Servicio Madrileño de Salud, con recursos comunitarios de proximidad para atención ambulatoria y en unidades de hospitalización, según gravedad del paciente. • Equipos de profesionales multidisciplinares con elevada especialización y compromiso con el paciente. • Coordinación socio-sanitaria para casos complejos con circuitos establecidos con la red de apoyo específica de Política social. • Acceso directo y sin lista de espera al tratamiento ambulatorio de adicciones y lista de espera inferior a 30 días para ingreso para desintoxicación y deshabituación. • Red de recursos específicos en tratamiento de adicciones, de trastorno de la conducta alimentaria y de trastorno de personalidad. • Programas específicos para poblaciones con especial vulnerabilidad (ECASAM y violencia de género). • Programa de atención integral al profesional sanitario enfermo (PAIPSE). • Financiación reciente a través del Plan de Salud Mental y el compromiso de Inversión. • Formación continuada específica de salud mental, alineada con los objetivos de la organización. • Despliegue de acciones estratégicas sobre áreas clave para los usuarios como el respeto a los derechos y la reducción de la coerción. • Reciente coordinación centralizada en salud mental y en adicciones. • Alineación del modelo asistencial en salud mental y adicciones con el promovido por la OMS.

TABLA 55

Análisis DAFO. Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-24

DEBILIDADES
• Infraestructuras en Centros de Salud Mental, CAID/CTA y áreas especiales en Servicios de Urgencias. • Demora para hospitales de día, unidades de media y larga estancia y miniresidencias. • Demora para atención ambulatoria en la red de salud mental. • Limitación en la coordinación y comunicación con Atención Primaria. • Limitación en la coordinación entre recursos de proximidad de la red de salud mental y recursos de adicciones. • Dificultades para obtener Indicadores comunes y cuadro de mandos central. • Dificil explotación centralizada y automatizada de actividad de los CSMs y CAIDs/CTAs en cuanto a perfiles de pacientes, morbilidad atendida y efectividad de tratamientos. • Limitado Intercambio entre unidades de conocimiento y prácticas basadas en la experiencia y en la evidencia. • Limitación en la Prestación de la asistencia ambulatoria homogénea. • Falta de equivalencia en condiciones laborales y de acceso a formación continuada de profesionales de adicciones y de salud mental. • Limitada aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para el análisis de la información. • Dificultades para la mayor participación de los/las pacientes en las actuaciones para la mejora de la calidad de la atención.

TABLA 56

Análisis DAFO. Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-24

OPORTUNIDADES
• Creciente interés por la salud mental en la población general y la disminución del estigma. • Valoración como prioritaria de la Salud Mental por parte de las Administraciones públicas tras la pandemia con compromiso de financiación. • Mayor sensibilización hacia la importancia de la prevención de los problemas de salud mental y del suicidio. • Legislación favorable a la no discriminación y el avance de los derechos las personas en salud mental. • Legislación favorable a la protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. • Utilización del trabajo colaborativo en red con organismos nacionales e internacionales. • Despliegue en la organización de acciones estratégicas sobre humanización, seguridad del paciente y poblaciones vulnerables (por ejemplo: fragilidad y longevidad saludable, violencia de género). • Actitud proclive a la coordinación y colaboración intersectorial tras la flexibilización de las estructuras administrativas durante la pandemia. • Reconocimiento de la evaluación, de la eficiencia y medición para la equidad y calidad de la atención. • Desarrollo de las nuevas tecnologías para la coordinación entre profesionales y de profesionales con pacientes (HCE, e-consulta, telemática, videoconferencia...). • Nueva Especialidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

TABLA 57

Análisis DAFO. Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-24

AMENAZAS
• Limitación de recursos en situación de crisis económica. • Impacto de la crisis económica en las poblaciones vulnerables. • Disponibilidad limitada de profesionales especialistas. • Jubilación de profesionales de la cohorte demográfica conocida como baby boomer. • Fatiga de los profesionales tras la situación de pandemia. • Incremento de la demanda asistencial grave y compleja. • Incremento de la demanda asistencial en población infanto-juvenil. • Incremento del riesgo de conducta suicida en situación de postcrisis pandémica. • Atención Primaria en situación postpandémica. • Patologización de los malestares de la vida cotidiana. • Riesgo de ley de cuidados inversos en caso de pacientes con TMG. • Riesgo incrementado de patología mental y adictiva con el incremento de uso de nuevas tecnologías.

De acuerdo a la estructuración del análisis DAFO-CAME, se establecen las ideas clave que han de orientar las actuaciones de las diferentes líneas estratégicas, para tratar de corregir las debilidades, afrontar las amenazas, mantener las fortalezas y aprovechar las oportunidades.

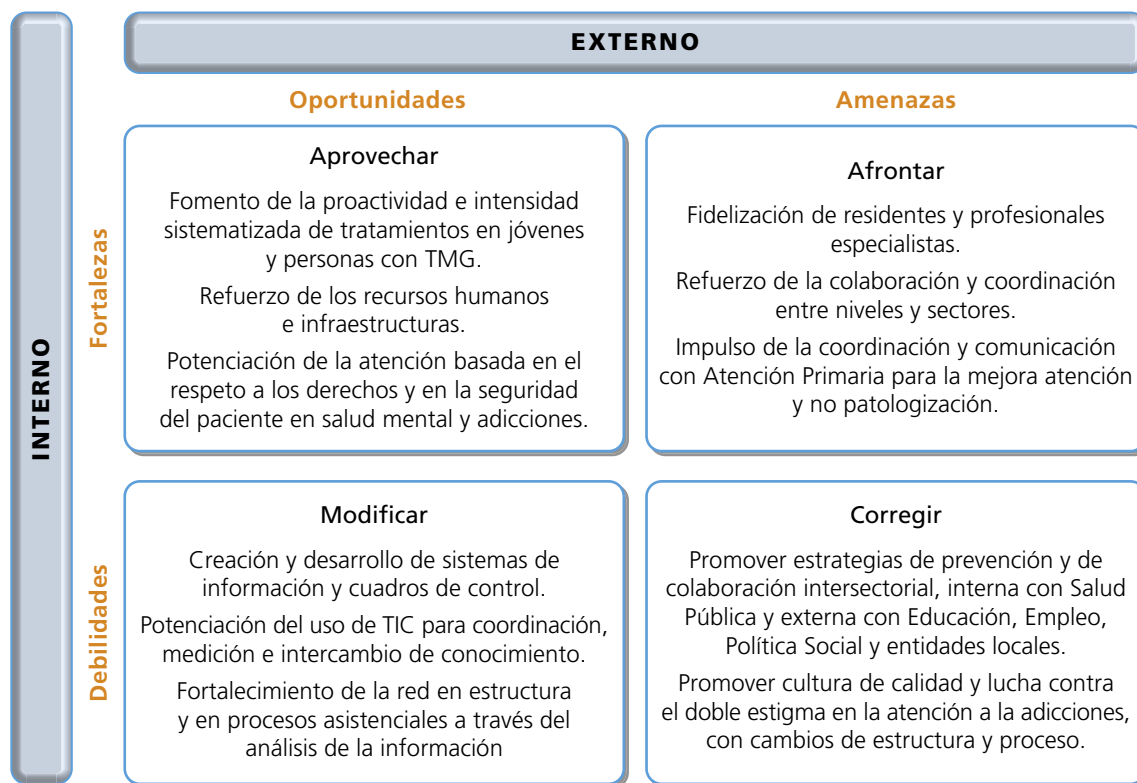


Figura 63. DAFO-CAME.

Entre las áreas de mejora identificadas, podemos destacar:

Aprovechar oportunidades y mantener fortalezas

- ❖ Criterios comunes los Programas de Continuidad de Cuidados de pacientes adultos e implantación homogénea en los centros de salud mental.
- ❖ Categorización funcional de las personas adultas con Trastorno Mental Grave incluidas en Programa de Continuidad de Cuidados, para la indicación específica según necesidad (gravedad/funcionalidad y vinculación al centro) de los subprogramas para intensificar la atención.
- ❖ Potenciar la atención intensiva en Hospital de Día infanto-juvenil y la atención intensiva más allá del centro, llegando al entorno y domicilio de pacientes y familias.
- ❖ Dotación en recursos humanos, de los Centros de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud, en especial los que están destinados a la atención a población infanto-juvenil y evaluación de necesidades y respuesta.
- ❖ Optimización de los recursos de camas de media y de larga estancia para pacientes con Trastorno Mental Grave para favorecer el retorno a la comunidad.
- ❖ Atención intensiva especializada a través de Hospitalización de Día para Trastornos Graves de La Personalidad, que complemente la atención por el Dr. Rodríguez Lafora y Hospital Clínico de San Carlos dentro del Servicio Madrileño de Salud.

- ❖ Impulso de los medios para promover la atención de calidad basada en el respeto a los derechos y en la seguridad del paciente, con la participación de representantes de usuarios y familiares y de los agentes de ayuda mutua o peer ti peer en los diferentes ámbitos de actuación.
- ❖ Luchas contra el estigma y la discriminación de las personas con problemas de salud mental y el denominado doble estigma de las personas con trastornos adictivo en los servicios sanitarios de salud mental.

Corregir debilidades y aprovechar oportunidades

- ❖ Conocimiento sobre la morbilidad atendida en los centros de salud mental y la efectividad de los tratamientos a través de modelos de automatización central de información factibles en nuestro contexto.
- ❖ Definición y medición de indicadores clave que permitan la comparabilidad y la evaluación efectiva de la asistencia y calidad.
- ❖ Información sobre tiempos medios y máximos de espera para primeras consultas en los Servicios de Salud Mental para la atención en las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica, tanto para adultos como para infantojuvenil.

Mantener fortalezas y afrontar amenazas

- ❖ Gestión integrada de los diferentes dispositivos de acción e implantación de Áreas de Gestión Clínica en Salud Mental.
- ❖ Comunicación y coordinación con Atención Primaria a todos los niveles, con objeto de analizar el número de primeras consultas a salud mental y la mejora de la atención adecuada al trastorno mental común, la prevención y la no patologización de los malestares.

Corregir debilidades y afrontar amenazas

- ❖ Actividad preventiva de los trastornos mentales y de la conducta suicida.
- ❖ Continuar implantando y evaluar los programas de transición entre los Unidades del Servicio Madrileño de Salud para favorecer la continuación en la asistencia de adolescentes en la vida adulta.
- ❖ Plan de Prevención del Suicidio con un enfoque participativo e intersectorial que vaya más allá de lo sanitario, con la intervención de otros organismos públicos y activos sociales. Mejora de la vigilancia epidemiológica y de la atención precoz y especializada en Salud Mental de las personas con conducta suicida.
- ❖ Homogeneización de los recursos de adicciones y equiparación de la situación de los profesionales.



3

Misión, visión y valores
del plan

MISIÓN

Definir, planificar, implementar y evaluar las actuaciones efectivas y coordinadas que cubran las necesidades identificadas para mejorar la atención a la salud mental y a los trastornos adictivos de la población de la Comunidad de Madrid, en el marco del modelo comunitario de atención.

VISIÓN

Avanzar en el proceso de mejora continua, reorientando la organización hacia un funcionamiento más proactivo, participativo y eficiente, con el objetivo de garantizar la accesibilidad y atención precoz, integral, multidisciplinar, integrada, flexible, segura, satisfactoria, respetuosa, homogénea y pertinente, a través de la generalización de actuaciones efectivas que reduzcan la variabilidad y faciliten la continuidad; para conseguir el mejor tratamiento, rehabilitación y recuperación de las personas y la motivación y el atractivo para los profesionales, con el fomento de la investigación y la docencia de calidad. Y, con todo ello, lograr la excelencia en la atención a la salud mental y a los trastornos adictivos de la Comunidad de Madrid.

VALORES

- Garantía del ejercicio de la Autonomía de las personas con Trastorno Mental y promoción de su máximo grado posible y consecución de su proyecto vital.
- Respeto a la dignidad de las personas con Trastorno Mental y sus derechos y evitación prevención de prácticas restrictivas innecesarias maleficentes.
- Humanización de la asistencia en Salud Mental y lucha contra el Estigma.
- Participación activa y corresponsable de las personas con Trastorno Mental, familias, profesionales y otras entidades de la sociedad civil articuladas en torno a la salud mental.
- Equidad en el acceso, Justicia distributiva en la asignación de recursos y evitación de la ley de cuidados inversos en salud mental.
- Eficiencia en los distintos niveles de gestión en Salud Mental.
- Responsabilidad en el ejercicio de liderazgos clínicos y de gestión.
- Profesionalidad, ética y compromiso; Trabajo en equipo y en red multidisciplinar con vocación comunitaria y ambulatoria.
- Interés por generar talento y búsqueda de la innovación.





4

Metodología de elaboración del plan

Tras el período de vigencia del Plan de Salud Mental 2018-2020, y habiéndose finalizado la evaluación completa del mismo, tanto en sus actuaciones con presupuesto como en las de tipo organizativo y de coordinación, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) asume el proyecto de elaborar un nuevo Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 del Servicio Madrileño de Salud.

Con este fin, y en un contexto especialmente marcado por la pandemia por COVID19, con importantes efectos en la población, en los profesionales y en la situación de los servicios de salud, con impacto en la planificación futura, la ORCSMyA comienza por realizar el análisis de situación de manera centralizada. Se realiza de esta forma la actualización de información epidemiológica general y de recursos, y la identificación de necesidades, con objeto de priorizar claramente la Memoria Económica del Plan, que trate de comprometer en el mayor grado posible una necesaria dotación de recursos y presupuesto en salud mental y adicciones en un complejo contexto de crisis.

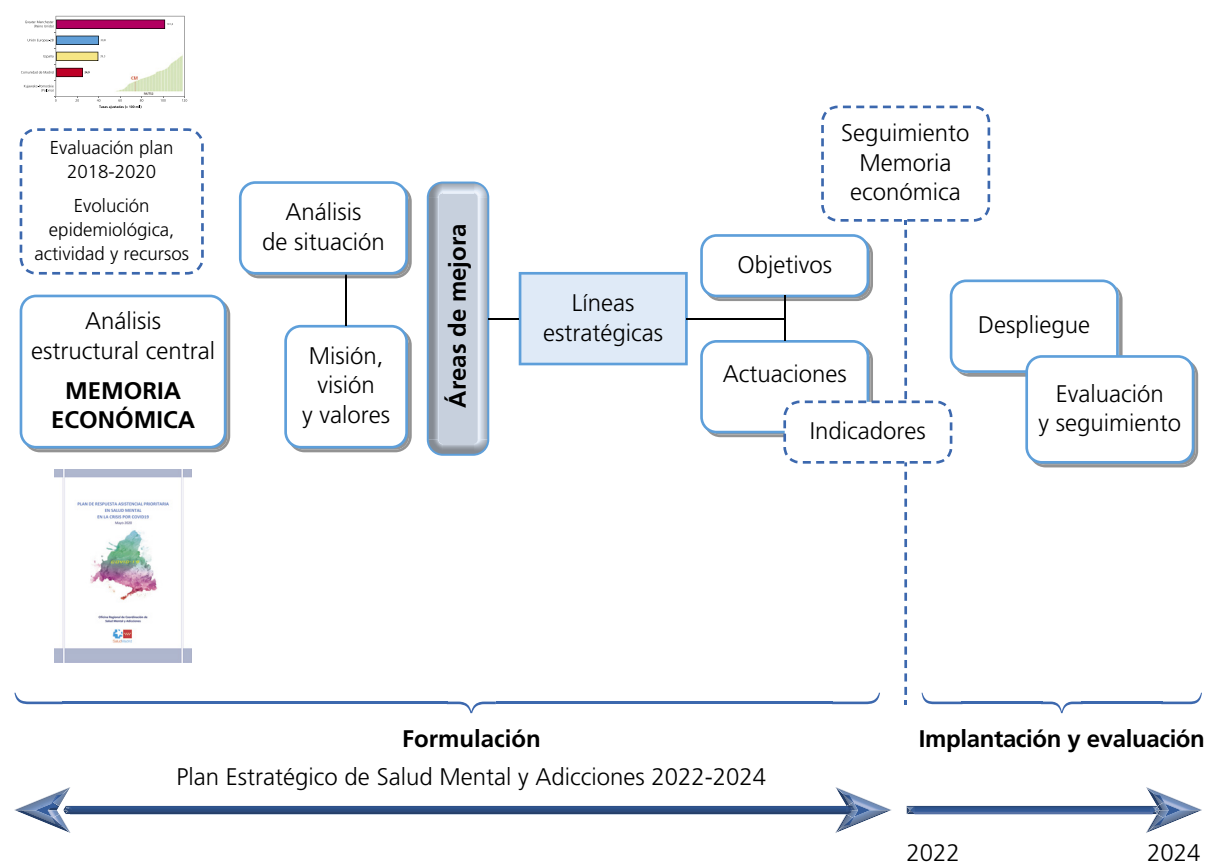


Figura 64. Organización de los participantes en el proceso de trabajo para la elaboración del plan.

En este sentido, cabe destacar que durante la elaboración del presente plan, se han simultaneado la evaluación del previo, la planificación estructural en un contexto pandémico, con necesidades propias que requieren de respuestas ágiles y precisas, y la propia gestión de la pandemia en las redes de salud mental y también en la de adicciones, recién incorporada esta a la dependencia central de la Oficina. Si bien ha supuesto un reto importante de compatibilización y gestión del tiempo, las personas y los recursos, también se ha considerado una oportunidad para profundizar en el conocimiento de la red y de las personas, afianzamiento de los lazos y alianza internas y externas y ajuste de necesidades y respuestas, para la mejor gestión de la crisis.

Para continuar con la formulación de las propuestas del plan, se abrió una fase participativa para mantener el enfoque aplicado en el Plan anterior e involucrar al máximo de actores posibles, con el fin de generar compromisos que permitan la viabilidad y sostenibilidad de las acciones, así como el ajuste a las necesidades y prioridades del momento.

En esta ocasión se ha avanzado en el proceso de participación con la incorporación, desde el principio, de representantes de usuarios y familiares en los grupos de trabajo junto con profesionales de diferentes dispositivos de Salud Mental, así como de Atención Primaria, de otras especialidades como Neuropediatría y Geriátrica y de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social.

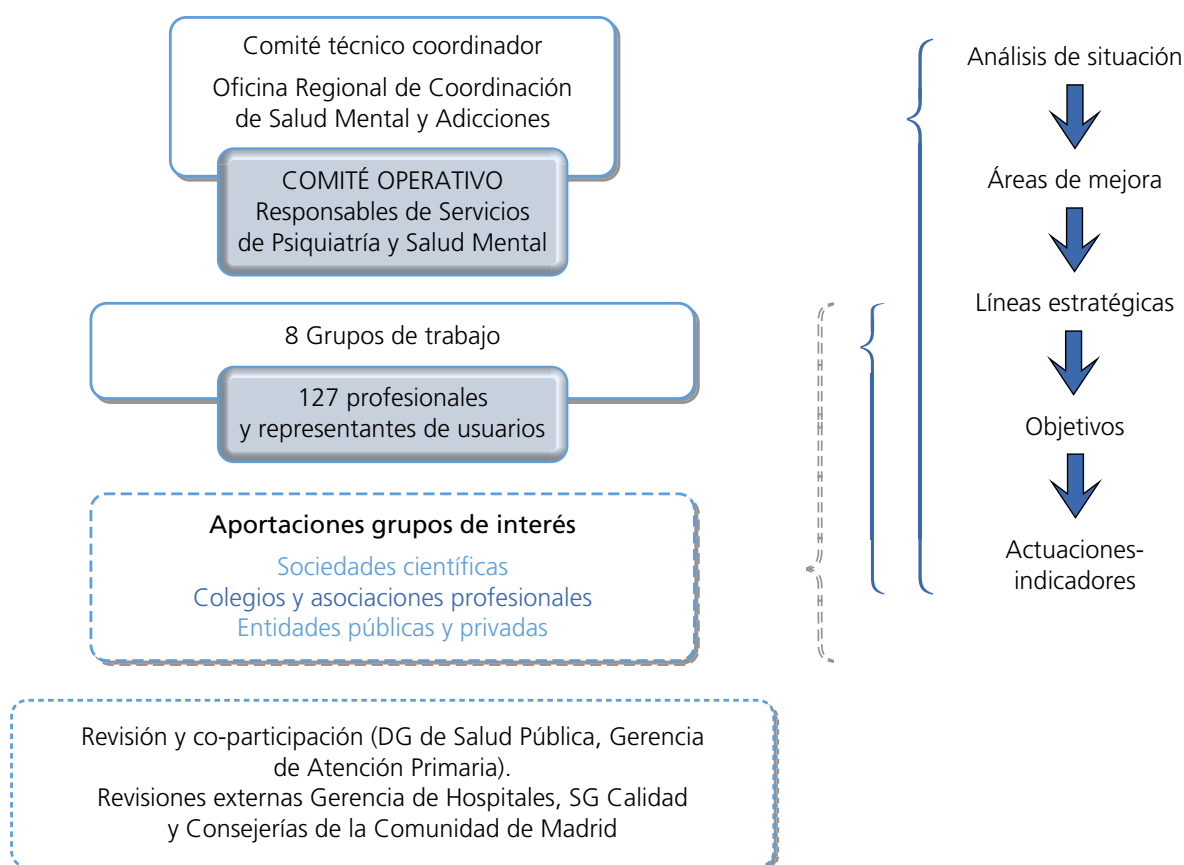


Figura 65. Metodología de elaboración del plan.

Han trabajado conjuntamente 127 personas entre profesionales y representantes de usuarios, en 8 grupos de trabajo, coordinados por profesionales de salud mental, con objeto de completar en análisis de los problemas identificados y formular las propuestas de objetivos y de actuaciones orientadas a su consecución.

Las mediciones realizadas en la evaluación del plan anterior, han permitido situarnos en un punto de partida ventajoso a la hora de marcar las nuevas acciones del siguiente Plan, tanto a nivel de los grupos de trabajo, como de la propia Oficina. Los informes de resultados de cada línea estratégica fueron utilizados como documento de apoyo para los grupos de trabajo en la elaboración del siguiente Plan.

A continuación describimos el proceso de elaboración dividido en Fases.

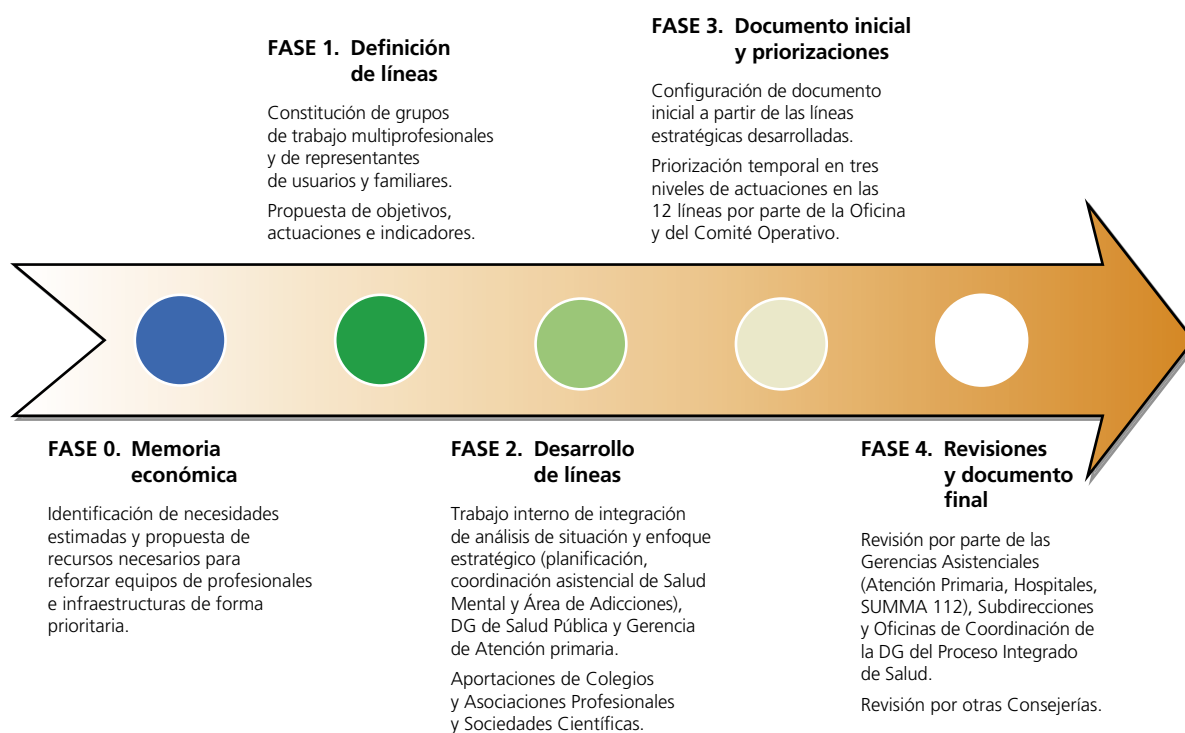


Figura 66. Fases de elaboración del PSMYA 22-24.

FASE 0. MEMORIA ECONÓMICA

La prioridad en la dotación económica necesaria para afrontar un nuevo plan de salud mental en el contexto pandémico, situó la memoria económica como imprescindible al inicio del proceso de elaboración del plan.

Para la detección de necesidades estructurales se tomaron en consideración criterios de ratio de profesionales de Salud Mental en poblaciones de referencia, índice de privación de las zonas de referencia, la demanda actual e incremento de demanda, teniendo en cuenta

el impacto de la crisis COVID19 con necesidades específicas, como la emergente en el ámbito de atención a población infanto-juvenil. Asimismo, se han considerado necesidades especiales en el enfoque estratégico de cuidado de profesionales, poblaciones vulnerables y mejora de la atención y seguridad del paciente en situaciones de mayor riesgo. El seguimiento y monitorización de indicadores desde junio de 2020 del Plan de respuesta asistencial prioritaria de la crisis COVID19 facilitó la información sobre necesidades y la propuesta de escenarios presupuestarios.

FASE 1. DEFINICIÓN DE LÍNEAS ESTRATÉGICAS, TRABAJO DE GRUPOS Y CONSTRUCCIÓN DE DAFO

En el diagrama siguiente se muestran los 8 grupos de trabajo que se conformaron con personas de amplia trayectoria de compromiso con el paciente y usuario en salud mental. Como se observa, con respecto al plan anterior, no se desarrolló grupo para la prevención del suicidio, dado que se inició en paralelo el primer Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid, de carácter intersectorial, y con la participación de otras Consejerías, coordinado desde la ORCSMyA. De esta manera, el trabajo en esa línea pasa a desarrollarse desde un plan intersectorial que trasciende lo sanitario, en cuya elaboración y despliegue se crean grupos de trabajo propios, con actuaciones específicas para Salud Mental, que desarrollarán y evaluarán, siguiendo el cauce metodológico y de evaluación de dicho Plan.

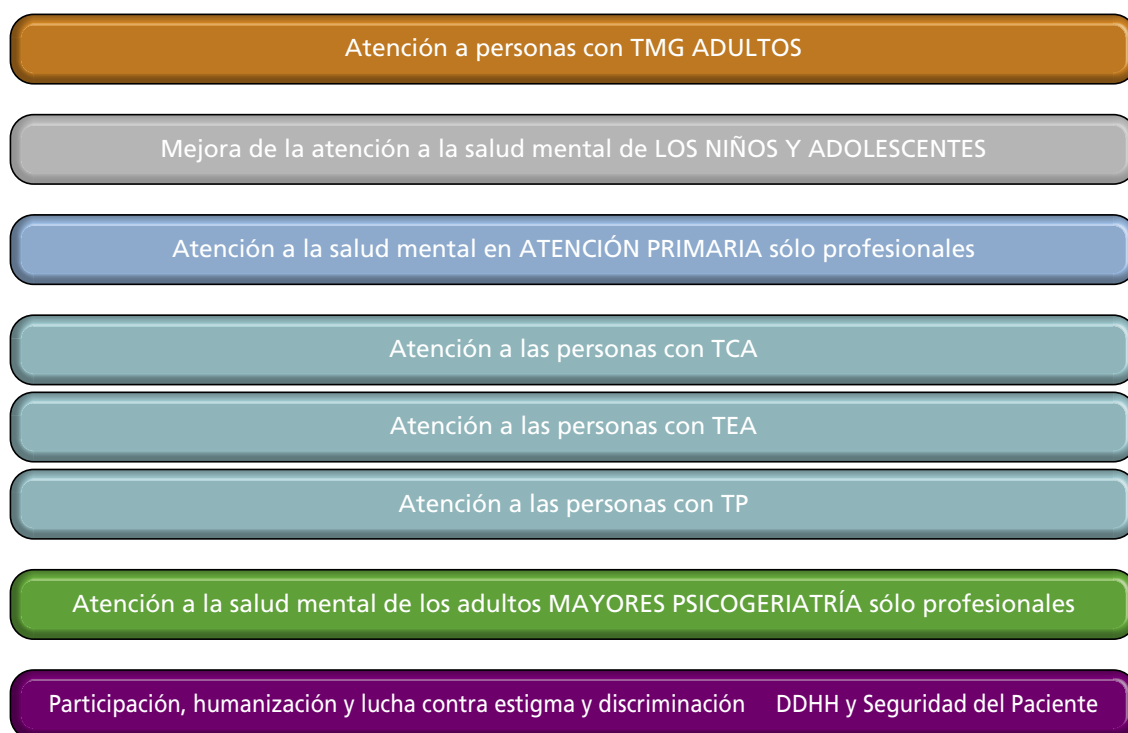


Figura 67. Grupos de trabajo de profesionales y representantes de usuarios para el desarrollo de las Líneas estratégicas PSMMyA 20-24.

Asimismo, se incorpora un grupo de trabajo nuevo respecto al plan previo que conformará el contenido de una nueva línea Estratégica del plan orientada a la mejora de la atención en salud mental de los adultos mayores y ancianos (psicogeriatría), área por desarrollar en nuestro sistema y con una población foco creciente y con especial vulnerabilidad.

Como se observa en el diagrama (figura 67), no se incorporaron en esta fase participativa las asociaciones de pacientes y familiares en los grupos de trabajo multiprofesionales de la línea de Atención Primaria, y en la de Psicogeriatría, por encontrarse ambos en un estado organizativo con mayor recorrido que en las demás. Ello requiere por tanto, un mayor trabajo interno de desarrollo. Asimismo, el grupo de trabajo de atención a la salud mental en AP, determinó un cambio en la denominación de esta línea, que pasó a llamarse de coordinación y comunicación entre Salud Mental y Adicciones y Atención Primaria.

Por otra parte, se consideró la participación de los responsables de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en la elaboración como parte del Comité Operativo del Plan, que dará respuesta, como en el Plan anterior, al despliegue de las acciones locales y a su evaluación. En este Comité participaron en torno a 60 profesionales en diferentes momentos.

La participación del Comité Operativo del Plan consiste, por una parte, en la propuesta de misión, visión y valores para el plan, y, por otra, en la construcción del análisis DAFO-CA-ME, conjuntamente con la Oficina. De esta manera, se completa el análisis de situación, con la relación de las fortalezas y debilidades internas más repetidas, desde los diferentes focos, y las amenazas y oportunidades externas (considerando externo lo que va más allá de la red de salud mental y adicciones). En el caso de la Oficina, se participó a estos efectos desde las diferentes áreas de salud mental y de adicciones, para dar una visión más completa también desde lo central.

FASE 2. DESARROLLO DE LAS LÍNEAS

Durante esta fase se realizó el trabajo interno de integración, operativización de actuaciones y coherencia entre líneas. En este sentido, y partiendo de la necesidad expresada por varios grupos y apoyada por la Oficina, se determinó la incorporación de una línea estratégica nueva (línea 11) de Promoción de la Salud Mental y Prevención de los Trastornos mentales. Si bien otras líneas incluyen también aspectos de prevención secundaria como detección precoz o terciaria como tratamiento adecuado, en esta línea tratan de recogerse actuaciones de prevención primaria, así como de vigilancia epidemiológica, realizadas en colaboración con otros organismos competentes, como la Dirección General de Salud Pública y también áreas de prevención de la Consejería competente en materia de Educación. Asimismo, se decide incluir también en esta línea las actuaciones competencia de Sanidad, que se establezcan en el próximo Plan de Prevención del Suicidio de carácter intersectorial, coordinado desde la Oficina. También se incorporaron aspectos de prevención en materia de adicciones a sustancias y comportamentales, para promover la coordinación entre este ámbito de la Salud Pública con las actividades preventivas desde los centros de atención.

Por otra parte, en esta fase, se desarrolló a nivel central la L4 de atención a personas con trastornos adictivos, a partir de un análisis de situación y de identificación de necesidades clave de los recursos de adicciones, y de aspectos de adicciones en los que se necesita avanzar necesariamente desde la red de salud mental. De igual manera, se desarrolló a nivel central la Línea 0 de desarrollo de la organización, haciendo un especial hincapié en la necesidad de avanzar en la disponibilidad de información medible y objetivable que nos permita mejorar los procesos asistenciales y la calidad de la atención del paciente, teniendo en cuenta las limitaciones competenciales y partiendo de planteamientos posibilistas, dependientes también de la colaboración de la DGSIES.

Por otra parte, y continuando la fase de participación, una vez formuladas las propuestas de objetos por los grupos de trabajo, se abrió la participación de otros agentes de interés como sociedades científicas, colegios y asociaciones profesionales, que contribuyeron en la definición final de propuestas de acción, a través de aportaciones sobre las líneas y objetivos priorizados. En este sentido, destacó la solicitud de aclarar la contribución del plan en la perspectiva de género, que se concretó en la formación, desagregación de los indicadores y a la consideración de las necesidades y en materia de violencia de género.

FASE 3. DOCUMENTO INICIAL Y PRIORIZACIONES

Con todo el análisis y propuestas realizadas, se conformó el documento inicial. Asimismo, se procedió a la remisión a todos los Jefes de Servicio y de Servicios del conjunto de objetivos y actuaciones establecidos hasta el momento, con la solicitud de priorización temporal de cada una de las actuaciones como prioridad 1, prioridad 2 y prioridad 3, desde cada lugar. Esta priorización también se realizó por los miembros de la Oficina. Y finalmente se estableció la prioridad global a partir de las respuestas recibidas. Como consecuencia de la revisión, se han obtenido 70 actuaciones *core*, lo que se tendrá en cuenta en la evaluación. Las actuaciones estructurales con presupuesto se han incluido en este grupo para promover su ejecución completa.

FASE 4. REVISIONES Y DOCUMENTO FINAL

El Plan fue revisado desde las Gerencia Asistenciales de AP, de Hospitales, Gerencia Planificación Estratégica, Gerencia SUMMA 112, Gerencia de Enfermería, Subdirección General de Aseguramiento Público y Prestaciones Sanitarias, Unidad Jurídica, Unidad de Continuidad Asistencial, Oficinas Regionales de Coordinación de Trasplantes, de coordinación Oncológica y de Coordinación de Cuidados Paliativos y por el Área de Evaluación Tecnológica e Innovación Sanitaria.

Asimismo, fue revisado por parte de diferentes Consejerías, con el fin de alinearse con marcos legales y estratégicos de cada ámbito y plantean actuaciones dirigidas a la mejora de la coordinación interinstitucional en los objetivos transversales compartidos para la consecución de sinergias organizativas.



Con el fin de facilitar el despliegue en los centros, se planteó la estrategia de difusión. En este sentido, se tuvo en cuenta la importancia de completar la publicación en web del documento, con otras fórmulas de aproximación a los Servicios y unidades. Cabe destacar que en el caso del PSM2018-2020, el número de descargas web resultó ser muy superior a las esperables en los documentos públicos de la administración, con un número próximo a 2.500 hasta 2022, superior conforme avanzaba el período de vigencia del plan, y mantenido durante su evaluación en 2021.



5

Enfoque estratégico

Para conformar el presente Plan, se consideró la orientación dada en el Plan de Salud Mental 2018-2020, y la evaluación realizada, para dar continuidad a las líneas de trabajo. Y la reformulación surgida con la participación de los grupos de trabajo, agentes de interés y visión y análisis central de la Oficina y del Comité Operativo de Responsables de Servicios y Unidades.

El Plan está conformado por un total de 12 Líneas Estratégicas con 98 objetivos.

- ❑ Línea estratégica L0: desarrollo de la organización.
- ❑ Línea estratégica L1: atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave.
- ❑ Línea estratégica L2: atención a la Salud Mental en la infancia y adolescencia.
- ❑ Línea estratégica L3: atención a la Salud Mental en el ámbito de Atención Primaria.
- ❑ Línea estratégica L4: atención a las personas con trastornos adictivos.
- ❑ Línea estratégica L5: atención a las personas mayores. Psicogeriatría.
- ❑ Línea estratégica L6: atención a las personas con trastornos del espectro autista.
- ❑ Línea estratégica L7: atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria.
- ❑ Línea estratégica L8: atención a las personas con trastornos de la personalidad.
- ❑ Línea estratégica L9: participación de usuarios y familiares, humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.
- ❑ Línea estratégica L10: formación y cuidado de los profesionales.
- ❑ Línea estratégica L11: Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales

Cada una de las Líneas estratégicas establece objetivos específicos que tratan de alcanzarse a través de las actuaciones propuestas.

Las líneas L1, L2, L9 y L10, por su mayor alcance, agrupan los objetivos específicos en diferentes áreas o ámbitos de acción, según su desarrollo operativo.

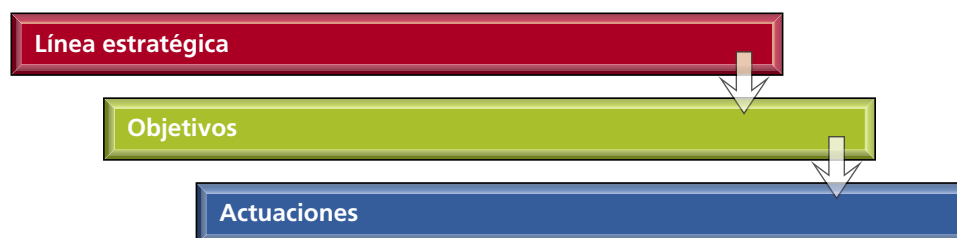


Figura 68. Estructura del PSMYA 22-24.

En los siguientes apartados se desarrollarán cada una de las Líneas a través los objetivos planteados, especificando justificación de la misma, actuaciones propuestas para su consecución, los indicadores para su seguimiento y las fuentes de verificación de los mismos. Asimismo, se señalan sinergias en actuaciones convergentes o compartidas descritas en otras líneas a las que se refieren y que contribuyen en el avance en las áreas de mejora identificadas.

Cabe destacar, asimismo, la incorporación como principio rector el enfoque con perspectiva de género, lo que implica tener en cuenta las diferentes necesidades de mujeres y hombres en el proceso de planificación y prestación de los servicios de salud mental y de adicciones, reconociendo la influencia de los determinantes psicosociales propios de género. Esto se reflejará a tres niveles:

- ❑ En la formación de profesionales, tanto de los equipos de salud mental como de atención primaria y red de atención en adicciones.
- ❑ En la desagregación de los indicadores por sexo, que permita identificar las diferentes necesidades.
- ❑ En la adecuación de los recursos a sus necesidades específicas por género, prestando especial interés a la detección precoz de las expresiones de violencia de género.



LÍNEA ESTRATÉGICA 0

Desarrollo de la organización

A lo largo de los últimos 35 años se ha implantado en la Comunidad de Madrid una red de servicios de salud mental, orientada de acuerdo con la perspectiva comunitaria, en consonancia con el modelo para la atención psiquiátrica y a la salud mental preconizado por la Organización Mundial de la Salud. Dicho modelo comunitario presenta unos elementos básicos como son la rehabilitación y la recuperación personal de pacientes que padecen una enfermedad mental grave y que presentan diferentes problemáticas y necesidades tanto sanitarias como sociales. Por ello, su adecuada atención integral exige la actuación coordinada y complementaria entre el sistema sanitario de atención a la salud mental y el sistema de servicios sociales, según un modelo colaborativo sociosanitario, histórico y pionero, plenamente vigente.

El Plan de Salud Mental 2003-2008 significó el afianzamiento del modelo comunitario de atención a la salud mental en la Comunidad de Madrid. El Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 supuso la consolidación del Plan de Salud Mental anterior, de modo que la red de atención a la Salud Mental fue integrada dentro del conjunto de las prestaciones especializadas del Servicio Madrileño de Salud e incluida en la red sanitaria general. El Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 ha supuesto un punto de inflexión en materia de inversión tras la crisis económica de 2008 y un refuerzo estructural importante de la red, especialmente en la atención infantojuvenil y a personas con Trastorno Mental Grave. También ha permitido avanzar en el funcionamiento integrado e integrador de los Servicios con sus diferentes grados de desarrollo y un avance constatable en la mejora de su funcionamiento que aún admite recorrido, al que se une ahora la necesaria confluencia organizativa con la red de adicciones que cuenta con un desarrollo histórico, estratégico y normativo paralelos. Desde el primer Plan Regional sobre Drogas de 1985, que pretendía dotarse de un instrumento organizativo que coordinara los recursos de prevención y tratamiento del problema de la drogadicción, en concordancia con el Plan Nacional sobre Drogas, pasando por la amplia etapa iniciada en 1996 como Organismo Autónomo Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, y la posterior adscripción de sus funciones asistenciales al Servicio Madrileño de Salud, como Subdirección independiente hasta unificarse en 2019 en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

En este momento de madurez organizativa con diferentes velocidades de desarrollo en la macro, meso y microgestión, y tras el afrontamiento conjunto de la pandemia, se hace necesario seguir profundizando en un modelo de organización de la salud mental y adicciones madrileña que articule armoniosamente la relación de las redes sociosanitarias complejas. De esta forma, se proporciona la cobertura a través de una gestión coparticipe en los niveles estratégico y táctico, que potencie mutuamente sus fortalezas y aminore sus debilidades, optimizando la necesaria inversión. El objetivo final es lograr la máxima penetrancia e integración en el nivel operativo asistencial, logrando sinergias y homogeneizando funcionamientos, para seguir mejorando la calidad de atención a los ciudadanos.

En este escenario de integración y pospandémico con alta entropía, se hace imprescindible, más que nunca, seguir articulando la dimensión jerárquica de la organización con

proporcionalidad y liderazgos éticos, que promuevan la corresponsabilidad, el compromiso mutuo, el reconocimiento de la excelencia y el orgullo de pertenencia, en un contexto de relevo generacional; y que permita seguir avanzando en un funcionamiento por Procesos y programas transversales y comunes.

El presente Plan tiene entre sus prioridades la atención a la infancia y adolescencia en los albores de la implementación de una nueva especialidad que supone retos organizativos a corto y medio plazo. Asimismo, eleva la prevención del suicidio a rango estratégico propio. Por todo ello, no puede por menos que contemplar desde su perspectiva multisectorial la necesidad de coordinación interinstitucional particularmente con la Consejería competente en materia de Educación, entre otras, por su papel facilitador de la prevención y detección precoz de problemas de salud mental. No en vano de él emana el primer Plan de Prevención de Suicidio de la Comunidad de Madrid con esta vocación multinivel.

Por último y primero, es imprescindible seguir incluyendo la participación proactiva del movimiento asociativo de pacientes y familiares de personas con enfermedad mental, presentes en este plan desde el primer momento, en las tareas de planificación y evaluación a través de órganos estables de gobernanza organizativa.

L0. OBJETIVOS

En la definición de esta Línea de Desarrollo de la Organización se establecen Objetivos en el nivel estratégico y táctico según la siguiente formulación:

1. Mejorar la calidad y homogeneidad de la atención a través del avance en el análisis de la información.
2. Promover el intercambio, la colaboración y las alianzas entre equipos de trabajo.
3. Potenciar la colaboración intrainstitucional en salud mental y adicciones.
4. Impulsar la coordinación interinstitucional y la gobernanza participativa.
5. Avanzar en la integración y capacidad integradora de las Áreas de Gestión Clínica.

L0.1. Nivel de organización estratégica. Sobre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental

L0.1.1. Mejorar la calidad y homogeneidad de la atención a través del avance en el análisis de la información

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones.

Actuaciones

- 0.1.1.1. Sistematización formal de la información de Salud Mental y Adicciones de los Sistemas de Información Sanitaria (SIS) existentes y de nuevos modelos por desarrollar. Cuadro de Mandos Integral ORCSMyA.
- 0.1.1.2. Modelo para análisis de información de dispositivos comunitarios en los que no se dispone de SIS centralizada:
 - 0.1.1.2.a Análisis exploratorio de los modelos seguidos desde diferentes CSM para la identificación procesos asistenciales/categorías diagnósticas a través de HCE.
 - 0.1.1.2.b Valoración de posibilidades de desarrollo de CMBD ambulatorio en colaboración con la DGSISD.
 - 0.1.1.2.c Valoración de herramientas de nueva creación en la explotación de información de HCE en CSM (proyectos de digitalización) en colaboración con la DGSISD.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Cuadro de Mandos Integral de la ORCSMyA	Cuadro de mandos integral elaborado y difundido: Sí/No Formalización con responsables de fuentes de información implicadas: Sí/No	Central	Documento específico
2. Modelo de análisis de la información ambulatoria			
Exploración de modelos existentes	Análisis de modelos CSM realizado: Sí/No	Central	Documento específico
Valoración CMBD ambulatorio	Valoración de desarrollo de CMBD ambulatorio o herramientas equivalentes de nueva creación con DGSISD: Sí/No		
Nuevas herramientas			

L0.1.2. Promover el intercambio, la colaboración y las alianzas entre equipos de trabajo

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones.

Actuaciones

- 0.1.2.1. Actualización del espacio de intranet de Salud Mental, integrado con Adicciones, para mejorar difusión e intercambio de información.

0.1.2.2. Realización de Jornadas de buenas prácticas en actuaciones de interés de las líneas del Plan.

0.1.2.3. Promover los Audit o evaluaciones cruzadas entre equipos de trabajo.

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Espacio intranet	Espacio unificado salud mental y adicciones: Sí/No Contenidos actualizados y plan de revisión/actualización: Sí/No	Central	Intranet
2. Intercambio buenas prácticas	Al menos una Jornada anual: Sí/No Propuesta por Servicios/Equipos de Trabajo/áreas de Gestión de temática de intercambio: Sí/No	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Evaluaciones cruzadas entre servicios y dispositivos	Audit cruzado: Sí/No Equipo que lo desarrolla Proceso/actividad/dispositivo	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

L0.1.3. Potenciar la colaboración intrainstitucional en salud mental y adicciones

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones.

Actuaciones

0.1.3.1. Definición anual de Objetivos de Salud Mental y Adicciones en el marco del Contrato Programa de Gestión del Servicio Madrileño de Salud, o marco complementario vinculante

0.1.3.2. Formación de Comisión mixta de Atención Primaria y Salud Mental y Adicciones.

0.1.3.3. Formación de Comisión mixta/Grupo de trabajo de Salud Pública y Salud Mental y Adicciones. Se valorará incluir en este grupo unidades de interés implicadas en la promoción de la salud mental y prevención de las adicciones de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social y de la Consejería competente en materia de Educación de la Comunidad de Madrid.

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Objetivos institucionales de contrato programa	Objetivos de Salud Mental y Adicciones en contrato programa: Sí/No Hospitales/Atención Primaria/SUM-MA112	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Comisión con Atención Primaria	Comisión formada: Sí/No Al menos una reunión semestral: Sí/No	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Comisión con Salud Pública	Comisión formada: Sí/No Al menos una reunión semestral: Sí/No	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

L0.1.4. Impulsar la coordinación interinstitucional y la gobernanza participativa

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones.

Actuaciones

- 0.1.4.1. Comisiones mixtas de planificación y gestión de casos.
- 0.1.4.2. Coordinación y /o propuestas para avanzar en la atención integral sociosanitaria y en la recuperación de adultos y de menores con TMG.
- 0.1.4.3.. Gobernanza participativa: Creación del Observatorio de Salud Mental.

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Comisiones intersectoriales de planificación y gestión de casos	Con Subdirección General de Atención a Personas con Discapacidad Física, Psíquica y Sensorial y con Enfermedad Mental y Red Pública de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Grave y Duradera de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social: Sí/No Con Subdirección General de Inspección Educativa. Unidad de convivencia y contra el acoso escolar de la Consejería competente en materia de Educación: Sí/No	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Avance intersectorial de la integración y recuperación de adultos y menores	Reuniones y Coordinación con Agencia Madrileña de Tutela del Adulto: Sí/No Reuniones y coordinación con Protección del Menor, Infancia y Adolescencia: Sí/No Reuniones y Coordinación con Dependencia y atención al mayor: Sí/No	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Avance intersectorial de la integración y recuperación de adultos y menores	Reuniones y coordinación con Sanidad Penitenciaria, Justicia y órganos de gobierno en materia de derechos fundamentales: Sí/No Reuniones de coordinación con Función Pública en relación a prevención del suicidio y promoción de la salud mental a los ciudadanos y a los empleados públicos: Sí/No		
3. Observatorio de Salud Mental	Observatorio de Salud Mental constituido Sí/No Realizada una reunión anual: Sí/No	Central	Documento específico

L0.2. Nivel de organización táctico. Sobre las áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental, y la extensión de este modelo organizativo

Tal y como se definió en el Plan de Salud Mental 2018-2020, las Áreas de Gestión Clínica en Salud Mental se constituyen como Unidades de Gestión Clínico-Asistenciales de funcionamiento integrado. Deben poder garantizar el desarrollo de los procesos asistenciales definidos por el Plan de Salud Mental y la necesaria coordinación de intervenciones entre los distintos dispositivos. Su finalidad es constituir una estructura funcional específica de coordinación de Salud Mental de las tres redes asistenciales existentes (sanitaria, rehabilitadora y drogodependencias) evitando ineficiencias y duplicidades y buscando sinergias. Ello permite organizar de forma coordinada en el nivel táctico y operativo la asistencia que la Coordinación en el nivel estratégico defina, establecer los procesos asistenciales, distribuir adecuadamente los recursos, unificar procedimientos de gestión administrativa para el flujo de pacientes, tramitar y resolver reclamaciones, gestionar cambios de especialista y organizar la docencia e investigación. La gestión adecuada de la misma requiere el desarrollo de un sistema común de evaluación e información clínica congruente con el definido desde el nivel de planificación estratégica.

L0.2.1. Avanzar en la integración y capacidad integradora de las Áreas de Gestión Clínica

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones.

Actuaciones

- 0.2.1.1. Celebración de reuniones anuales de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA) con las Áreas de Gestión Clínica o con los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental correspondientes para promover el funcionamiento integrado.



- 0.2.1.2. Elaboración de una Ficha de seguimiento e informe de evaluación de las AGC/ Servicios de Psiquiatría y Salud Mental con los indicadores clave acordados por Comité Operativo y ORCSMyA, y remisión a la oficina.

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Reuniones Oficina con Servicios/Áreas	Al menos una reunión anual	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Ficha de seguimiento e informe de evaluación	Indicadores clave del PSMYA establecidos: Sí/No Ficha de seguimiento e informe de evaluación remitido a la ORCSMyA, con indicadores clave: Sí/No	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA y Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental



LÍNEA ESTRATÉGICA 1

Atención y rehabilitación de las personas
con trastorno mental grave

El tratamiento integral de las personas con trastornos mentales graves (TMG) constituye uno de los principales desafíos de los sistemas de atención comunitaria a la salud mental, y supuso una de las líneas estratégicas prioritarias en el anterior Plan Estratégico de SM 2018-2020 (*Consejería de sanidad, 2018*).

Requiere la articulación de un sistema de recursos y servicios comunitarios, sanitarios y sociales, capaces de procurar una atención integral, que abarque el tratamiento del trastorno (psicofarmacológico y psicoterapéutico), la rehabilitación, la provisión de cuidados coordinados y del apoyo socio-comunitario, que sea lo más temprana posible y que se oriente a la recuperación de su proyecto vital. Y que además tenga en cuenta la frecuente concurrencia de problemas comórbidos médicos, los problemas relacionados con el uso de sustancias, la alta tasa de mortalidad por suicidio, y la importante carga familiar y emocional que generan, especialmente sobre los cuidadores principales (*Bravo Ortiz, 2009*). La coordinación de todos estos recursos debe estar encaminada a la elaboración de planes individualizados de atención que conjuntamente se desarrollen con cada una de las personas afectadas (*Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009*).

Los trastornos mentales graves (TMG) «se definen como un trastorno mental, conductual o emocional que da lugar a un deterioro funcional grave, que interfiere sustancialmente o limita una o más actividades vitales importantes» (*NIHS, 2020; NHS, 2018*) y que en muchos casos pueden evolucionar a la cronicidad. Engloba diversos trastornos mentales como los trastornos esquizofrénicos y delirantes, los trastornos afectivos y bipolares y algunos trastornos neuróticos y de personalidad graves.

En España la prevalencia del trastorno mental alcanza un 19,5% (prevalencia-vida, estudio ESEMeD-España) (*Haro, 2006; Kessler, 2009*) y el Trastorno Mental Grave (TMG), se estima que es entre el 2% y el 3% de la población adulta (*Consejería de sanidad, 2018; Kessler, 2009*), lo que en la Comunidad de Madrid supone entre 111.236 y 166.854 personas. En la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP) (*Ministerio de Sanidad, 2020*) la prevalencia global de psicosis en 2017 es del 1,2%. El consumo del grupo de antipsicóticos es de 7,97 DHD (6,73 en mujeres y 9,28 en hombres). Los datos de morbilidad atendida en comunidades comparables están en una media del 0,4%, lo que supondría 26.864 personas atendidas en PCC.

Según datos de diciembre de 2021 se están atendiendo a 14.184 personas con TMG en los Programas de Continuidad de Cuidados de la Red de Salud Mental (0,21%). En el año 2021, del total de ingresos producidos en Unidades de Hospitalización del Servicio Madrileño de Salud (10.884, según el CMBD (162,06 por 100.000 hab.), más del 59% correspondían a personas con TMG. Los ingresos en UHTR fueron 471 (7,01 por 100.000) y los de UCPP 818 (12,17 por 100.000). Y en la Red de Atención Social se han atendido en el pasado año 2021 en el conjunto de centros y recursos de la Red (con un total de 6.669 plazas) a un total de 8.719 usuarios (59,3% Hombres y 40,7% Mujeres).

En la **evaluación** del cumplimiento de las actuaciones señaladas para esta línea en el **Plan de SM 2018-2020** se encuentra que el 51,9% están finalizadas, el 26,7% en desarrollo y el 21,4% pendientes. Analizando el contenido de estas se concluye que:

En el ámbito comunitario, a pesar del incremento notable de recursos humanos específicos en los CSM y del avance en la atención a las personas con TMG a través de los Programas de Continuidad de Cuidados, quedan claras oportunidades de mejora en diversas áreas como:

- a) Un mayor desarrollo e implantación de la atención domiciliaria, sobre todo para aquellos pacientes con TMG no vinculados con los centros y para menores.
- b) La necesidad de reelaboración del Programa de Continuidad de Cuidados de Adultos, con una unificación de criterios de inclusión, una homogeneización de la cartera básica de prestaciones, y una protocolización de la intervención, así como en la ratio por profesional.
- c) Los mecanismos de coordinación con la red de atención social a nivel local.
- d) La detección precoz y atención temprana de las personas con TMG.
- e) La coordinación y el establecimiento de planes individualizados conjuntos con los CAID y CAD para aquellas personas con TMG y abuso de sustancias.
- f) La recuperación e inserción social de aquellas personas que han entrado en el ámbito judicial.

En el ámbito hospitalario, también se ha producido un importante refuerzo en los recursos humanos de las unidades de Hospitalización Breve, los Hospitales de Día, así como de Media y Larga estancia y unidades específicas como las de TP; pero a nivel de su utilización resulta mejorable la adecuación de las estancias, en línea con la propuesta de avanzar hacia las unidades y programas de retorno a la comunidad, así como en la atención a pacientes mayores con TMG a través de programas de psicogeriatría.

Es necesario también tener en cuenta el **contexto actual**, tras el impacto de la pandemia Covid19 y el aumento de la demanda; así como el recambio generacional de los profesionales que se está produciendo y que tienen importantes necesidades de formación en este ámbito. Es también importante tener en cuenta que si bien la implantación de sistemas de Historia Clínica Electrónica (HCE) facilita de forma significativa la coordinación clínica, el hecho de que estas HCE sean diferentes, supone una dificultad más para la obtención de indicadores fiables homogéneos. Es necesario innovar en las respuestas a las necesidades de atención, tanto a nivel comunitario como hospitalario para poder avanzar e integrar a las personas afectadas en su propio proceso de recuperación.

En esta línea estratégica del Plan de Salud Mental 2022-2024 nos planteamos continuar con la mejora en la atención comunitaria de las personas con TMG con el refuerzo de **los Centros de Salud Mental y de los Programas de Continuidad de Cuidados**, optimizando su funcionamiento y avanzando en la utilización de criterios comunes que posibiliten un funcionamiento más homogéneo de los PCC en todos los Centros de Salud Mental de la Comu-

nidad de Madrid. Aparte de las acciones de gestión de casos y coordinación con los distintos recursos, se busca potenciar en los equipos de continuidad de Cuidados la capacidad de intervención directa sobre los usuarios con TMG y sus familias, con intervenciones eficaces que respondan a sus necesidades.

La existencia de un **Programa de Continuidad de Cuidados** se destaca imprescindible para una correcta atención al TMG, tal como se menciona en anteriores Planes de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y a nivel Nacional. Se hace hincapié en la importancia de seguir individualizando los planes de cuidados a pacientes con TMG, contemplando en el actual Plan de Salud **cuatro posibles niveles de gravedad o de atención (alto, medio, bajo y no vinculados)** según las necesidades específicas. La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2022-2026) (*Ministerio de Sanidad, 2022*) destaca la continuidad de cuidados como la capacidad de la red asistencial para proporcionar atención, cuidados y apoyo a lo largo de la vida de la persona entre los distintos servicios que la componen con un enfoque comunitario, donde la coordinación entre servicios especializados de salud mental con la red comunitaria garanticen la continuidad asistencial.

Se plantean asimismo acciones que impulsan el **tratamiento asertivo comunitario** para pacientes desvinculados de los Servicios o en riesgo de exclusión social o bien que precisen intervenciones complejas o en su entorno natural.

El plan contempla la ampliación de camas de **Media estancia** hasta alcanzar un ratio adecuado según estándares, avanzando además en su especialización. Se plantea la revisión del modelo y funcionamiento de las unidades específicas de tratamiento para personas con Trastornos de la personalidad, de manera que se contemple la admisión de ingresos involuntarios. Se plantea asimismo la creación de Unidades específicas para Patología Dual que permitan ingresos involuntarios, creando itinerarios específicos complementarios a la red de adicciones.

En cuanto a la **Larga estancia**, el plan contempla el aumento la disponibilidad de las camas existentes con acciones encaminadas a facilitar la reinserción en el medio comunitario de personas ingresadas en las UCPP. En este sentido se plantea la priorización de estos pacientes en plazas de Miniresidencias, facilitar la salida de los mayores de 65 años a plazas de residencias normalizadas y Psicogeríatras y el aumento de camas en las **Unidades de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad**. Se plantea la creación de **Miniresidencias sanitarias** con equipos sanitarios multidisciplinares o apoyo sanitario y de Salud Mental a las Miniresidencias existentes, como alternativas a la UCPP y para favorecer el proceso de salida de los actualmente ingresados.

Por otro lado, se plantean acciones para reforzar la **coordinación interinstitucional entre los agentes implicados en procesos judiciales penales** de personas con TMG, estableciendo la figura de facilitador judicial ampliando el alcance de organizaciones como SAJIMENTAL para una mejor adaptación de las sentencias judiciales a las características de cada caso, promoviendo el cumplimiento ambulatorio de las penas.

Asimismo se debe mantener la **coordinación y complementariedad** en la que se viene trabajando en la Comunidad de Madrid desde hace más de 30 años entre la **Red sanitaria de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y la Red de Atención Social a personas con**

enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, para garantizar la atención integral a las personas con trastorno mental grave.

La Red pública de atención social a personas con enfermedad mental cuenta con diferentes tipos de centros y recursos de atención social especializada que ofrecen, en régimen de atención diurna (centros de rehabilitación psicosocial, centros de día de soporte social, centros de rehabilitación laboral) y de atención residencial (residencias, pisos supervisados y plazas de alojamiento en pensiones), distintos programas y actividades para atender las distintas necesidades sociales de estas personas. Asimismo, cuenta con servicios complementarios, como los equipos de apoyo social comunitario para ofrecer atención social en el propio domicilio y en el entorno a las personas con mayores dificultades sociales a fin de mejorar su calidad de vida, su mantenimiento en la comunidad y su vinculación a la red de atención. También se desarrollan programas y recursos específicos de apoyo a la reinserción social de personas sin hogar con enfermedad mental grave.

Esta Red de Atención social trabaja en estrecha coordinación y complementariedad con la red sanitaria de servicios de Salud Mental para asegurar una atención socio-sanitaria integral a las personas con trastorno mental grave. Desde los Servicios de Salud Mental se ofrece el diagnóstico, tratamiento y seguimiento psiquiátrico que las personas con trastorno mental grave necesitan y en el marco de los programas de continuidad de cuidados (PCC) de dichos SSM, como eje de coordinación y seguimiento del itinerario individualizado de atención, se valoran las problemática y necesidades de atención social y apoyo a la rehabilitación e integración que tienen y se les deriva a los centros y recursos de atención social que necesiten de la Red de Atención social a personas con enfermedad mental. Así pues, la coordinación socio-sanitaria y la complementariedad con la red sanitaria de salud mental es un principio rector y un criterio básico de organización y funcionamiento de la Red de Atención social a personas con enfermedad mental.

Esta Red está conformada pues por una amplia y diversificada tipología de centros y recursos sociales específicos y especializados y que se distribuyen territorialmente de forma equilibrada en las diferentes zonas de la Comunidad de Madrid. La citada Red cuenta actualmente con un total de 6.854 plazas en 233 centros y servicios de atención social especializada en las distintas zonas y municipios de la Comunidad Madrid y en la que trabajan unos 1530 profesionales.

En este nuevo Plan de Salud Mental se viene a consolidar y potenciar esta línea de trabajo coordinado y complementario entre ambas redes (Red sanitaria de Salud mental de la Consejería de Sanidad y la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera) para asegurar una adecuada atención integral a las necesidades de las personas con trastorno mental grave y apoyar su rehabilitación, recuperación e integración social.

Por ello se plantea como objetivos seguir trabajando juntos para asegurar una coordinación eficaz y fluida entre ambas redes sanitaria y social en la atención al trastorno mental grave, identificar necesidades desde ambas redes para mejorar la atención al TMG y consolidar una atención sociosanitaria integral al TMG.

Según lo dicho se plantean dos grandes objetivos generales.

L1. OBJETIVOS

1. Mejorar la atención comunitaria a las personas con TMG desde los centros de salud mental.
2. Mejorar la atención hospitalaria a las personas con TMG.

A continuación se presentan los objetivos específicos y actuaciones para cada de ellos.

L1.1. Atención comunitaria a las personas con TMG desde los Centros de Salud Mental (CSM)

L1.1. Objetivos

1. Reforzar los recursos humanos y mejorar las prestaciones asistenciales de los CSM.
2. Actualizar el Programa de Continuidad de Cuidados para impulsar la recuperación intensiva.
3. Potenciar la intervención precoz en jóvenes.
4. Potenciar la recuperación con la evaluación de los resultados.
5. Mejorar la salud física en personas con TMG
6. Potenciar la prevención, atención y rehabilitación del grupo de población con TMG en situación de exclusión social y marginación sin Hogar.
7. Reducir el riesgo de entrada en el circuito judicial de las personas con TMG y mejorar su tratamiento e inserción social en caso de comisión de delito.

OBJETIVO 1.1.1. *Reforzar los recursos humanos y las prestaciones asistenciales de los CSM*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.1.1. Actualización de necesidades y disponibilidad de recursos humanos según estándares para la atención a personas con TMG, en base a incremento de demanda, cambio en contexto y recambio generacional.
- 1.1.1.2. Refuerzo de la dotación de recursos humanos tanto en número como en perfil profesional.
- 1.1.1.3. Especificación consensuada de los criterios para considerar a una persona con TMG (homogéneos para todos los Servicios/AGC, accesible en HCE y con garantía de confidencialidad).

- 1.1.1.4. Definición de cartera básica de prestaciones para la atención a personas con TMG.
- 1.1.1.5. Implementación del programa de enfermería domiciliar especializada en SM, y orientada especialmente al paciente PCC no vinculado al CSM (TAC en paciente grave).

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Actualización de necesidades y disponibilidad de recursos humanos	Nuevo estudio de necesidades disponible: (Sí/No)	Central	Documento específico
2. Refuerzo de la dotación de recursos humanos	N.º de profesionales nuevos incorporados / N.º de profesionales que deberían incorporarse por necesidades en memoria económica	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Consensuar criterios para considerar a una persona con TMG	Grupo de trabajo de TMG y PCC constituido: (Sí/No) Documento con criterios de TMG elaborado y difundido: (Sí/No) (incluirá criterios para seleccionar pacientes con TMG en HCE (por ejemplo, Diagnóstico Funcionalidad, Proceso TMG...))	Central	Documento específico
4. Definición de cartera básica de prestaciones	Documento de cartera de servicios básicos para personas con TMG disponible: (Sí/No). Debe incluir: Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario TAC / Programa de Tratamiento Comunitario intensivo TCI / Programa de continuidad de Cuidados PCC / Gestión de Casos, psicoterapias, intervención psicosocial grupal y familiar e intervenciones domiciliarias y de control de la salud física. Implantación de las prestaciones definidas en la cartera de servicios y recogidas en las agendas y en la HCE: (Sí/No)	Mixta	Documento específico
5. Implementación del programa de enfermería domiciliar especializada en SM	N.º de pacientes con intervenciones domiciliarias / N.º de personas en población de referencia $\times 100.000$ N.º de pacientes con intervenciones domiciliarias / N.º de personas incluidas en censo de pacientes con TMG en PCC %	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ❑ Estudio de necesidades de recursos humanos en CSM.
 - ❑ Criterios homogéneos para TMG.
 - ❑ Cartera básica de prestaciones para la atención de personas con TMG.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ❑ Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.1.2. *Actualizar el Programa de Continuidad de Cuidados para impulsar la recuperación intensiva*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.2.1. Nuevo PCC. Redefinición del Programa de continuidad de cuidados, con criterios claros y homogéneos y estratificación de pacientes según gravedad y vinculación al CSM para ajustar a la necesidad de intervención.
- 1.1.2.2. Nuevo PCC-TCI Definición de un Programa de Tratamiento Comunitario Intensivo TCI para pacientes en PCC con nivel de gravedad alta y que están vinculados al CSM.
- 1.1.2.3. Nuevo PCC-TAC Definición de un Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario para pacientes en PCC con nivel de gravedad alta y que no están vinculados al CSM.
- 1.1.2.4. Actualización en cada CSM del censo de personas con TMG incluidas en el PCC, que quede recogido en la HCE.
- 1.1.2.5. Adecuación de la ratio de profesionales adscritos a PCC de cada CSM según usuarios con TMG considerando niveles de gravedad y vinculación establecidos.
- 1.1.2.6. Actualización del PCC según las nuevas formulaciones y descripción de funcionamiento, actividades, número de profesionales implicados y evaluación de resultados en salud y funcionalidad.
- 1.1.2.7. Refuerzo de los mecanismos de coordinación (Comisiones de Rehabilitación y Continuidad de Cuidados) con los centros y recursos de la Red de Atención Social a personas con trastorno mental grave y duradero de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social en cada zona y asignados a cada CSM y también a nivel de área cuando se comparten recursos.
- 1.1.2.8. Mantener y potenciar la coordinación entre la ORCSMyA de la Consejería de Sanidad y la Red de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social, para la coordinación eficaz y fluida entre ambas redes sanitaria y social en la atención al TMG, identificar necesidades desde ambas redes y consolidar un Atención sociosanitaria integral al TMG.
- 1.1.2.9. Evaluación de la implantación de mejoras a través de un Audit de historias clínicas.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Nuevo PCC. Redefinición del Programa de continuidad de cuidados	Grupo de trabajo constituido para la actualización del PCC de adultos: (Sí/No) Documento nuevo de PCC de adultos actualizado con niveles de intervención realizado y difundido: (Sí/No) Incluirá estratificación según gravedad y necesidad de intervención Alta, Media y Baja y vinculación o no al CSM y periodicidad de revisión necesaria	Mixta	Documento disponible
2. Nuevo PCC-TCI Definición de un Programa de Tratamiento Comunitario Intensivo	Documento / Programa piloto con evaluación: (Sí/No)	Local	Documento disponible Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Nuevo PCC-TAC Definición de un Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario.	Documento / Programa piloto con evaluación: (Sí/No)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Actualización del censo de personas con TMG incluidas en el PCC	N.º de personas con TMG en PCC bien registrado/N.º de personas con TMG (Bien registrado: cuentan con ficha de Continuidad de Cuidados en la HCE, adecuadamente cumplimentada y actualizada con periodicidad anual) Categorización de todos los/las pacientes en PCC: n.º de pacientes con TMG en PCC con gravedad alta vinculados al CSM y n.º de pacientes con gravedad alta y no vinculados al CSM N.º de pacientes con TMG en PCC con gravedad media vinculados al CSM y n.º de pacientes con gravedad media y no vinculados al CSM N.º de pacientes con TMG en PCC con gravedad baja vinculados al CSM y n.º de pacientes con gravedad baja y no vinculados al CSM	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
5. Adecuación de la ratio de profesionales según usuarios con TMG considerando niveles de gravedad	Ratios de pacientes por profesional según nivel de gravedad y necesidad de intervención (Alta, media, baja y no vinculados). Meta: Alta 10 paz/pro // Media 20 paz/Prof. // Bajo 70 paz/pro	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
6. Actualización del PCC según las nuevas formulaciones.	Protocolo revisado con criterios mínimos de los PCC disponible: (Sí/No) // Implantación del Protocolo de PCC en la HCE de cada CSM /AGC: (Sí/No) Actualización incluida en el contrato programa de gestión de las gerencias hospitalarias: (Sí/No)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
7. Refuerzo de los mecanismos de coordinación con los centros y recursos de la Red de Atención Social	N.º de reuniones/año de la comisión a nivel de distrito de CSM / N.º de reuniones/año de la comisión a nivel de área u hospital Los espacios de coordinación quedan reflejados en las agendas: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
8. Mantener y potenciar la coordinación entre la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones y la Red de Atención Social	N.º de reuniones anuales entre la ORCSM y la Coordinación de la Red de Atención Social	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
9. Evaluación de la implantación de mejoras a través de un Audit de historias clínicas	Elaboración, por parte del grupo de trabajo para la actualización del PCC de adultos, de protocolo de evaluación con los ítems para valorar en el Audit: (Sí/No) Informe de autoevaluación realizado y remitido a la ORCSMyA: (Sí/No) Valoración por el Servicio de realización de auditoría cruzada: (Sí/No) que se ha comunicado a la ORCSMyA para su coordinación: (Sí/No) Participación del Servicio en auditorías cruzadas Sí/No Periodicidad anual	Mixto	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:

- ☐ Nuevo Protocolo de Continuidad de Cuidados con criterios mínimos comunes.
- ☐ Nuevo Programa de Tratamiento Comunitario Intensivo.



- ☐ Nuevo Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario.
- ☐ Protocolo de evaluación para realización de Audit de historias clínicas.
- ☐ Procedimientos de coordinación y revisión de casos con los centros y recursos de la Red de Atención Social de referencia.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.1.3. *Potenciar la intervención precoz en jóvenes*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.3.1. Diseño/actualización e implementación de un programa de intervención precoz en psicosis vinculado estrechamente al PCC y que se realice en coordinación con los recursos de proximidad y con el espacio educativo y judicial.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Programa de intervención temprana en psicosis	Documento de recomendaciones para la realización de programas de intervención precoz realizado, con indicadores de seguimiento definidos: (Sí/No) Existencia de programa de intervención precoz en psicosis por CSM/AGC con indicadores de actividad y en coordinación con centros educativos de referencia: (Sí/No)	Mixta	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Programas de intervención temprana por CSM/AGC.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.1.4. *Potenciar la recuperación con la evaluación de los resultados*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.4.1. Establecer Planes Individualizados de Atención que se orienten a la recuperación y que incluyan la evaluación anual de resultados que se recojan en la HCE. Realizar un estudio piloto de grado de recuperación de pacientes con TMG.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Planes Individualizados de Atención	Estudio piloto utilizando una escala de recuperación: (Sí/No).	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Estudio piloto utilizando una escala de recuperación.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.1.5. *Mejorar la salud física en personas con TMG*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.5.1. Programa de promoción de la salud física para personas con TMG incluidas en PCC en coordinación con Atención Primaria.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Promoción de la salud física para personas con TMG	Protocolo de evaluación de salud física en las HCE: (Sí/No) Se apoyará en el documento de la Comisión central de Enfermería de Salud Mental	Local	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo de evaluación de salud física para personas con TMG incluidas en PCC.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.1.6. *Potenciar la prevención, atención y rehabilitación del grupo de población con TMG en situación de exclusión social y marginación sin Hogar*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.6.1. Detección del riesgo de exclusión social en personas con TMG en los CSM con indicadores de vulnerabilidad sociosanitarios y priorización para su inclusión en PCC de alta intensidad.
- 1.1.6.2. Consolidación y refuerzo del ECASAM (Equipo de Calle de Salud Mental) como eje vertebrador de la atención de salud mental a las personas sin hogar con TMG.
- 1.1.6.3. Facilitar el procedimiento de integración de pacientes del ECASAM en los PCC-TMG de los CSM.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Detección del riesgo de exclusión social en personas con TMG.	Existencia de un Procedimiento de detección de riesgo de exclusión social incluido en el nuevo protocolo PCC-TMG y que se refleje en la HCE: (Sí/No)	Local	Documento específico Protocolo PCC-TMG
2. Consolidación y refuerzo del ECASAM	N.º de profesionales incluyendo los incorporados / N.º total de profesionales al inicio del período considerado	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Integración de pacientes del ECASAM en los PCC-TMG de los CSM	Nº de pacientes derivados por ECASAM en los últimos 5 años que continúan en seguimiento/Nº de pacientes derivados por ECASAM en los últimos 5 años %	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - Procedimiento de detección de riesgo de exclusión social en personas con TMG.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.1.7. *Reducir el riesgo de entrada en el circuito judicial de las personas con TMG y mejorar su tratamiento e inserción social en caso de comisión de delito*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.7.1. Existencia de programa de detección de conductas de riesgo de daño a terceros en personas con TMG incluido en el nuevo protocolo PCC-TMG, y que debe recogerse en la HCE.
- 1.1.7.2. Estudio de necesidades de prestaciones específicas para pacientes con TMG que se encuentran incluidos en un procedimiento judicial.
- 1.1.7.3. Elaboración de un Procedimiento estructurado de Coordinación asistencial en los procesos judiciales penales y explorar el establecer la figura de facilitador judicial a lo largo de todo el proceso.
- 1.1.7.4. Reforzar y ampliar el alcance del papel de SAJIMENTAL (Programa de Mediación jurídico-penitenciario con enfermedad mental y/o drogodependencias) y otros para que las sentencias en los casos de pacientes judiciales se adapte a sus necesidades y promueva el cumplimiento ambulatorio de las penas.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Detección de conductas de riesgo de daño a terceros en personas con TMG	Existencia de procedimiento de detección de riesgo de daño a terceros incluido en protocolo PCC-TMG y en HCE: (Sí/No)	Local	Documento específico Protocolo PCC-TMG
2. Estudio de necesidades de prestaciones específicas para pacientes con TMG que están en el ámbito judicial	Constitución de grupo de trabajo: (Sí/No) // Documento elaborado: (Sí/No)	Central	Documento específico
3. Elaboración de procedimiento de Coordinación asistencial en los procesos judiciales	Procedimiento elaborado: (Sí/No) N.º de pacientes con procedimiento judicial asistidos por facilitador judicial / N.º de pacientes con procedimiento judicial %	Central	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de ORCSMyA
4. Reforzar el papel de SAJIMENTAL	Nº de personas atendidas en coordinación con SAJIMENTAL	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - Procedimiento de detección de riesgo de delito en personas con TMG.
 - Estudio de las necesidades específicas para pacientes con TMG que están en un procedimiento judicial.
 - Procedimiento estructurado de coordinación asistencial en los procesos judiciales penales.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

L1.2. Mejora de la atención hospitalaria a las personas con trastorno mental grave
L1.2. Objetivos

1. Actualización de criterios comunes de medición para mejorar la equidad y eficiencia de la atención en H Día.
2. Mejorar la atención de UHB.
3. Hospitalización domiciliaria.
4.
 - a) Conocer necesidades de y alternativas en la hospitalización prolongada.
 - b) Mejorar la accesibilidad de las camas de estancia prolongada.

OBJETIVO 1.2.1. *Actualización de criterios comunes de medición para mejorar la equidad y eficiencia de la atención en H Día*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.2.1.1. Constitución de grupo de trabajo central de Hospital de Día de adultos para la definición de criterios comunes de medición

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Constitución de grupo de trabajo central de Hospital de Día de adultos para la definición de criterios comunes de medición	Grupo multiprofesional central constituido: (Sí/No) Definición por parte del grupo central de trabajo de: Indicadores estructurales (plazas, ratio profesionales, tiempos de espera: (Sí/No) Definición de indicadores de proceso adaptadas a modalidades de tratamiento, tiempos de atención, entradas y altas Definición de indicadores de resultado (altas y percepción de profesionales y pacientes) Definición de cartera común de servicios	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ▢ Definición de indicadores y cartera común de servicios.

OBJETIVO 1.2.2. *Mejorar la atención en las UHB*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.2.2.1. Refuerzo de la dotación de las Unidades de Hospitalización Breve conforme a las necesidades identificadas, alcanzando al menos el estándar actual de 10-12 camas/100.000 habitantes mayores de 18 años, con ratios de profesionales adecuados.
- 1.2.2.2. Promover la mejor recuperación en las UHB a través de la terapia ocupacional.
- 1.2.2.3. Dotación de recursos de terapia electro convulsiva (TEC) para mejorar la equidad en el acceso de pacientes atendiendo a la proximidad.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Refuerzo de la dotación de las Unidades de Hospitalización Breve	Nº de camas UHB/100.000 hab.	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Promover la mejor recuperación en las UHBs a través de la terapia ocupacional	Disponibilidad de terapeuta ocupacional a tiempo completo en la UHB: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Dotación de recursos de terapia electro convulsiva (TEC)	Exploración en CMBD de la utilización de TEC y análisis de acceso por distribución territorial: (Sí/No)	Central	Estudio específico o Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSM

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Análisis de utilización TEC.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.2.3. Hospitalización domiciliaria

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

1.2.3.1. Diseño e implantación de programas de Hospitalización Domiciliaria.**Actuaciones e indicadores**

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Diseño e implantación de programas de Hospitalización domiciliaria.	Documento: (Sí/No) N.º de ingresos realizados al año/ Población de referencia (adultos)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Programa de hospitalización domiciliaria.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.2.4.A. *Conocer necesidades y alternativas en la hospitalización prolongada*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.2.4.1. Estudio de utilización de recursos y necesidades de camas de hospitalización prolongada por los Servicios/AGC en un año.
- 1.2.4.2. Realizar un estudio de las personas en lista de espera para UCPP, de sus necesidades, y de la alternativa residencial de cuidados psiquiátricos prolongados más adecuados.
- 1.2.4.3. Revisión de situación de personas en larga estancia durante más de 5 años, estudio de necesidades y mejora de situación.
- 1.2.4.4. Proyecto piloto de alternativas de atención residencial sanitaria en el medio comunitario (por ejemplo, Miniresidencias sanitarias con equipos PTCI) para pacientes que necesitan cuidados psiquiátricos prolongados.

Actuación e indicador

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluará la actuación a través del siguiente indicador:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Estudio de utilización de recursos y necesidades de camas de hospitalización prolongada	Documento realizado: (Sí/No) Análisis comparado por Servicio/AGC: (Sí/No) Se tendrán en cuenta personas en censo de PCC atendidas / pacientes ingresados y en lista de espera en UHTR y UCPP en el último año / Estancia media en UHB / Población de referencia	Central	Documento específico. Memoria ORCSMyA
2. Estudio de las personas en lista de espera para UCPP	Estudio realizado: (Sí/No) Análisis comparado por Servicio/AGC: (Sí/No)	Central	Documento específico. Memoria ORCSMyA
3. Revisión de situación de personas en larga estancia	Estudio realizado y remitido a la ORCSMyA: (Sí/No)	Local	Documento específico
4. Proyecto piloto de alternativas de atención residencial sanitaria en el medio comunitario	Proyecto piloto diseñado y realizado: (Sí/No)	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Estudio de utilización de recursos y necesidades de camas de hospitalización prolongada por los Servicios/AGC en un año.
 - ☐ Estudio de lista de espera para UCPP.
 - ☐ Revisión de situación de personas en larga estancia durante más de 5 años.
 - ☐ Proyecto piloto de alternativas de atención residencial sanitaria en el medio comunitario para pacientes que necesitan cuidados psiquiátricos prolongados.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 1.2.4.B. *Mejorar la accesibilidad de las camas de estancia prolongada*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.2.4.5. Ampliación del número de plazas en unidades de Rehabilitación de Retorno a la Comunidad (URRC) para abordar casos complejos de UHTR (alteraciones conductuales) y para mejorar el proceso de salida de las UCPP.
- 1.2.4.6. Ampliación del número de camas de media estancia (UHTR (y sobre todo las especializadas), para avanzar hacia ratio de 8 camas/100 mil habitantes, de acuerdo a los estándares.
- 1.2.4.7. Mejorar el proceso de salida de pacientes ingresados en la UHTR a través de la reducción del número de ingresados con estancias mayores de 12 meses.
- 1.2.4.8. Mejorar la distribución territorial de las camas de UHTR y UCPP uniformizando la ratio por zonas teniendo en cuenta las camas asignadas por población de área sanitaria y complejidad.

Actuación e indicador

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluará la actuación a través del siguiente indicador:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Ampliación del número de plazas en unidades de Rehabilitación de Retorno a la Comunidad (URRC)	N.º de camas URRC / 100.000 habitante	Central	Memoria ORCSMyA
2. Ampliación del número de camas de media estancia	N.º de camas UHTR / 100.000 hab N.º camas U Patología Dual / 100.000 hab. Nº Camas TP / 100.000 hab.	Central	Memoria ORCSMyA

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
3. Mejorar el proceso de salida de pacientes ingresados en la UHTR	N.º de pacientes con estancias mayores a 12 meses N.º pacientes ingresados en UHTR al año. % Meta: tendencia descendiente	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Mejorar la distribución territorial de las camas de UHTR y UCPP	N.º camas UHTR y UCPP / 100.000 h en los distintos territorios	Central	Memoria ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 2

Atención a la Salud Mental en
la infancia y la adolescencia

El pasado 25 de junio de 2021 entró en vigor la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

Esta Ley trata de dar respuesta a la obligación de protección de las personas menores de edad, reconocida en el artículo 39 de la Constitución Española y en diversos tratados internacionales, entre los que destaca la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y ratificada por España en 1990.

Combate la violencia sobre la infancia y adolescencia de **manera integral** e incluye medidas en muchos ámbitos (**prevención**, actuación en el nivel educativo, apoyo familiar, servicios sociales, **sanidad**, regulación de la publicidad, redes sociales, justicia...), teniendo en cuenta varias de las Observaciones Generales (12, 13 y 14) realizadas por el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas y los estándares internacionales desarrollados por el Consejo de Europa en sus distintos convenios.

Este mismo espíritu ha de seguir la Línea Estratégica 2 del nuevo Plan de Salud Mental para promover los derechos de los niños/as y adolescentes, siendo necesario asegurar y promover el respeto a su dignidad humana e integridad física y psicológica, mediante medidas de prevención sanitarias. En el mismo sentido, la atención específica a los niños y niñas víctimas de violencia sexual y otras formas de maltrato, tanto en su vertiente asistencial y rehabilitadora, como de prevención y detección precoz ha de estar recogida también en el espíritu y desarrollo del presente plan.

En España, según los resultados de la ENSE 2017, más de una de cada diez personas de 15 y más años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8%).

En diciembre de 2021, Save The Children emitió su Informe *Crecer Saludablemente. Un análisis sobre la salud mental y el suicidio en la infancia y la adolescencia*, indicando que los problemas de salud mental en este colectivo se han triplicado por la pandemia. Se extrae también de este informe que los trastornos mentales y de conducta no han afectado igual a niños, niñas y adolescentes de distintas edades, analizando los principales factores de riesgo.

L2. OBJETIVOS

En este caso, y de nuevo dado su amplio alcance, la línea se ha subdividido en cinco ámbitos de acción, enfocados a alcanzar los siguientes objetivos generales:

1. Mejorar la atención hospitalaria en salud mental en la infancia y adolescencia.
2. Mejorar la atención ambulatoria de salud mental en la infancia y adolescencia.

3. Mejorar la atención a la salud mental perinatal y en primera infancia (0-3).
4. Mejorar la coordinación con otros recursos sanitarios, interadministrativa con otras unidades del Gobierno de la Comunidad de Madrid y con otras instituciones implicadas en la atención a la población infanto-juvenil.
5. Mejorar el tratamiento psicoterápico en la infancia y adolescencia.

A continuación se presentan los objetivos específicos y actuaciones para cada de ellas:

L2.1. Mejorar la atención hospitalaria en Salud Mental en la Infancia y la adolescencia

L2.1. OBJETIVOS

1. Actualizar recursos y actividad de los Hospitales de Día para mejorar la equidad y eficiencia en la atención.
2. Actualizar recursos y actividad de las UHBs para mejorar la equidad y eficiencia en la atención.
3. Promover la hospitalización a domicilio en población infanto-juvenil.

OBJETIVO 2.1.1. *Actualizar recursos y actividad de los Hospitales de Día para mejorar la equidad y eficiencia en la atención*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.1.1.1. Constitución de Grupo de trabajo central de Hospital de Día infanto-juvenil.
- 2.1.1.2. Refuerzo de plazas de Hospital de día infanto-juvenil con criterio de equidad en el acceso.
- 2.1.1.3. Definición de criterios comunes de medición para cuadro de mandos central.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Constitución de Grupo de trabajo central de Hospital de Día infanto-juvenil	Grupo multiprofesional central constituido: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Refuerzo de plazas de Hospital de día infanto-juvenil	N.º plazas incluyendo las nuevas creadas y consolidadas / N.º plazas existentes al inicio del Plan Informe de actualización de zonas de referencia por CSM (sectorización) según criterios de accesibilidad poblacional en todas las modalidades de Hospital de Día: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Documento específico
3. Definición de criterios comunes de medición para cuadro de mandos central	Definición por parte del grupo central de trabajo de: Indicadores estructurales (plazas, ratio profesionales, tiempos de espera, considerando grupos etarios y modelos de atención CET o TI tratamiento intensivo: (Sí/No) Definición de indicadores de proceso adaptadas a modalidades de tratamiento, tiempos de atención, entradas y altas Definición de indicadores de resultado (altas y percepción de profesionales y pacientes) Definición de cartera común de servicios	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Informe de actualización de zonas de referencia por CSM.
 - ☐ Definición de indicadores y cartera común de servicios.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 2.1.2. *Actualizar recursos y actividad de las UHB para mejorar la equidad y eficiencia en la atención*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.1.2.1. Definición de criterios comunes de medición para cuadro de mandos centralizado.

2.1.2.2. Dimensionar la necesidad de camas de UHB infanto-juvenil y valorar refuerzo estructural (poner en relación con estudio de necesidades de hospitalización a domicilio).

2.1.2.3. Memoria de actividad UHB de acuerdo a definición común de indicadores.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Definición de criterios comunes de medición para cuadro de mandos centralizado	Definición de indicadores estructurales: (Sí/No) Definición de indicadores de proceso: (Sí/No) Definición de indicadores de resultado (altas y percepción de profesionales y pacientes): (Sí/No) Definición de cartera común de servicios: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Documento específico
2. Dimensionar la necesidad de camas de UHB infanto-juvenil	Informe de dimensionamiento de necesidades en UHB infanto-juvenil: (Sí/No)	Central	Documento específico
3. Memoria de actividad UHB de acuerdo a definición común de indicadores	Memoria de actividad anual de acuerdo a indicadores comunes: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Definición de indicadores y cartera común de servicios.
 - ☐ Informe de dimensionamiento de necesidades de camas de UHB infanto-juvenil.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 2.1.3. *Promover la hospitalización a domicilio en población infanto-juvenil*

La Hospitalización a Domicilio consiste en un proceso asistencial de rango hospitalario en que se proporciona al paciente y a sus familias una atención médica, psicológica y de enfermería especializada de manera intensiva. Se trata de poner las necesidades de los niños, las niñas y sus familias en el centro, ofreciendo un servicio humanizado y de calidad que sea capaz de responder de forma rápida y flexible a las necesidades de las familias y sus redes de apoyo.

Existe un consenso desde la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud respecto a los beneficios del tratamiento domiciliario en cuanto al aumento de la cartera de servicios ofrecida a pacientes, el desarrollo de estrategias de afrontamiento en el propio ambiente del paciente y la reducción de los ingresos en salas de agudos. Esto permite que las camas hospitalarias se utilicen específicamente para pacientes que necesiten mayores niveles de supervisión.

En las últimas décadas se han desarrollado a nivel europeo diversos servicios comunitarios intensivos como alternativa a la hospitalización tradicional, con distintos niveles de desarrollo, y sobre todo para pacientes en edad adulta. Si bien los estudios disponibles en la literatura actual respecto a la Hospitalización a Domicilio en niños, niñas y adolescentes es escasa comparada con la encontrada en adultos, ha demostrado ser una modalidad de tratamiento exitosa, segura y coste-eficiente, además de demostrarse una mayor eficacia en cuanto a la mejoría en el funcionamiento familiar e integración socio-educativa del menor.

Si bien la Comunidad de Madrid dispone de una unidad pionera de Hospitalización a Domicilio en niños, niñas y adolescentes que en sus primeros meses de funcionamiento ha demostrado muy buenos resultados tanto en la consecución de sus objetivos como en la satisfacción de las familias, el objetivo de los próximos años sería la creación y puesta en marcha de nuevas unidades que puedan poner al alcance de toda la población de la comunidad cuidados domiciliarios de rango hospitalario de calidad, multidisciplinar y altamente especializado.

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.1.3.1. Identificación de unidades actuales de hospitalización a domicilio en población infanto-juvenil y la dotación de recursos y de plazas ofertadas.
- 2.1.3.2. Dimensionar la necesidad de hospitalización a domicilio infanto-juvenil y valorar refuerzo estructural (en relación a actuación sobre estudio de necesidades de UHB-IJ y de Hospitalización de Día domiciliario).
- 2.1.3.3. Definición de criterios de derivación a hospitalización a domicilio y criterios de alta a CSM/programas específicos.
- 2.1.3.4. Memoria de actividad de acuerdo a definición común de indicadores.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Identificación de unidades actuales hospitalización a domicilio	Informe de situación realizado: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Documento específico
2. Dimensionar la necesidad de hospitalización a domicilio infanto-juvenil	Estudio de dimensionamiento realizado: (Sí/No)	Central	Documento específico
3. Definición de criterios de derivación a hospitalización a domicilio y criterios de alta a CSM/programas específicos	Criterios comunes establecidos: (Sí/No)	Central	Documento específico
4. Memoria de actividad de acuerdo a definición común de indicadores	Memoria de actividad anual de acuerdo a indicadores comunes: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Informe de situación de las unidades actuales de hospitalización a domicilio en población infanto-juvenil.
 - ☐ Informe de dimensionamiento de la necesidad de hospitalización a domicilio infanto-juvenil.
 - ☐ Definición de criterios de derivación a hospitalización a domicilio y criterios de alta a CSM/programas específicos.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

L2.2. Mejorar la atención ambulatoria de Salud Mental en la Infancia y la adolescencia

L2.2. OBJETIVOS

1. Actualizar recursos y actividad de los CSM para mejorar la equidad y eficiencia en la atención.
2. Mejorar la atención a menores en PCC-IJ.
3. Promover los programas de Tratamiento Comunitario Intensivo.
3. Promover y mejorar los programas de transición.

OBJETIVO 2.2.1. *Actualizar recursos y actividad de los CMS para mejorar la equidad y eficiencia en la atención*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.2.1.1. Actualización de las ratios recomendados de profesionales para atender a la población infanto-juvenil.
- 2.2.1.2. Definición de criterios comunes de medición en los equipos de CSM por parte del grupo de trabajo.
- 2.2.1.3. Incorporación en cuadro de mandos central de indicadores de demanda infanto-juvenil por centro y evaluación periódica.
- 2.2.1.4. Definición de indicadores de actividad asistencial en menores de 18 años por Servicio/Área de Gestión para incorporación en cuadro de mandos central y evaluación periódica. Devolución de información por centros y promedio de centros.
- 2.2.1.5. Refuerzo de los equipos CSM-IJ y dimensionamiento de necesidades.
- 2.2.1.6. Memoria de actividad del CSM de acuerdo a los criterios comunes establecidos.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Actualización de las ratios de profesionales	Análisis de ratios en función de poblaciones y vulnerabilidad Sí/No Nueva propuesta de ratios a partir de revisión actual: (Sí/No)	Central	Documento específico

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Definición de criterios comunes de medición	Definición de indicadores comunes recomendados: (Sí/No) Definición de cartera mínima común de servicios recomendada en equipos de infanto-juvenil: (Sí/No)	Central	Documento específico
3. Incorporación en cuadro de mandos de indicadores de demanda infanto-juvenil	Datos de demanda asistencial desde AP: (Sí/No) Datos de derivación VPE a salud mental: (Sí/No)	Central	Documento específico
4. Definición de indicadores de actividad asistencial para incorporación en cuadro de mandos y evaluación	Cuadro de mandos básico: (Sí/No)	Central	Documento específico
5. Refuerzo de los equipos CSM-IJ y dimensionamiento de necesidades	N.º de Profesionales de psiquiatría, psicología y enfermería especialista en SM a tiempo completo en el CSM-IJ N.º de Profesionales de Trabajo Social y Terapia ocupacional a tiempo completo en CSM	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
6. Memoria de actividad del CSM de acuerdo a los criterios comunes establecidos	Memoria de actividad entregada: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Estudios de necesidades y disponibilidad de recursos humanos dedicados a la atención a la salud mental en la infancia y adolescencia en los CSM de acuerdo a los estándares aceptados.
 - ☐ Documentos de indicadores consensuados.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 2.2.2. *Mejorar la atención a menores en PCC-IJ*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

2.2.2.1. Registro actualizado de personas incluidas en PCC-IJ.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Registro actualizado de personas incluidas en PCC-IA	N.º de menores en PCC-IA incluidas en registro específico Meta: Todas las personas en PCC-IA han de estar incluidas en registro para permitir dimensionamiento.	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 2.2.3. *Promover los programas de Tratamiento Comunitario Intensivo*

Los programas de Tratamiento Comunitario Intensivo (TCI) son programas centrados en pacientes que presentan síntomas atribuibles a un trastorno mental grave que interfieren en su funcionalidad, impidiendo el desarrollo de una vida diaria normalizada, y que no son abordables con intervenciones menos intensivas. Ofrecen tratamiento interdisciplinar (psicofarmacológico, psicoterapéutico, psicoeducativo y psicosocial, en formato individual, familiar o grupal) de intensidad y duración necesaria, eliminando o minimizando las hospitalizaciones y manteniendo al niño o adolescente en su medio habitual (Arévalo, 2009).

Existe una amplia evidencia que los TCI son un abordaje terapéutico efectivo y eficiente en los trastornos mentales graves. La literatura arroja, también, evidencia en relación a que el tratamiento en las etapas tempranas de un trastorno probablemente sea tanto una estrategia clínica eficaz, como una estrategia rentable para reducir la carga de la enfermedad a largo plazo. Por ello, a pesar de que la investigación en población adolescente y joven en este tipo de intervenciones está en pleno desarrollo, son muchas las experiencias en otros países y en nuestro entorno que apuntan a la consolidación de estos programas de intervención.

La atención desde este programa, va a estar vinculado a un plan de Intervención integral, multidisciplinar, coordinado y secuenciado, con intervenciones basadas en la evidencia científica, en el contexto de la atención ambulatoria o de hospitalización parcial en salud mental.

La implantación parcial de los TCI en los CSM y Hospitales permite una gestión de calidad en la atención a la salud mental de los menores y de su familia. La combinación de las

diferentes acciones multidisciplinarias en un espacio de tiempo limitado, con una evaluación del proceso y de resultados, permite una reducción de la cronicidad. Hasta ahora se ha podido implementar de forma parcial en contextos ambulatorios y hospitalarios, mostrando beneficios con respecto a reducción de ingresos y visitas a urgencias. La parcialidad de su aplicación, justifica la extensión en la red de Salud Mental Infanto-Juvenil en toda la comunidad de Madrid.

El objetivo de la implantación de estos programas, es, por tanto, la estabilización de la patología del paciente, la consecución de una mayor contención familiar, la reducción de la cronicidad, y el aumento de la adherencia al tratamiento, así como el aumento de la funcionalidad de pacientes y familias.

Por lo tanto, el objetivo sería la extensión y ampliación de Tratamientos Comunitarios Intensivos con para la población infantojuvenil, con trastorno mental grave, en programas específicos multidisciplinarios, que incluyan abordaje grupal, individual, limitado en el tiempo, basados en la evidencia, y evaluando resultados.

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.2.3.1. Identificación de programas de tratamiento intensivo en funcionamiento y formación de grupo de trabajo a partir de ellos para la elaboración de recomendaciones centrales para su implantación.
- 2.2.3.2. Valorar la formación de Equipos de Salud Mental de Apoyo Domiciliario (ESMAD) para la infancia y adolescencia en cada CSM y dotación de los mismos.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Programas de tratamiento intensivo	Programas TCI en funcionamiento identificados: (Sí/No) Grupo de trabajo constituido: (Sí/No) Documento de recomendaciones elaborado con indicadores y difundido: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental Documento específico
2. Equipos de Salud Mental de Apoyo Domiciliario (ESMAD) para la infancia y adolescencia	Informe de valoración realizado y enviado a Oficina: (Sí/No) Equipos constituidos: (Sí/No) Referir profesionales designados en su caso	Local	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Documento de recomendaciones e indicadores.
 - ☐ Informe de valoración de la formación de equipos.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 2.2.4. Promover y mejorar los programas de transición

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.2.4.1. Elaboración de programa de transición de acuerdo a las recomendaciones realizadas desde la ORCSMyA.
- 2.2.4.2. Implantación de los programas de transición.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Elaboración de programa de transición	Programa de transición elaborado: (Sí/No) N.º de Indicadores disponibles para la implantación del Programa de Transición/6 (N.º total indicadores recomendados para la implantación del Programa de Transición)	Local	Documento específico
2. Implantación de los programas de transición	% de Servicios/Áreas con Programa de Transición y coordinación efectiva con programas de atención a adultos instaurado de acuerdo a la disponibilidad de información de indicadores	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Programa de transición.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

L2.3. Salud mental perinatal y en primera infancia

L2.3. OBJETIVO

Mejorar la atención a la salud mental perinatal y en la primera infancia (0-3).

OBJETIVO 2.3.1. *Mejorar la atención a la salud mental perinatal y en la primera infancia (0-3)*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.3.1.1. Designación de psiquiatra responsable de atención perinatal en los hospitales con Servicio de Obstetricia/Atención materno-infantil.
- 2.3.1.2. Desarrollo de un Programa Perinatal de continuidad de cuidados en la atención al embarazo, parto y puerperio en situaciones especiales en los Centros de Salud Mental, desde una perspectiva integradora (psicopatología parental, vínculo, psicopatología del bebé).

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Designación de psiquiatra responsable de atención perinatal	Psiquiatra responsable de atención perinatal: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Programa Perinatal de continuidad de cuidados	Programa Perinatal implantado: (Sí/No) El programa incluye colaboración intersectorial en la zona (coordinación con Educación), fomento de la parentalidad positiva de madres y padres y prácticas de buen trato en entornos donde se desarrolla la población infantil: (Sí/No)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - Programa perinatal de continuidad de cuidados.

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores.

L2.4. Mejorar la coordinación con otros recursos e instituciones

L2.4. OBJETIVO

Mejorar la coordinación con otros recursos e instituciones.

OBJETIVO 2.4.1. *Mejorar la coordinación con otros recursos e instituciones*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.4.1.1. Redefinición de las funciones del Grupo Consultivo de Salud Mental Infanto-juvenil para promover la mejora de la asistencial en la infancia y adolescencia.
- 2.4.1.2. Designar figura de Referencia para la Coordinación periódica desde la ORCS-MyA con otras instituciones que intervienen con la infancia y adolescencia: Servicios Sociales, Educación, Justicia y Equipo Consultor para valorar situaciones complejas
- 2.4.1.3. Participación de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental como miembros de los Consejos Locales de Atención a la Infancia y Adolescencia del municipio o distrito y en las Comisiones de Apoyo Familiar (CAF) como órgano técnico.
- 2.4.1.4. Coordinación con el Centro de Tratamiento de Adicciones de los adolescentes «Los Mesejo» en actuaciones de prevención y tratamiento, así como otros recursos de atención a las adicciones.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Redefinición de las funciones del Grupo Consultivo de Salud Mental Infanto-juvenil	Redefinición y organización de reuniones con objetivos: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Designar figura de Referencia para la Coordinación periódica desde la ORCSMyA	Existe Referente de Coordinación en Oficina para la Coordinación Interinstitucional de SM Infantil y de la Adolescencia con calendario de reuniones para abordar los aspectos de actividad cotidiana de las relaciones entre salud mental y otras instituciones: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Participación de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en Consejo Local de Atención a la Infancia y Adolescencia y en la Comisión de Apoyo Familiar (CAF) como órgano técnico	Miembro del Consejo de todos los Servicios/AGC: Sí/No Miembro de la CAF: Sí/No	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Coordinación con el Centro de Tratamiento de Adicciones de los adolescentes «Los Mesejo» en actuaciones de prevención y tratamiento, así como otros recursos de atención a las adicciones	N.º de actuaciones de coordinación de casos realizadas Existencia de procedimiento de coordinación establecido: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

L2.5. Psicoterapia

L2.5. OBJETIVO

Promover el acceso a psicoterapia efectiva en salud mental infanto-juvenil.

OBJETIVO 2.5.1. *Promover el acceso a psicoterapia efectiva en salud mental infanto-juvenil*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 2.5.1.1. Creación de un Grupo de Trabajo central para realizar un análisis de situación de las intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas en la infancia y adolescencia en la red de salud mental.

- 2.5.1.2. Realizar análisis de la situación de las intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducativas, y otras intervenciones por parte del equipo multidisciplinar que se realizan en la red de salud mental (individual y grupal).
- 2.5.1.3. Elaboración de documento de recomendaciones sobre intervenciones terapéuticas para Trastorno Mental Grave en población infanto-juvenil (incluidos Programas de Tratamiento Comunitario Intensivo).

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Creación de un Grupo de Trabajo central para realizar un análisis de situación	Grupo de trabajo constituido: (Sí/No) Variables para el análisis de situación definidas por el grupo: (Sí/No)	Central	Documento específico
2. Realizar análisis de la situación	Información sobre intervenciones multiprofesionales del Servicio/área de Gestión Informe descriptivo del análisis de situación: (Sí/No) Propuesta de cartera común de psicoterapia e intervenciones multidisciplinares: (Sí/No)	Mixta	Documento específico
3. Elaboración de documento de recomendaciones para Trastorno Mental Grave en población infanto-juvenil	Documento de recomendaciones en TMG elaborado: (Sí/No)	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Análisis de situación de las intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas en la infancia y adolescencia en la red de salud mental.
 - ☐ Documento de recomendaciones sobre intervenciones terapéuticas para Trastorno Mental Grave en población infanto-juvenil.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 3

Comunicación y coordinación entre Salud
Mental y Adicciones y Atención Primaria

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud publicada en el año 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo con el consenso de todas las Comunidades Autónomas (*Ministerio de Sanidad, 2006*) constata que un punto crítico en la atención comunitaria de los trastornos mentales es la adquisición de relevancia de la atención primaria de salud (AP). Las líneas y objetivos propuestos adoptan un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, el abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse en el primer nivel asistencial y la detección y la derivación precoz de las personas que precisen una atención especializada.

La reciente Estrategia aprobada para el período 2022-2026 (*Ministerio de sanidad, 2022*) viene a reforzar estos objetivos en un momento en que tanto los equipos de AP como los servicios de psiquiatría y salud mental (SSM) están atendiendo un número creciente de problemas de salud mental. El desbordamiento en muchos casos de la capacidad de los equipos para proporcionar intervenciones con criterios de buena práctica clínica, llevan tanto a subrayar la necesidad de un refuerzo de este nivel (*Ministerio de Sanidad, 2019*), como a promover un acercamiento de la red de SSM a la AP, con la evidencia de que los modelos colaborativos entre ambos niveles demuestran una mayor efectividad (*Calderón, 2014*).

En la Comunidad de Madrid, la vía de acceso a los SSM se realiza a través de la AP, de donde proceden el 80 % de las personas atendidas en los SSM. Más del 70 % de las personas que sufren trastornos mentales consultan por ellos en AP (*Bellón, 2020*). La mayor parte (50-75 %) de estas personas realizan el seguimiento exclusivamente en AP, mientras que un 25-50 % son derivadas a los SSM (*Piek, 2011*).

Las personas con trastornos mentales que no se detectan de manera precoz en AP tienen una peor evolución a medio y largo plazo (*Buitrago, 2018*). Sin embargo, en este contexto, se dan dos situaciones en apariencia paradójicas: el infratratamiento de un porcentaje significativo de las personas con trastornos mentales que acuden a AP y la psiquiatrización/psicologización de la vida cotidiana de bastantes personas que no son capaces de afrontar eficazmente situaciones estresantes cotidianas (*Buitrago, 2018*). Esto se asocia con un uso ampliamente extendido de psicofármacos en AP, sobre todo en personas mayores de 40 años, en las que más del 34 % de las mujeres y más del 17 % de los hombres recibe al menos una prescripción anual de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico (*Ministerio de Sanidad, 2019*). La situación descrita se ha agravado tras el inicio de la pandemia COVID-19, con un incremento de la prevalencia de los trastornos de ansiedad y de depresión de más del 25 % (*Santomauro, 2021*).

La coordinación entre AP y SSM es una piedra angular en la atención de calidad a las personas con problemas de salud mental (*Ministerio de Sanidad, 2019*). Pese a ello, aún quedan importantes territorios por explorar. Estudios recientes señalan que la llamada «regla de las mitades decrecientes» sigue vigente: menos del 50 % de las personas con tras-

tornos mentales que consultan en AP reciben un diagnóstico correcto; de ellas, menos del 50% reciben un tratamiento adecuado (farmacológico o psicológico); y de estas, menos del 50% se adhieren correctamente a las pautas de tratamiento (*Bellón, 2020*). De hecho, la concordancia diagnóstica entre AP y SSM en los trastornos adaptativos, de ansiedad y depresivos es baja (por el contrario, es alta en el trastorno bipolar y el trastorno psicótico (*Molina, 2021*)).

La continua evolución de las estrategias de colaboración y coordinación formal e informal entre los equipos de AP y los SSM resulta fundamental para la organización sanitaria, y así ha sido recogido en los anteriores planes de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y, de la misma manera, también lo hace en el presente Plan.

L3. OBJETIVOS

1. Facilitar la comunicación y coordinación entre redes.
2. Desarrollar estrategias de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental.
3. Mejorar la atención a las personas con problemas de ansiedad y depresión leve-moderada (trastorno mental común).
4. Mejorar la atención a las personas con trastorno mental grave con Atención Primaria.

OBJETIVO 3.1. Facilitar la comunicación y coordinación entre redes

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.1.1. Creación de una comisión mixta de ORCSMyA y GAAP.
- 3.1.2. Coordinación del Servicio o AGC de Psiquiatría y Salud Mental (con CSM) y DA de AP.
- 3.1.3. Coordinación entre CSM, CAID y CS AP y espacios de intercambio de experiencias.
- 3.1.4. Avance en el conocimiento y utilización de la e-consulta.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Creación de una comisión mixta de ORSMYA y Gerencia Asistencial de Atención Primaria	Comisión mixta SM-AP constituida: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMYA
2. Coordinación del Servicio o AGC de Psiquiatría y Salud Mental (con CSMs) y Dirección Asistencial de AP	Meta: designación de un referente de Salud Mental y Adicciones por Dirección Asistencial Respuesta: (Sí/No). Nombre de las 7 personas Meta: Al menos una reunión al año SM-AP y una reunión al año SM-CAID/CTA-AP	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMYA Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Coordinación local entre CSM, CAID y CS AP y espacios de intercambio de experiencias	Meta: Al menos una reunión/espacio de intercambio anual del CSM con los CS de referencia al año y al menos una reunión/espacio de intercambio anual del CSM, CAID de referencia y CS al año Respuesta: (Sí/No). Acta reunión o conclusiones de intercambio	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Avance en el conocimiento y utilización de la e-consulta	ANUAL Formalización con Unidad de Continuidad Asistencial de indicadores de seguimiento anual global de Salud Mental y por Servicios/áreas de Psiquiatría y SM, en colaboración con AP: (Sí/No) Difusión de información sobre e-consulta a los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental con los indicadores formalizados: (Sí/No) Promover la bidireccionalidad en la e-consulta (también de CSM a AP): (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMYA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:

☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 3.2. Desarrollar estrategias de promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones, en dos ámbitos:

- 3.2.1. Disponibilidad y difusión del mapa de activos en salud comunitarios y conocimiento de la población de referencia en determinantes sociales y recursos.

- 3.2.2. Participación de Salud Mental y de Atención Primaria en espacios de coordinación locales, mesas de salud y/o de violencia en los distritos o municipios donde existan.
- 3.2.3. Desarrollo de actividades formativas conjuntas sobre las conductas de riesgo y los problemas de salud mental en la población infantojuvenil.
- 3.2.4. Desarrollo de actividades formativas conjuntas (AP-SM) e interdisciplinar sobre detección temprana y abordaje de problemas en psicogeriatría con especial atención a la detección del maltrato y el uso de psicofármacos.
- 3.2.5. Formación sobre el abordaje sociosanitario de malestares de la vida cotidiana y los determinantes sociales que influyen en la salud mental.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Disponibilidad y difusión del mapa de activos en salud comunitarios	Análisis de población de referencia: (Sí/No) (en colaboración de Salud Pública de zona y de la DA de AP de referencia) Actualización bienal de mapa de activos en salud: (Sí/No) Difusión bienal de activos en salud comunitarios: (Sí/No) (Se propone utilizar la aplicación de mapeo de recursos LOCALIZA SALUD desarrollada por el Ministerio de Sanidad en la estrategia de prevención y Promoción de la Salud. Es accesible: https://localiza-salud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/Menu.action)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Participación conjunta de Salud Mental y de Atención Primaria	Número de intervenciones comunitarias (reuniones/foros/mesas de salud y/o violencia de género de distrito donde participen conjuntamente representantes de AP y SM)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Desarrollo de actividades formativas conjuntas sobre las conductas de riesgo y los problemas de salud mental en la población infantojuvenil	N.º de cursos que se ofertan sobre conductas de riesgo y los problemas de salud mental en la población infantojuvenil N.º de cursos que se ofertan sobre conductas de riesgo y los problemas de salud mental en la población infantojuvenil $\times 100$/N.º Total de cursos ofertados relacionados con la salud mental N.º de asistentes por curso $\times 100$/N.º total de plazas ofertadas por curso Valor medio de la satisfacción global de los asistentes en cada curso	Central con AP	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
4. Desarrollo de actividades formativas conjuntas sobre detección temprana y abordaje de problemas en psicogeriatría	N.º de cursos que se ofertan sobre detección temprana y abordaje de problemas en psicogeriatría N.º de cursos que se ofertan sobre detección temprana y abordaje de problemas en psicogeriatría $\times 100/\text{N.º Total de cursos ofertados relacionados con la salud mental}$ N.º de asistentes por curso $\times 100/\text{N.º total de plazas ofertadas por curso}$ Valor medio de la satisfacción global de los asistentes en cada curso	Central con AP	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Formación sobre el abordaje sociosanitario de malestares de la vida cotidiana y los determinantes sociales que influyen en la salud mental	Realización oferta formativa en relación al abordaje de los malestares de la vida cotidiana y sobre los determinantes sociales que influyen en la salud mental en función de las necesidades detectadas entre los profesionales de los CS y CSM: (Sí/No) N.º de cursos que se ofertan en relación al abordaje de los malestares de la vida cotidiana y sobre los determinantes sociales que influyen en la salud mental N.º de cursos que se ofertan en relación al abordaje de los malestares de la vida cotidiana y sobre los determinantes sociales que influyen en la salud mental $\times 100/\text{N.º Total de cursos ofertados relacionados con la salud mental}$ N.º de asistentes por curso $\times 100/\text{N.º total de plazas ofertadas por curso}$ Valor medio de la satisfacción global de los asistentes en cada curso	Central con AP	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:

☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 3.3. Mejorar la atención a las personas con problemas de ansiedad y depresión leve-moderada (trastorno mental común)

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.3.1. Definición de los criterios de derivación de AP a SM y de las formas de derivación (incluida la e-consulta).

- 3.3.2. Guías de prescripción de los psicofármacos de uso más frecuente (antidepresivos, benzodiacepinas) y materiales de uso en consulta.
- 3.3.3. Estudio de actualización de ratios de profesionales de psicología por población de referencia (en ámbito sanitario de psicología clínica, y en los ámbitos social y local).
- 3.3.4. Elaboración de protocolo de atención en psicología clínica a personas con trastorno mental común.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Criterios de derivación de AP a SM	Acción 1: Proceso de derivación ansiedad/depresión leve-moderada finalizado: Sí/No Acción 2: Difusión a todos los CSM del SER-MAS: Sí/No Acción 3: Difusión a todos los CS de la GAAP: Sí/No Cumplimiento: 100 % si todas las acciones (1, 2 y 3) cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas. Indicadores de seguimiento establecidos Sí/No	Central con AP	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Guías de prescripción de los psicofármacos de uso más frecuente	Elaboración y difusión de guía para la prescripción de bdz: (Sí/No) Elaboración y difusión de guía para la prescripción de antidepresivos: (Sí/No) Elaboración y difusión de material para pacientes con recomendaciones sobre el uso de bdz: (Sí/No) Elaboración y difusión de material para pacientes con recomendaciones sobre el uso de antidepresivos: (Sí/No)	Central con AP y Farmacia	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Actualización de ratios de profesionales de psicología	Estudio de dotación de profesionales de psicología Estudio de necesidades de profesionales de psicología clínica en comparación con los países del entorno: (Sí/No) % Profesionales de psicología clínica que se incorporan sobre el total de las necesidades detectadas	Central	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Protocolo de atención en psicología clínica a personas con trastorno mental común	Protocolo realizado (evaluación, número de sesiones y frecuencia) e indicadores de implantación (entradas, altas): (Sí/No)	Mixta	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Criterios de derivación de AP a SM y de las formas de derivación.
 - ☐ Guías de prescripción de los psicofármacos de uso más frecuente (antidepresivos, benzodiacepinas) y materiales de uso en consulta.
 - ☐ Estudio de actualización de ratios de profesionales de psicología.
 - ☐ Elaboración de protocolo de atención en psicología clínica a personas con trastorno mental común.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 3.4. Mejorar la atención a las personas con trastorno mental grave con Atención Primaria

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 3.4.1. Sensibilización multiprofesional en AP en la detección y abordaje tempranos del TMG.
- 3.4.2. Elaboración de guía de actuaciones en la salud física para pacientes con TMG y pacientes con tratamiento prolongado con psicofármacos (en adultos y en población infantil y adolescente) dirigido a profesionales de SM y AP.
- 3.4.3. Difusión a los profesionales de AP del Programa de Continuidad de Cuidados de personas con TMG.
- 3.4.4. Articulación y difusión de procedimientos de colaboración de SM con AP y Servicios Sociales en pacientes con TMG desvinculado/as de las redes de atención, o en riesgo de desvinculación.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Sensibilización multiprofesional en AP en la detección y abordaje tempranos del TMG	N.º de cursos que se ofertan sobre la detección y abordaje tempranos del TMG N.º de cursos que se ofertan la detección y abordaje tempranos del TMG $\times 100$ / N.º Total de cursos ofertados relacionados con la salud mental N.º de asistentes por curso $\times 100$ / N.º total de plazas ofertadas por curso Valor medio de la satisfacción global de los asistentes en cada curso	Central ORCSMyA y AP	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Guía de actuaciones en la salud física para pacientes con TMG dirigido a profesionales de SM y AP	Desarrollo de guía de actuación sobre la salud física en personas adultas con TMG/ uso prolongado de psicofármacos: (Sí/No) Desarrollo de guía de actuación sobre la salud física en la infancia y adolescencia con TMG/uso prolongado de psicofármacos: (Sí/No) Documentos realizados y difundidos en SM y AP: (Sí/No) (Con la coordinación por la Comisión de Enfermería especialista en Salud Mental de la ORCSMyA con la participación de Enfermería de AP (de adultos y de edad pediátrica))	Central	Documento específico
3. Difusión a AP del Programa de Continuidad de Cuidados de personas con TMG	Número de jornadas realizadas sobre el programa de continuidad de cuidados de personas con TMG Porcentaje de CS de AP que han asistido sobre el total de convocados en el período de evaluación	Central con AP	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Colaboración de SM con AP y Servicios Sociales en pacientes con TMG desvinculados/as de las redes de atención	Elaboración y Difusión de procedimientos con Iniciativas de desarrollo comunitario en AP y Servicios Sociales que favorecen la inclusión social en grupos de riesgo, incluidas las personas con TMG y desvinculación social: (Sí/No)	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Elaboración de guía de actuaciones en la salud física para pacientes con TMG y pacientes con tratamiento prolongado con psicofármacos.
 - ☐ Procedimientos de colaboración de SM con AP y Servicios Sociales en pacientes con TMG desvinculado/as de las redes de atención, o en riesgo de desvinculación.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 4

Atención a las personas
con trastornos adictivos

El coste humano y social de las adicciones es muy alto; a lo que se añade el coste para el sistema público de salud (prevención, atención médica y tratamiento), seguridad pública, medio ambiente y productividad laboral. En la actualidad, estamos viviendo cambios muy rápidos en el ámbito de las drogas y las adicciones comportamentales debido a que el acceso y la experimentación con las drogas, con las pantallas y con el juego en sus diferentes formas se han normalizado y globalizado.

Por ello, son necesarios y oportunos cambios organizativos que faciliten la integración de la atención a las personas con adicciones en el Servicio Madrileño de Salud, como son la incorporación de su seguimiento clínico en la Historia Clínica electrónica, la vinculación laboral de los profesionales de la Red Asistencial de Adicciones en el Servicio Madrileño de Salud y la formación especializada en adicciones de sus profesionales.

Conseguir una atención de los trastornos adictivos de calidad requiere la adecuación de la asistencia a estándares, la evaluación continua de la atención mediante indicadores de seguimiento y la realización de estudios epidemiológicos con el fin de promover aspectos de mejora.

La adecuada coordinación entre los distintos niveles asistenciales (Atención Primaria, Salud Mental y Adicciones) permitirá la atención integral de los pacientes hasta la consecución final con la integración funcional de redes. Esta coordinación ha de establecerse en los tres ámbitos de atención: el acceso en Atención Primaria con el objetivo de identificar conductas adictivas de riesgo, la atención en los Centros de Salud Mental, y la atención en los Centros de Tratamiento en Adicciones con el objetivo de tratar intensivamente Adicciones con y sin sustancia, y con comorbilidad con otro Trastorno Mental.

El aumento de las admisiones a tratamiento derivadas del juego patológico, y la evidencia científica más reciente que apunta a una presencia importante de conductas adictivas en edades tempranas, relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación, apuntan a la necesidad de incorporar las adicciones comportamentales en los objetivos de actuación de este Plan para dar respuesta a nuevos retos.

Por otra parte, las personas con trastorno mental grave, que presentan con frecuencia comorbilidad con trastornos adictivos, requieren una atención específica e individualizada, con la intervención colaborativa de las redes en torno al paciente para su mejor recuperación. Asimismo, las personas con problemas del alcohol, que han tenido una atención heterogénea desde los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Salud Mental y en menor medida, red de adicciones) requieren asimismo una atención integral y coordinada, con los servicios y redes en torno a su recuperación. Por ello se han establecido objetivos específicos propios en la presente línea de trabajo.

La relación estrecha que existe entre la Violencia de género y el consumo de sustancias psicoactivas hace necesario incorporar la violencia de género en el abordaje de las adicciones

como un elemento más. Disponer de un Protocolo de actuación común en toda la Red facilitará la detección e intervención eficaz en las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad.

En los últimos años existe un interés especial por el abuso de ciertos medicamentos de prescripción, como los hipnosedantes y opioides, que puede conducir a una variedad de efectos adversos para la salud, incluida la adicción. Antes de que llegue a ser un grave problema de Salud Pública, como está ocurriendo en otros países, se hace necesario establecer vínculos de colaboración entre las Unidades Hospitalarias implicadas y Farmacia para la promoción de buenas prácticas.

Para terminar, cabe decir que la integración efectiva de la red de adicciones en el Servicio Madrileño de Salud no solo requiere un cambio organizativo y complejo de estructura por trabajar, sino también un cambio de cultura, que incluye la lucha contra el estigma propio, y la doble discriminación frecuente hacia estos pacientes, también por parte de los profesionales sanitarios, incluidos de la red de salud mental. La integración organizativa acompañará por tanto, en su proceso, al avance en la atención respetuosa y de calidad de las personas con trastornos adictivos, de manera acompasada al avance en la línea de mejora de calidad y seguridad del paciente en la atención a todos los problemas de salud mental.

L4. OBJETIVOS

A continuación se formulan nueve objetivos específicos para esta Línea Estratégica:

1. Avanzar en el proceso de integración efectiva de la atención a las personas con adicciones en el Servicio Madrileño de Salud.
2. Mejorar la calidad de las intervenciones asistenciales en adicciones y promover su adecuación a estándares.
3. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Salud Mental y la Red de adicciones.
4. Mejorar la atención a las personas con Trastornos Adictivos comportamentales.
5. Mejorar la atención a las personas con trastorno por consumo de alcohol.
6. Mejorar la atención a las personas con Trastorno Mental Grave y comorbilidad con trastorno de la conducta adictiva.
7. Favorecer la asistencia especializada y adecuada a las mujeres con trastornos adictivos víctimas de violencia de género.
8. Promover la colaboración de los agentes implicados en la correcta utilización de fármacos con potencial adictivo.
9. Mejorar la atención a las personas con Adicciones a través de la colaboración con las Asociaciones de Autoayuda y rehabilitación de personas dependientes del alcohol y de otras adicciones.

OBJETIVO 4.1. Avanzar en el proceso de integración efectiva de la atención a las personas con adicciones en el Servicio Madrileño de Salud

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.1.1. Implantación de la Historia Clínica Electrónica AP-Madrid para la atención ambulatoria de todas las personas con trastornos de adicción atendidas en los Centros de la Red Asistencial de Adicciones.
- 4.1.2. Avance en la vinculación normalizada de los profesionales de los Centros de la Red Asistencial de Adicciones.
- 4.1.3. Potenciación del conocimiento de los trastornos adictivos en la formación especializada de salud mental y de Atención Primaria.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Historia Clínica Electrónica AP-Madrid para la atención de personas con trastornos de adicción	N.º pacientes con historia en AP-Madrid/ N.º pacientes en tratamiento en la red asistencial de adicciones	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Avance en la vinculación normalizada de los profesionales de los Centros de la Red Asistencial de Adicciones	Avance en el proceso de vinculación normalizada de los profesionales del CAID de Vallecas: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Potenciación del conocimiento de los trastornos adictivos en la formación especializada de salud mental y de Atención Primaria	N.º de MIR de Psiquiatría que rotan por Centros de la Red Asistencial de Adicciones al año/N.º de MIR de Psiquiatría en la Unidad Docente N.º de PIR de Psicología Clínica que rotan por Centros de la Red Asistencial de Adicciones al año/N.º de PIR en la Unidad Docente N.º de EIR de Salud Mental que rotan por Centros de la Red Asistencial de Adicciones al año/N.º de EIR de Salud Mental en la Unidad docente N.º de Unidades Multiprofesionales de Salud Mental que tiene incluidos los Centros de la Red Asistencial de Adicciones como centros Asociados	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 4.2. Mejorar la calidad de las intervenciones asistenciales en adicciones y promover su adecuación a estándares

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.0.1. Implementación de protocolos de actuación para el diagnóstico y tratamiento de las adicciones en los Centros de la Red Asistencial de Adicciones.
- 4.0.2. Mejora en el control de enfermedades infecciosas, incluido el VHC.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Implementación de protocolos de actuación para el diagnóstico y tratamiento de las adicciones	N.º Centros que han incorporado los protocolos de diagnóstico y tratamiento de las adicciones en sus actuaciones/N.º total de centros N.º de Centros que informan del seguimiento asistencial realizado utilizando las variables de seguimiento de los protocolos/N.º total de centros N.º de pacientes atendidos con protocolos actualizados/N.º de pacientes atendidos	Local CTA/CAID	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Mejora en el control de enfermedades infecciosas, incluido el VHC	Pacientes con cribado para la detección de Virus de Hepatitis C/ total de pacientes atendidos Pacientes con resultado positivo VHC derivados para tratamiento / Total Pacientes con resultado VHC+	Local CTA/CAID	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 4.3. Implantar mecanismos eficaces de coordinación asistencial entre Salud Mental y la red de adicciones

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.3.1. Designación de profesional referente en Adicciones en el CSM/Servicio o AGC y de profesional referente de salud mental en cada centro de atención de la red de adicciones.
- 4.3.2. Desarrollo de vías efectivas de coordinación de cada CSM con el CAID de referencia.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Designación de profesionales referentes	Referente de Adicciones en CSM/Servicio AGC de Psiquiatría y Salud Mental designado: (Sí/No) Referente de Salud Mental en el centro de atención a las adicciones: (Sí/No)	Local CSM Y CAID/CTA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Coordinación de CSM con el CAID de referencia	Protocolo de coordinación común de cada CSM con el centro de atención de la red de adicciones correspondientes (n.º reuniones, sesiones conjuntas con objetivos, periodicidad...): (Sí/No)	Local CSM Y CAID/CTA	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo de coordinación común de CSM con el centro de atención de la red de adicciones correspondiente.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 4.4. Mejorar la atención a las personas con trastornos adictivos comportamentales

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 1.1.1. Creación de Unidad de referencia para la atención a las personas con Trastornos Adictivos Comportamentales.

- 1.1.2. Elaboración de proceso de atención, en salud mental y adicciones, a los Trastornos Adictivos comportamentales en la que se incluya la Unidad de referencia, los programas específicos en la red de salud mental (unidades de juego patológico...) y las redes de salud mental y adicciones.
- 1.1.3. Elaboración de protocolos de atención a las personas con Trastornos Adictivos comportamentales.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Creación de Unidad de referencia	Unidad de referencia creada: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Elaboración de proceso de salud mental y adicciones de atención a los Trastornos Adictivos comportamentales	Documento del Proceso de salud mental y adicciones elaborado: (Sí/No)	M i x t o (HGUGM y ORCSMyA)	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Elaboración de protocolos de atención a las personas con Trastornos Adictivos comportamentales	Protocolo disponible: (Sí/No)	Local CSM y CAID/CTA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 4.5. Mejorar la atención a las personas con trastorno por consumo de alcohol

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.5.1. Elaboración e implantación de un programa de atención a personas con trastorno por consumo de alcohol en cada Servicio/Área de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental.
- 4.5.2. Dimensionamiento de la morbilidad atendida en la zona de referencia.
- 4.5.3. Incremento de la desintoxicación programada de alcohol en las UHB de psiquiatría.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Elaboración e implantación de un programa de atención a personas con trastorno por consumo de alcohol	Programa elaborado e implantado: (Sí/No) El programa incluye psicoterapia individual y grupal específica: (Sí/No) El programa se elabora en colaboración con el centro de atención de la red de adicciones de referencia y con Atención Primaria: (Sí/No)	Local C S M Y CAID/CTA	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Dimensionamiento de la morbilidad atendida	N.º de pacientes en tratamiento por trastorno por consumo de alcohol en el Servicio/AGC de Psiquiatría y Salud Mental N.º de pacientes en tratamiento por trastorno por consumo de alcohol en el centro de atención de la red de adicciones	Local C S M Y CAID/CTA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Incremento de la desintoxicación programada de alcohol en las UHB de psiquiatría	Referente de adicciones designado en la UHB: (Sí/No) N.º ingresos para desintoxicación de alcohol realizados en el año	Local UHB	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Programa integral de atención a personas con trastorno por consumo de alcohol.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 4.6. Mejorar la atención a las personas con trastorno mental grave con trastorno de la conducta adictiva

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.6.1. Diseño e implantación de un programa integrado de atención a personas con TMG y trastorno adictivo.

4.6.2. Incorporación del consumo de sustancias como criterio de alta vulnerabilidad para priorizar la inclusión de las personas con TMG en los PCC de alta intensidad, y que esté reflejado en la HCE.

4.6.3. Realización de planes individualizados de tratamiento conjuntos.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Diseño e implantación de un programa integrado de atención a personas con TMG y trastorno adictivo	Documento de proceso integrado realizado con la participación del centro de tratamiento a las adicciones de referencia: (Sí/No) Se definen los criterios e itinerarios asistenciales de servicios de SM, red de Adicciones y de Rehabilitación: (Sí/No)	Local C S M Y CAID/CTA	Documento específico
2. Incorporación del consumo de sustancias como criterio de alta vulnerabilidad para priorizar la inclusión de las personas con TMG en los PCC de alta intensidad	N.º de pacientes con TMG y comorbilidad con trastorno adictivo incluido en PCC/N.º de pacientes con TMG en PCC	Local CSM	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Realización de planes individualizados de tratamiento conjuntos	N.º de pacientes con TMG y comorbilidad con Plan individual de tratamiento participado por CSM y por centro de atención a las adicciones N.º de pacientes con TMG y antecedentes de comorbilidad con trastorno adictivo derivados a recursos de rehabilitación de salud mental y de política social	Local CTA/CAID Y CSM	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:

- ☐ Programa integrado de atención a personas con TMG y trastorno adictivo.

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 4.7. Favorecer la asistencia especializada y adecuada a las mujeres con trastornos adictivos víctimas de violencia de género

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.7.1. Protocolo de actuación para el abordaje conjunto de la violencia de género y las adicciones en los Centros de la Red Asistencial de Adicciones.
- 4.7.2. Diseño e implantación del Sistema de Registro de casos de Violencia de Género en todos los Centros de la Red Asistencial de Adicciones.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Protocolo de actuación para el abordaje conjunto de la violencia de género y las adicciones	Protocolo disponible: (Sí/No) N.º Centros que han incorporado el protocolo de actuación frente a la violencia de género en sus actuaciones/Nº total de centros	Local CAID/CTA	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Registro de casos de Violencia de Género	N.º de Centros que utilizan el Sistema de Registro de casos de Violencia de Género / Todos los Centros N.º casos de VG registrado en la Red Asistencial de Adicciones	Local CAID/CTA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo de actuación para el abordaje conjunto de la violencia de género y las adicciones.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 4.8. Promover la colaboración de los agentes implicados en la correcta utilización de fármacos con potencial adictivo

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.8.1. Promoción de buenas prácticas en el uso de hipnosedantes y analgésicos opioides en colaboración con Hospitales y Farmacia.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Promoción de buenas prácticas en el uso de hipnosedantes y analgésicos opioides	Actividades colaborativas realizadas: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 4.9. Mejorar la atención a las personas con adicciones a través de la colaboración con las Asociaciones de Autoayuda y rehabilitación de personas dependientes del alcohol y de otras adicciones

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 4.9.1. Incorporación de las Asociaciones de pacientes para diseñar los programas y procesos de atención integral a las adicciones, aprovechando su experiencia y su potencial inter pares.
- 4.9.2. Difusión de información sobre asociaciones de familiares y pacientes en los CSM, CAID/CAT y Centros de Salud y en los demás recursos de atención a la Salud Mental y las Adicciones.
- 4.9.3. Desarrollo de Jornadas de familiares y pacientes con el apoyo de los profesionales y medios del Servicio Madrileño de Salud y la Consejería de Sanidad.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Incorporación de las Asociaciones de pacientes para diseñar los programas y procesos de atención	Colaboración con Asociaciones para diseño de procesos: (Sí/No)	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Difusión de información sobre asociaciones de familiares y pacientes	Información difundida desde centros asistenciales ambulatorios: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Jornadas de familiares y pacientes	Participación en Jornadas desarrolladas desde las Asociaciones y la Consejería de Sanidad: (Sí/No)	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ▣ Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 5

Atención a la salud mental
en las personas mayores. Psicogeriatría

El aumento de la esperanza de vida en general, tanto en población sana como en aquella aquejada de trastornos mentales, ha determinado la necesidad cada vez más frecuente de atención a pacientes geriátricos en los diferentes dispositivos de salud mental. La demanda asistencial psiquiátrica en el anciano en todos los niveles es creciente y constituye un problema relevante para los profesionales sanitarios, los gestores y los servicios sociales (*Singh GP, 2004*).

La prevalencia de patología mental que aparece en el paciente de edad es alta (*Olivera J 2008*). Estos trastornos pueden ser de inicio tardío debidos a patologías específicas que se inician en la edad tardía, o bien ser la evolución de un trastorno mental de inicio en la juventud.

La necesidad de una especificidad en la atención a los trastornos mentales de las personas mayores viene dada fundamentalmente por las presentaciones sintomáticas y clínicas diferenciales con respecto las personas más jóvenes, la comorbilidad con patologías físicas, la posible coexistencia de deterioro cognitivo y las respuestas particulares a los tratamientos biológicos y psicoterapéuticos, todo lo cual supone un grado mayor de vulnerabilidad y posible dependencia que en otras edades (*Agüera 2021*).

La existencia de dispositivos específicos de atención psicogeriátrico ha demostrado hace ya muchos años ser eficaz y tener ventajas sobre los dispositivos de atención psiquiátrica general (*Cole MG, 1998; Draper B, 1999; Mateos R 2006*).

La presente línea y sus objetivos ha sido diseñada con el fin de dar respuesta a estos retos y avanzar en la especificidad de la atención psicogeriátrico sin abandonar el marco de la atención psiquiátrica general ni crear una red paralela. Pretende dar un impulso a esta atención diferencial de una forma estructurada, más allá de las iniciativas (escasas en número, pero de extraordinaria calidad) existentes en la actualidad en nuestro contexto sanitario. Es por ello que aparece por primera vez como una línea diferenciada en el presente Plan de Salud Mental.

L5. OBJETIVOS

Esta línea se ha subdividido en seis ámbitos de acción, enfocados a alcanzar los siguientes objetivos generales:

1. Mejorar la atención ambulatoria a las personas mayores con problemas de salud mental.
2. Mejorar la atención hospitalaria a las personas mayores con problemas de salud mental.
3. Atención a personas mayores con Trastorno Mental Grave.

4. Mejorar la atención a pacientes con deterioro cognitivo y necesidades de salud mental.
5. Coordinación entre las instancias implicadas.
6. Promover la investigación en mayores con trastornos de salud mental.

A continuación se presentan los objetivos específicos y actuaciones para cada de ellas.

L5.1. Mejorar la atención ambulatoria a las personas mayores con problemas de salud mental

El objetivo general es proporcionar atención psiquiátrica de calidad, atendiendo a las necesidades específicas de la población mayor, a pacientes atendidos en los Centros de Salud mental (CSM) o estructura ambulatoria equivalente que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

A) Mayores de 65 años que cumplan uno o más de los criterios siguientes:

- ☐ Primer episodio de enfermedad mental moderada o grave.
- ☐ Demencia diagnosticada o para su estudio.
- ☐ Criterios de fragilidad o complejidad: Situación clínica de anciano frágil (potencial desestabilización pluripatológica o enfermedad crónica que tiende hacia la incapacidad o factores psíquicos y/o sociales que condicionan la evolución de su enfermedad con riesgo de dependencia).

Si se cumplen estos criterios o el enfermo padece demencia con SPCD, la edad de inclusión puede ser inferior a 65 años.

B) Mayores de 75 años que cumplan uno o más de los criterios siguientes:

- ☐ Pacientes que presenten un perfil psicogeriatrico tardío, de inicio en edad adulta y que precisen de un seguimiento regular.
- ☐ Seguirán siendo vistas por el equipo de atención a pacientes adultos las personas con episodios de enfermedad mental previa, que estén estabilizados y no presenten criterios de fragilidad o complejidad.
- ☐ Si aparece fragilidad o acumulación de complejidad a lo largo del seguimiento, se valorará la conveniencia de la derivación al programa de psicogeriatría tras realización de una actividad de transición del programa de adultos al de psicogeriatría.

L5.1. Objetivos

1. Mejorar la coordinación y gestión de la atención a las personas mayores en cada área de gestión clínica o equivalente.



2. Promover y mejorar la atención en el entorno para personas mayores de 65 años.
3. Mejorar el acceso a las psicoterapias en pacientes mayores de 65 años y atención a familiares.
4. Mejorar la atención a casos de violencia y maltrato.

OBJETIVO 5.1.1. Mejorar la coordinación y gestión de la atención a las personas mayores en cada área de gestión clínica o equivalente

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.1.1.1. Elaboración e implementación de un Programa de psicogeriatría en consultas ambulatorias.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Programa de psicogeriatría en consultas ambulatorias	Referente designado y documento disponible: (Sí/No) El programa contará con: Equipo multiprofesional designado: (Sí/No) Número de pacientes adscritos: (Sí/No) Protocolo de transición de pacientes de consultas generales a programa: (Sí/No) Subprograma de atención domiciliaria: (Sí/No) Subprograma de atención al paciente en residencia de Mayores: (Sí/No) Subprograma de psicoterapia: (Sí/No) Protocolo de detección y abordaje de violencia o maltrato en los adultos mayores: (Sí/No)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
	Con la participación de AP de referencia y en línea con el Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025		

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Programa de psicogeriatría en consultas ambulatorias.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 5.1.2. Promover y mejorar la atención en el entorno para mayores de 65 años

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.1.2.1. Desarrollo de protocolos de intervención domiciliaria en mayores de 65 años, incluido en el programa de psicogeriatría.
- 5.1.2.2. Mejora del apoyo a Residencias de Mayores incluido en programa psicogeriatría: visitas, referente en el CSM o equipo volante en áreas de alta densidad de residencias.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Protocolos de intervención domiciliaria en mayores de 65 años	Identificación de indicadores de seguimiento del subprograma: (Sí/No) Documento de protocolo de atención domiciliaria en colaboración con AP: (Sí/No)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Mejora del apoyo a Residencias de Mayores	Desarrollo de criterios de inclusión en subprograma y actuaciones, en coordinación de AP: (Sí/No) Identificación de indicadores de seguimiento del programa: (Sí/No)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Subprograma de atención domiciliaria en programa de psicogeriatría.
 - ☐ Subprograma de apoyo a residencias en programa de psicogeriatría.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 5.1.3. Mejorar la atención a casos de violencia y maltrato

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.1.3.1. Desarrollo de protocolo de detección y abordaje de pacientes de violencia o maltrato.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Protocolo de detección y abordaje de pacientes de violencia o maltrato	N.º de casos detectados N.º pacientes en programa Documento de protocolo de abordaje de violencia y maltrato: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Documento de protocolo de abordaje de violencia y maltrato.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

L5.2. Mejorar la atención hospitalaria a personas mayores con problemas de Salud Mental

El objetivo general es proporcionar atención psiquiátrica de calidad, atendiendo a las necesidades específicas de la población mayor, a pacientes ingresados en instituciones hospitalarias, atendiendo a los siguientes criterios propuestos.

Unidad de Hospitalización Breve (UHB)

Objetivo. Proporcionar asistencia con un perfil psicogeriátrico específico a pacientes que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

A) Pacientes mayores de 75 años que cumplan uno o más de los criterios siguientes:

- ☐ Padecer un Trastorno mental primario, bien de inicio a edad geriátrica o bien como reagudización de una patología psiquiátrica de base, que no sea subsidiario de tratamiento ambulatorio por la gravedad clínica, alteración conductual, riesgo de deterioro funcional grave asociado, riesgo vital asociado o riesgo para terceros.
- ☐ Padecer un Trastorno mental secundario a patología somática concomitante debidamente estabilizada y que esta no precise una atención clínica prioritaria por parte de otros especialistas.
- ☐ Padecer un Trastorno de conducta no filiado tras descartarse causa orgánica aguda de forma razonable.

B) Pacientes entre 65 y 75 años, con patología psiquiátrica aguda de inicio tardío.

C) Pacientes menores de 65 años que cumplan uno o más de los criterios siguientes:

- ☐ Padecer patología psiquiátrica aguda y características geriátricas: anciano frágil (situación clínica de potencial desestabilización pluripatológica o enfermedad crónica que tiende hacia la incapacidad o factores psíquicos y/o sociales que condicionan la evolución de su enfermedad con riesgo de dependencia).
- ☐ Padecer Síntomas psicológicos o conductuales (SPCD) graves asociado a Demencia o deterioro cognitivo que no sean subsidiarios de tratamiento ambulatorio o en otros servicios de especialidades afines con competencia en el tratamiento del deterioro cognitivo.

En este nivel asistencial serán criterios de exclusión los siguientes:

- ☐ Demencia sin SPCD.
- ☐ Delirium diagnosticado.

Psicogeriatría de Interconsulta y enlace

Objetivo. Proporcionar atención a la patología psiquiátrica de pacientes ancianos ingresados en el Hospital cuando sea requerido mediante un parte Interconsulta.

La inclusión en el programa de Psicogeriatría estará restringida a los casos que por su edad o situación clínica tengan un perfil claramente psicogeriátrico (fragilidad, complejidad, riesgo de dependencia, primeros episodios) y no a todas las personas ancianas para las que se pida una interconsulta.

L5.2. Objetivos

1. Valorar la factibilidad de la ampliación del acceso a los recursos de salud mental hospitalarios de personas mayores de 65 años con problemas de salud mental.
2. Proporcionar asistencia hospitalaria especializada a pacientes ancianos con perfil psicogeriátrico.

OBJETIVO 5.2.1. Valorar la factibilidad de la ampliación del acceso a los recursos de salud mental hospitalarios de personas mayores de 65 años con problemas de salud mental

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.2.1.1. Dimensionamiento de la atención actual a pacientes mayores de 65 años en recursos hospitalarios de la red de salud mental y la estimada atendida en recursos de mayores.
- 5.2.1.2. Dimensionamiento de la necesidad de acceso a hospitalización específica de pacientes mayores de 65 años de la red de salud mental, y de los recursos nuevos o adaptación de los existentes para responder a la misma

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Dimensionamiento de la atención actual a pacientes mayores de 65 años	Dimensionamiento de población atendida actualmente y potencial realizado: (Sí/No)	Central	Documento específico
2. Dimensionamiento de la necesidad de acceso y de los recursos necesarios (nuevos o adaptados en los existentes)	Dimensionamiento de necesidad y recursos hospitalarios específicos estimados para responder realizada: (Sí/No)	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Informes de dimensionamiento.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 5.2.2. Proporcionar asistencia hospitalaria especializada a personas ancianas con perfil psicogeriatrico

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

5.2.2.1. Desarrollo de programa de Enlace con Geriatria y con Neurologia.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Desarrollo de programa de Enlace con Geriatria y con Neurologia	Programas de enlace con Geriatria y Neurologia creado o implementado: (Si/No)	Local	Documento especifico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Programa de enlace con Geriatria y Neurologia.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

L5.3. Atención a personas mayores con trastorno mental grave (TMG)**L5.3. Objetivos**

1. Mejorar la identificación y diagnóstico de TMG en el paciente mayor.
2. Mejorar el conocimiento de las personas mayores con TMG atendidas y promover la efectividad de las intervenciones.

OBJETIVO 5.3.1. Mejorar la identificación y diagnóstico de TMG en el paciente mayor

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.3.1.1. Constitución de un grupo interdisciplinar para la revisión y adecuación de criterios de TMG en el paciente Mayor.
- 5.3.1.2. Realización de una guía de detección precoz y diagnóstico de TMG en mayores.
- 5.3.1.3. Identificación de indicadores para la detección precoz de TMG en el paciente mayor.
- 5.3.1.4. Favorecer la detección y abordaje del TMG en el grupo de población mayor que está en situación de aislamiento social.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Constitución de grupo interdisciplinar	Grupo de diagnóstico de TMG en el mayor constituido: (Sí/No) Con la participación de AP y en línea con el Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Realización de una guía de detección precoz y diagnóstico de TMG en mayores	Guía de detección precoz y diagnóstico de TMG en el paciente mayor realizada: (Sí/No) Coordinación con grupo para la actualización del PCC del adulto con TMG (Línea 1 del Plan) para alinear contenidos e Inclusión de criterio de aislamiento social o soledad no deseada en el PCC del paciente mayor con TMG: (Sí/No) Difusión de la Guía Diagnóstica entre los profesionales de la SM: (Sí/No)	Central	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Identificación de indicadores	Elaboración de un Checklist por parte del grupo de trabajo de TMG en el paciente mayor e incorporación a la Guía de detección y diagnóstico: (Sí/No) Difusión a los profesionales de AP, Hospitales y centros sociosanitarios, en coordinación con la línea 4 de detección y diagnóstico del Plan de Fragilidad y Longevidad Saludable: (Sí/No)	Central	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Detección y abordaje en el grupo en situación de aislamiento social	Protocolo de actuación de trabajo social con AP y con servicios sociales de zona desarrollado en caso de TMG mayor con aislamiento o soledad no deseada: (Sí/No)	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ❑ Guía de detección precoz y diagnóstico de TMG en mayores.
 - ❑ Indicadores para la detección precoz de TMG en el paciente mayor.
 - ❑ Protocolo para la detección y abordaje del TMG en el grupo de población mayor que está en situación de aislamiento social.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ❑ Registro de indicadores.

OBJETIVO 5.3.2. Mejorar el conocimiento de las personas mayores con TMG atendidas y promover la efectividad de las intervenciones

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.3.2.1. Identificación de pacientes mayores de 65 años con TMG atendidos en los CSM con actualización anual y los incluidos en el programa de Continuidad de Cuidados de los CSM.
- 5.3.2.2. Aproximación al nivel de recuperación del total de personas mayores con TMG atendidas.
- 5.3.2.3. Identificación clara en HCE de la figura del curador o defensor judicial del paciente mayor con TMG que cuente con medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica.
- 5.3.2.4. Valoración de la calidad de vida y la funcionalidad como criterios de mejora clínica en el paciente Mayor con TMG.
- 5.3.2.5. Atención y apoyo a familiares cuidadores del paciente con TMG.
- 5.3.2.6. Programa de Psicoeducación, centrados en el cumplimiento de medicación y conciencia de enfermedad, dirigido al paciente Mayor con TMG.
- 5.3.2.7. Estudio de necesidades de programas y dispositivos sociosanitarios para TMG mayores de 65 años.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:



Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Identificación de pacientes mayores de 65 años con TMG atendidos	% de pacientes con TMG y más de 65 años incluidos en el censo de PCC / N.º de pacientes con TMG y más de 65 años	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Aproximación al nivel de recuperación del total de personas mayores con TMG atendidas	% de pacientes mayores de 65 años con TMG que responden a criterios de estabilidad clínica en un año / N.º pacientes en programa % de pacientes mayores de 65 años con TMG que han requerido en el año de al menos un ingreso psiquiátrico por recaída sintomática / N.º pacientes en programa % de pacientes que abandonan el tratamiento al año / N.º pacientes en programa	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Identificación en HCE de la figura del curador o defensor judicial	% de pacientes con medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica / N.º total de pacientes que necesitan ejercer capacidad jurídica Identificación del curador o defensor judicial en un apartado de alertas de la historia clínica: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Valoración de la calidad de vida y la funcionalidad como criterios de mejoría clínica	% de aplicación de las Escalas de Calidad de Vida en la valoración inicial del paciente y de forma protocolizada cada seis meses / N.º pacientes % de aplicación de escalas de Funcionalidad, en la valoración inicial del paciente y de forma protocolizada cada seis meses / N.º pacientes	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Atención y apoyo a familiares cuidadores del paciente	% consultas individuales de atención a familiares / N.º pacientes atendidos Grupos de psicoeducación para familiares: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
6. Programa de Psicoeducación dirigido al paciente Mayor	% aplicación del Programa / N.º de mayores atendidos	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
7. Estudio de necesidades de programas y dispositivos sociosanitarios	Estudio realizado: (Sí/No)	Central	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ❑ Estudio de necesidades de programas y dispositivos sociosanitarios para TMG mayores de 65 años.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ❑ Registro de indicadores.

L5.4. Mejorar la atención a pacientes con deterioro cognitivo y necesidades de salud mental**L5.4. Objetivos**

1. Mejorar la detección precoz del deterioro cognitivo y el abordaje multidisciplinar de personas que reciben atención en Salud Mental, y de sus familias y cuidadores.
2. Favorecer el abordaje multidisciplinar de trastornos conductuales en el contexto de deterioro cognitivo.

OBJETIVO 5.4.1. Mejorar la detección precoz del deterioro cognitivo y el abordaje multidisciplinar en personas que reciben atención en Salud Mental y en sus familias y cuidadores

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.4.1.1. Constitución de un grupo de trabajo para el desarrollo de un protocolo screening de valoración del estado cognitivo y funcional.
- 5.4.1.2. Protocolo de actuación ante sospecha de deterioro cognitivo en persona en programa de psicogeriatría que incluye checklist de exploración para HCE.
- 5.4.1.3. Favorecer la accesibilidad para la realización de valoraciones neuropsicológicas completas por psicología clínica cuando está indicado.
- 5.4.1.4. Promover la participación de Trabajo Social en el protocolo para información y derivación a asociaciones relacionadas con esta problemática y a recursos específicos de apoyo, (unidades de memoria, centros de Día...).
- 5.4.1.5. Elaboración de mapa de recursos disponibles en la comunidad para atención a pacientes y familiares con deterioro cognitivo.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:



Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Grupo de trabajo para el desarrollo de un protocolo screening	Grupo de trabajo constituido y Documento elaborado y difundido: (Sí/No) Con la participación de AP y en línea con el Plan de Atención Integral a la Fragilidad y Promoción de la Longevidad Saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Documento específico
2. Protocolo de actuación ante sospecha	Protocolo de actuación ante sospecha de deterioro cognitivo disponible: (Sí/No) Checklist en HCE En colaboración con AP de referencia	Local	Documento específico
3. Valoraciones neuropsicológicas completas	Profesional/es de referencia (Psicología Clínica) para valoraciones neuropsicológicas en deterioro cognitivo en psicogeriatría: (Sí/No) Tiempo medio de espera para la evaluación	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Participación de Trabajo Social para información y derivación a asociaciones y recursos de apoyo	% derivaciones a trabajo social de familiares de pacientes con deterioro cognitivo en un año / N.º pacientes en programa	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Elaboración de mapa de recursos	Mapa de recursos realizada y difundida: (Sí/No)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo screening de valoración del estado cognitivo y funcional.
 - ☐ Protocolo de actuación ante sospecha de deterioro cognitivo en persona en programa de psicogeriatría.
 - ☐ Mapa de recursos disponibles en la comunidad para atención a pacientes y familiares con deterioro cognitivo.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 5.4.2. Favorecer el abordaje multidisciplinar de trastornos conductuales en el contexto de deterioro cognitivo

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.4.2.1. Incorporación a PCC para seguimiento estrecho por enfermería de salud mental, en coordinación con enfermería de AP.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Incorporación a PCC para seguimiento estrecho por enfermería	% pacientes con deterioro cognitivo incorporados a plan de continuidad de cuidados por enfermería y en coordinación con enfermería de AP/ Número de pacientes con deterioro cognitivo en programa de psicogeriatría	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

L5.5. Coordinación entre las instancias implicadas

L5.5. Objetivos

1. Mejorar la coordinación especializada entre los dispositivos de atención sanitaria del paciente mayor con problemas de salud mental.
2. Mejorar la coordinación entre recursos de atención a la salud mental y de atención a mayores dependientes.
3. Homogeneizar procedimiento de traslados e ingresos de carácter involuntario a Centros Residenciales y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados.

OBJETIVO 5.5.1. Mejorar la coordinación especializada entre los dispositivos de atención sanitaria del paciente mayor con problemas de salud mental

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.5.1.1. Definición del rol y funciones de la figura del profesional referente de psicogeriatría, en línea con atención a la fragilidad y longevidad saludable.
- 5.5.1.2. Implementación de la figura del profesional referente de psicogeriatría en CSM (referente del programa), en coordinación con los de Atención Primaria y Hospital.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Definición de rol y funciones de la figura del profesional referente de psicogeriatría	Documento de definición de rol y funciones y necesidades de funcionamiento y coordinación	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Documento específico
2. Implementación de la figura del profesional referente de psicogeriatría en CSM, y en colaboración con AP y H	Profesionales designados en CSM que ya están en contacto con los propios de AP y H: (Sí/No) Se ha establecido periodicidad de reuniones: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Documento de definición del rol y funciones de la figura del profesional referente de psicogeriatría.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 5.5.2. Mejorar la coordinación entre recursos de atención a la salud mental y de atención a mayores dependientes

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.5.2.1. Coordinación interinstitucional con los responsables de Dependencia para que se establezcan pasarelas más ágiles en cuanto a la valoración de la dependencia

y el acceso a las listas de espera de las residencias de Mayores (Psicogeríatras o no) desde Salud Mental (desde PCC, Miniresidencias y de UCPP).

- 5.5.2.2. Protocolo de coordinación entre Salud Mental y Dependencia para mayores con problemas de salud mental dependientes que incluya espacios de coordinación y seguimiento de casos.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Coordinación interinstitucional para agilización de la valoración de la dependencia y acceso a las listas de espera de las residencias	Reunión y valoración de medidas de mejora en valoración el acceso a residencias de mayores: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Protocolo de coordinación entre Salud Mental y Dependencia	Protocolo de coordinación entre Salud Mental y de Dependencia (valoración y servicios de atención domiciliaria) realizado: (Sí/No) Espacios de coordinación con criterio de proximidad territorial creados: (Sí/No) N.º de reuniones de seguimiento de casos mantenidas	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo de coordinación entre Salud Mental y de Dependencia.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 5.5.3. Homogeneizar procedimiento de traslados e ingresos de carácter involuntario a Centros Residenciales y Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.5.3.1. Elaboración de procedimiento de actuación consensuado y común.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Elaboración de procedimiento de actuación consensuado y común	Existencia del documento de procedimiento de actuación: (Sí/No)	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Procedimiento de actuación consensuado y común.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

L5.6. Promover la investigación en mayores con problemas de salud mental**L5.6. Objetivos**

1. Establecer líneas de investigación que refuerce y enriquezca el conocimiento en el ámbito de la psicogeriatría.

OBJETIVO 5.6.1. Establecer líneas de investigación que refuerce y enriquezca el conocimiento en el ámbito de la psicogeriatría

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 5.6.1.1. Desarrollo de proyectos de investigación por profesionales de la salud, que refuerce y enriquezca el conocimiento en el ámbito de la psicogeriatría.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:



Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Desarrollo de proyectos de investigación	Desarrollo de proyectos de investigación en psicogeriatría (meta, al menos un proyecto anual): (Sí/No) Se recomienda contactar con colegios profesionales y Universidades para investigación colaborativa. Tesis doctorales. Becas. Colaboración con entidades privadas. Líneas: 1. Paciente con deterioro cognitivo. Trastorno comportamental leve 2. Hábitos de vida saludable y factores socio-culturales como moduladores (estresores) de los trastornos mentales en las personas mayores 3. Impacto de la involucración de la familia (desde la perspectiva de un entorno resiliente) 4. Impacto del edadismo o discriminación por edad (doble estigma, el de Trastorno Mental y de la edad) 5. Datos epidemiológicos de Trastorno Mental de inicio tardío	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Proyectos de investigación elaborados.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 6

Atención a las personas
con trastorno del espectro autista

Los Trastornos del Espectro Autista, TEA (DSM-5, 2013) agrupan a un conjunto de trastornos graves del desarrollo, de origen neurobiológico y de inicio precoz, que se caracterizan por dificultades en la interacción social recíproca, la comunicación no verbal y la presencia de comportamientos rígidos, restringidos y/o alteraciones en el procesamiento de la información sensorial. Incluyen, entre otros, los antes llamados autismo «clásico», el síndrome de Asperger y el Trastorno Generalizado del Desarrollo No Especificado (según denominación DSM-IV) (capítulo «Trastornos mentales» en la CIE-10, 1992 y «Trastornos del neurodesarrollo» del DSM-5, APA, 2013). La prevalencia de TEA ha aumentado en los últimos años, estimándose una tasa 1/66 y 1/150 (Volcar, 2014) casos por nacido vivo, lo que, junto con la alta prevalencia de discapacidad asociada y la altísima frecuencia de comorbilidad con problemas de salud mental asociados (Simonoff, 2008; Lai, 2019), convierte la atención a los TEA en un problema asistencial prioritario (Lord, 2022).

El diagnóstico y tratamiento precoces mejoran el pronóstico y el grado de discapacidad (Sullivan, 2014) y permiten, a las personas afectas, conseguir el mayor nivel de autonomía posible, siendo esta la razón fundamental por la que es tan necesario un diagnóstico y atención tempranas. Los TEA afectan a capacidades fundamentales del ser humano (capacidad de comunicación, comprensión del mundo social, capacidad de juicio), tienen un inicio precoz - en general antes de los 3 años y tienen un curso persistente, impactando en el desarrollo de forma muy importante. El diagnóstico se ha caracterizado en los últimos años por una demora importante respecto al momento de aparición de las primeras señales de alarma (GETEA, ISCIII, 2004), con implicaciones importantísimas en el pronóstico (Devescovi, 2016; Vivanti 2016). Este es el aspecto más beneficiado de poner en primera línea de atención a los Trastornos del Espectro del Autismo.

Las personas con TEA tienen más problemas de salud, y con más repercusiones sobre su calidad de vida que la población general (Kogan, 2008). En nuestro país, se ha calculado que los AVAD (años de vida ajustados por discapacidad) atribuibles a los TEA conformarían el 15.6% de los totales de toda la población española de 0 a 14 años (Sanchez-Valle, 2008). Además, la accesibilidad a los servicios de salud generales está comprometida por sus características relacionales y comportamentales (Krauss, 2003) lo que justifica medidas orientadas a mejorar esa accesibilidad (Parellada, 2013). Respecto a las intervenciones terapéuticas en Salud Mental, no existen protocolos de referencia en nuestro entorno, ni implementación estructurada de ningún tipo de intervención. Sin embargo, se está acumulando evidencia empírica de la eficacia de distintas intervenciones a distintas edades, orientadas a distintos ámbitos (familia, colegio, etc.) (Volkmar, 2014; Howlin, 2005), distintos tipos de TEA (con/sin lenguaje, con/sin discapacidad intelectual asociada) (Bertolin, 2016) y distinto formato (individual/grupal) (Vivanti, 2014; Reichow 2013) que obligan a una revisión de qué servicios se deben proveer desde los Centros de Salud Mental y que capacitación necesita el personal facultativo para proveerlos.

La atención a los TEA es compleja, implicando de forma simultánea y otras veces de forma sucesiva, diversas prestaciones, servicios, redes de atención y tipo de profesionales. El marco asistencial de seguimiento e intervención apropiados a las características y necesidades de los

TEA se asemeja al de los Trastornos Mentales Graves (TMG), precoz, integral, con continuidad a lo largo de la vida y pluri-disciplinar, para evitar en algunos casos la cronificación y procurar, en muchos, un mejor desarrollo de potencialidades, una mejora en la calidad de vida y un incremento de autonomía (*Mollejo, 2012*). El concepto de TMG alude a una serie de patologías psiquiátricas algunas de las cuales pueden aparecer en la infancia o en la adolescencia y que, por su gravedad y su tendencia a la cronicidad, comprometen seriamente el desarrollo emocional, el aprendizaje y la adaptación social de aquellos niños, niñas o adolescentes que lo padecen (*AEN, 2012*). Los TMG se definen de acuerdo a los ejes diagnóstico, de discapacidad y de duración. De la misma manera que en los TMG, en los Trastornos Graves del Desarrollo, por su propia naturaleza de inicio en la infancia o adolescencia, un abordaje precoz e integral puede evitar en algunos casos la cronificación de la patología y en muchos un mejor desarrollo de las potencialidades del individuo, una mejora de su calidad de vida y un incremento de su autonomía a largo plazo. Al afectar a amplias y fundamentales áreas del desarrollo no solo va a estar en juego la pérdida de funcionalidad, sino la falta de adquisición de habilidades y recursos en una etapa en la que se deben desarrollar. Por ello este tipo de trastornos suponen un estancamiento en las posibilidades evolutivas, que en casos de instauración precoz, aboca a estados deficitarios (*AEN, 2012*). El concepto de TMG se acuñó fundamentalmente desde la planificación y la gestión clínica, y bajo este término quedan englobados pacientes con manifestaciones clínicas y diagnósticas muy heterogéneas.

Tal y como se reflejaba en los Planes de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014 y 2018-2020, este modelo asistencial implica tener un Coordinador de Cuidados, responsable de supervisar el cumplimiento del plan individualizado del paciente y un facultativo como Responsable Asistencial.

En el contexto del Plan de Salud Mental 2018-2020, se avanzó en algunos objetivos de la atención a los TEA. Además de la contratación de personal para los programas infanto-juveniles de los Centros de Salud Mental, inespecíficos, pero necesarios para disponer de personal entrenado en la evaluación de pacientes con TEA, se han reforzado programas supra-área, tanto de diagnóstico como de atención a la salud física. Se ha posibilitado (aunque no sistematizado ni extendido suficientemente) la incorporación de pacientes con TEA a los Programas de Continuidad de Cuidados de los CSM y a los Hospitales de Día. Se han iniciado algunas intervenciones psicoterapéuticas específicas en centros asistenciales con interés especial en esta patología. Todos los demás objetivos del anterior Plan, reformulados y ampliados en el Plan 2022-2024, se seguirán trabajando, de forma más intensa, por la propuesta de constitución del grupo de trabajo de seguimiento del Plan, continuidad del grupo de formulación de los objetivos y acciones incorporados a la actual propuesta.

L6. OBJETIVOS

1. Mejorar el diagnóstico clínico temprano y el diagnóstico complejo.
2. Promover la continuidad asistencial en las personas con TEA.
3. Unidades de Referencia de Autismo.
4. Mejorar la atención a la Salud física y la seguridad del paciente con TEA.

5. Coordinación con los recursos sociales y educativos.
6. Intervención psicoterapéutica.
7. Investigación colaborativa en TEA.
8. Atención a personas con TEA en la vida adulta.
9. Impulsar la implantación de las actuaciones a través de grupos de trabajo centralizados.

OBJETIVO 6.1. Mejorar el diagnóstico clínico temprano y el diagnóstico complejo

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.1.1. Incorporación de signos de alarma de TEA en la historia de seguimiento del niño sano en Atención Primaria.
- 6.1.2. Monitorización de pacientes desde la identificación de sospecha hasta su atención en atención especializada.
- 6.1.3. Citación preferente desde Atención Primaria a CSM de población infantil con signos de alarma de TEA.
- 6.1.4. Configuración de un modelo de informe diagnóstico de TEA adecuado que incluya valoración clínica multidisciplinar y pruebas complementarias.
- 6.1.5. Crear un flujo y documento de derivación de Atención Primaria a Salud Mental y a Neuropediatría de los casos de sospecha de TEA

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Incorporación de signos de alarma de TEA en la historia de seguimiento del niño sano en Atención Primaria	Incorporación al programa del niño sano de AP de los signos de alarma TEA: (Sí/No)	C e n t r a l con AP	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Monitorización de pacientes desde la identificación de sospecha hasta su atención en atención especializada	Valoración sobre forma de identificar desde AP Madrid a la población infantil con sospecha de TEA para el análisis de la trayectoria asistencial Análisis de trayectoria asistencial de población infantil con sospecha de caso en AP a SM (valoración como proyecto de investigación): (Sí/No) Valorar la factibilidad de crear sistema de registro de casos derivados por sospecha de TEA desde AP a SM	C e n t r a l con AP	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
3. Citación preferente desde Atención Primaria a CSM de población infantil con signos de alarma de TEA	N.º niños y niñas con signos de alarma de TEA derivados con citación preferente a AP/ N.º total de niños y niñas con signos de alarma de TEA derivados a AP Factible si se ha realizado 6.1.4	C e n t r a l con AP	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Configuración de un modelo de informe diagnóstico de TEA adecuado	Modelo de informe de diagnóstico TEA realizado: (Sí/No)	Central	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
5. Crear un flujo y documento de derivación de Atención Primaria a Salud Mental y a Neuropediatría de los casos de sospecha de TEA	Flujo de derivación definido desde AP: (Sí/No) Documento de derivación desde AP realizado y difundido: (Sí/No)	C e n t r a l con AP	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Trayectoria asistencial de población infantil con sospecha de caso en AP.
 - ☐ Modelo de informe diagnóstico de TEA adecuado que incluya valoración clínica multidisciplinar y pruebas complementarias.
 - ☐ Flujo y documento de derivación de Atención Primaria a Salud Mental y a Neuropediatría de los casos de sospecha de TEA.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 6.2. Promover la continuidad asistencial en las personas con TEA

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.2.1. Implantación del programa de transición de adolescentes con TEA a adultos con TEA.
- 6.2.2. Incorporación de pacientes con diagnóstico de TEA en los PCC Infanto-Juvenil y de adultos.
- 6.2.3. Definición de las funciones específicas de seguimiento de pacientes con TEA para los clínicos que actúan como responsable asistencial en el PCC de estos pacientes.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Implantación del programa de transición de adolescentes a adultos	Programa de transición implantado con indicadores recomendados desde ORCS-MyA: (Sí/No) Recomendaciones específicas sobre transición TEA: (Sí/No) Colaboración para la transición adecuada entre Neuropediatría y Neurología en pacientes en transición en Salud Mental: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental Documento específico
2. Incorporación de pacientes con diagnóstico de TEA en los PCC Infanto-Juvenil y de adultos	N.º de pacientes adultos con TEA incorporados al PCC N.º de niños/as y adolescentes con TEA incorporados en PCC	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Definición de las funciones específicas de seguimiento para los clínicos que actúan como responsable asistencial	Recomendaciones sobre seguimiento clínico en pacientes TEA en PCC: (Sí/No)	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Recomendaciones específicas sobre transición TEA.
 - ☐ Recomendaciones sobre seguimiento clínico en pacientes TEA en PCC.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 6.3. Unidades de Referencia de Autismo

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.3.1. Promover las Unidades de Referencia de Autismo supra-área para el mejor diagnóstico de casos complejos y apoyo en el manejo de casos especiales, respondiendo a criterios de equidad y eficiencia, para atender a las personas con TEA a lo largo de la vida.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Promover las Unidades de Referencia de Autismo supra-área	N.º de Unidades de Referencia Supra-área N.º de pacientes atendidos en las Unidades de Referencia	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 6.4. Mejorar la atención a la salud física y la seguridad de las personas con TEA

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.4.1. Extensión del programa AMITEA en hospitales de alta complejidad.
- 6.4.2. Valoración de la creación de una tarjeta de atención preferente en urgencias y otros dispositivos asistenciales para personas con discapacidad, incluyendo TEA.
- 6.4.3. Implantación de métodos de mejora de la accesibilidad cognitiva en los dispositivos asistenciales

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Extensión del programa AMITEA en hospitales de alta complejidad	Extensión del programa AMITEA al menos en un hospital: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Valoración de la creación de una tarjeta de atención preferente en urgencias y otros dispositivos asistenciales	Interlocución con agentes implicados para su desarrollo: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
3. Mejora de la accesibilidad cognitiva en los dispositivos asistenciales	Aplicación de métodos de mejora de la accesibilidad cognitiva en dispositivos ambulatorios y hospitalarios del centro: (Sí/No)	Local mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
	Interlocución con agentes implicados para su desarrollo: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ▢ Registro de indicadores.

OBJETIVO 6.5. Coordinación con los recursos sociales y educativos

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.5.1. Desarrollo de la coordinación periódica desde Salud Mental con los Servicios de Orientación correspondientes que atienden a la población de 0 a 6 años.
- 6.5.2. Potenciar vías de coordinación efectivas entre servicios de salud mental y servicios sociales y educativos en relación a la atención a menores con trastornos graves del desarrollo, integrando todos los servicios asistenciales.
- 6.5.3. Coordinación reglada entre las unidades de valoración dependientes de Familia, Juventud y Política social con la red de salud mental y con las unidades de referencia de autismo supra-área.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Coordinación desde Salud Mental con los Servicios de Orientación correspondientes	N.º de reuniones/acciones con responsables de Servicios de Orientación Educativa para establecer protocolo de coordinación	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Coordinación efectiva entre servicios de salud mental y servicios sociales y educativos	N.º de reuniones/acciones con responsables de Servicios Sociales y responsables de Servicios Educativos para establecer protocolo de coordinación	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Coordinación entre las unidades de valoración de Familia, Juventud y Política social con la red de salud mental y con las unidades de referencia de autismo supra-área	Reuniones para establecer protocolo de coordinación: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 6.6. Intervención psicoterapéutica

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.6.1. Implantar intervenciones psicoterapéuticas específicas en los CSM con los recursos materiales adecuados (por ejemplo, a padres para facilitar interacción con niños/as de reciente diagnóstico, o a niños/as y adolescentes de alto funcionamiento en edad escolar).
- 6.6.2. Definir líneas específicas o programas específicos de intervención en TEA en los Hospitales de Día de Salud Mental.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Implantar intervenciones psicoterapéuticas específicas en los CSM con los recursos materiales adecuados	Establecidas Intervenciones psicoterapéuticas específicas en los CSM: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Definir líneas específicas o programas específicos de intervención en TEA en los Hospitales de Día de Salud Mental	Programa específico TEA en Hospital de Día: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores.

OBJETIVO 6.7. Investigación colaborativa en TEA

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.7.1. Constitución de un grupo de interés para impulsar la investigación colaborativa en este ámbito.
- 6.7.2. Desarrollo de proyectos de investigación sobre necesidades de las personas con TEA en colaboración con las asociaciones de pacientes y familiares.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Constitución de un grupo de interés	Grupo de investigación constituido: (Sí/No)	Central	Acta de constitución del grupo
2. Desarrollo de proyectos de investigación sobre necesidades de las personas con TEA	N.º de proyectos de investigación sobre necesidades de las personas con TEA desarrollados (al menos un proyecto: (Sí/No))	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:

- Proyectos de investigación sobre necesidades de las personas con TEA.

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores.

OBJETIVO 6.8. Atención a personas con TEA en la vida adulta

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.8.1. Designación de una persona de referencia en Salud Mental de adultos en cada CSM, a la que se facilitará formación específica en TEA.
- 6.8.2. Coordinación entre las redes de Salud Mental y Discapacidad en relación con pacientes TEA.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Designación de una persona de referencia en Salud Mental de adultos en cada CSM	Designación de referente de TEA para pacientes adultos en cada CSM: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Coordinación entre las redes de Salud Mental y Discapacidad en relación con pacientes TEA	Reuniones con SEMS-DI y con centros residenciales en zona de referencia (al menos 1 reunión): (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 6.9. Impulsar la implantación de las actuaciones a través de grupos de trabajo centralizados

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 6.9.1. Constitución de un grupo multiprofesional para la implantación de la línea TEA (a partir del grupo de profesionales participantes en la línea TEA).
- 6.9.2. Impulsar la actividad de grupo de trabajo TEA en el que participa Salud Mental y Atención Primaria.

6.9.3. Elaboración y difusión de un mapa de recursos asistenciales y terapéuticos para TEA en la Comunidad de Madrid.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Constitución de un grupo multiprofesional	Desarrollo de actuaciones centrales (n.º/total centrales existentes para el grupo) Reuniones con grupo de trabajo TEA: (Sí/No)	Central	Acta de constitución del grupo Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Impulsar la actividad de grupo de trabajo TEA	Desarrollo de actuaciones centrales: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Elaboración y difusión de un mapa de recursos asistenciales y terapéuticos para TEA en la Comunidad de Madrid	Libro blanco/Mapa de recursos elaborado y difundido: (Sí/No)	Central	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Mapa de recursos asistenciales y terapéuticos para TEA en la Comunidad de Madrid.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 7

Atención a las personas con trastorno
de la conducta alimentaria

El Pacto Social contra la Anorexia y la Bulimia (*Comunidad de Madrid, 2007*) impulsó la creación de recursos específicos para que las personas con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) tengan una atención multidisciplinar especializada.

Sin embargo, la pandemia por COVID-19 ha supuesto un aumento alarmante de la incidencia de los TCA así como reagudizaciones severas de casos ya diagnosticados, lo que ha conllevado un importante aumento de la demanda en todos los dispositivos asistenciales de la Comunidad de Madrid. Además, los casos de TCA tienen presentaciones cada vez más graves con índices de masas corporal más bajos y con complicaciones físicas importantes así como con comorbilidad con otras patologías psiquiátricas como depresión mayor, rasgos anómalos de personalidad o trastornos de la personalidad, con conductas autolesivas o con ideación suicida e intentos autolíticos que dificultan su tratamiento (*Fernández Rivas, 2021; Taquet et al, 2021; Graell et al 2020*).

En este contexto, la consolidación de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental 2018-2020 y la propuesta de nuevos objetivos en el Plan de Salud Mental actual se hace imprescindible para responder a las necesidades actuales crecientes que presentan las personas con TCA.

El Plan de Salud Mental 2018-2020 ha supuesto un avance en la atención Integral para los Trastornos de Conducta Alimentaria en la Comunidad de Madrid, tal y como se pone recoge en el documento de evaluación de dicho plan. Se consiguió la implantación del subproceso asistencial integrado, se hicieron las recomendaciones para el Programa de Transición, se actualizó el mapa de recursos, se puso en marcha la Comisión TCA, se llevaron a cabo cursos de formación de profesionales fuera del ámbito de Salud Mental, y se crearon las Unidades de Media Estancia de TCA para adolescentes y para adultos.

El actual Plan de Salud Mental 2022-2024 pretende consolidar y culminar los objetivos propuestos en el plan anterior, tales como la evaluación del subproceso asistencial integrado, la creación del Programa de Continuidad de Cuidados, la mejora de los procesos de coordinación entre dispositivos, y la atención a las personas con TCA en los programas para Trastornos de Personalidad. Quedaría también por desarrollar la participación de pacientes y allegados, así como la implementación de mejoras en los sistemas de información sanitaria.

Además, en el plan de Salud 2022-24 se proponen nuevos objetivos como son mejorar la intervención e implantar un proceso de atención en función de la gravedad de los TCA; crear redes terapéuticas asistenciales en el ámbito comunitario que incluyan un aumento de plazas en los hospitales de día, la creación de plazas en pisos tutelados y miniresidencias así como la instauración de programas específicos de atención psicosocial e inclusión escolar y laboral; consolidar el programa específico para TCA en Unidades de Media Estancia; mejorar la transición desde la Unidad de Hospitalización Breve a otros recursos; implementar y consolidar unidades de hospitalización psiquiátrica a domicilio e impulsar la investigación colaborativa y la formación en TCA.

En el Plan anterior, se hizo patente la importancia de que los familiares y otras personas significativas, se incluyeran en los programas psicoterapéuticos siendo su implicación significativa para su adecuada evolución. De esta forma, además debía darse a la familia apoyo, pautas de manejo e información a lo largo del proceso. El presente plan, va más allá al incluir la participación de las familias desde el primer momento en el Grupo de Trabajo que lleva a cabo la formulación de esta línea estratégica, y profundiza en su protagonismo indispensable en la planificación teniendo en cuenta su perspectiva y necesidades expresadas.

L7. OBJETIVOS

1. Mejorar la atención de proximidad de personas con TCA en función de la gravedad y a lo largo de todo el ciclo vital a través del proceso de atención integral en cada Servicio/Área de Gestión.
2. Mejorar el tratamiento intensivo de personas con TCA grave y de larga evolución.
3. Consolidar el programa UME TCA en adolescentes y adultos.
4. Avanzar en la atención psicosocial comunitaria de las personas con TCA.
5. Mejorar la continuidad y coordinación de la atención a las personas con TCA.
6. Mejorar la asistencia de pacientes con TCA y TP.
7. Promover la participación del movimiento asociativo en el proceso asistencial TCA.

OBJETIVO 7.1. Mejorar la atención de proximidad de personas con TCA en función de la gravedad y a lo largo de todo el ciclo vital a través del proceso de atención integral en cada Servicio/Área de Gestión

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.1.1. Desarrollo e implantación de un proceso de atención integral a las personas con TCA leve/moderado en cada Servicio/Área de Gestión.
- 7.1.2. Consolidar referentes de TCA.
- 7.1.3. Tratamiento endocrinológico, nutricional y médico de las personas con TCA en los recursos asistenciales de salud mental, incluidos los recursos específicos.
- 7.1.4. Desarrollo e incorporación en programa de continuidad de cuidados de TCA para población infantojuvenil y población adulta en los CSM.
- 7.1.5. Avance en la Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio para personas con TCA.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Desarrollo e implantación de un proceso de atención integral a las personas con TCA leve/moderado en cada Servicio/Área de Gestión	Proceso de atención integral de TCA específico en cada Servicio/área de gestión: (Sí/No) El proceso TCA incluye subproceso asistencial específico TCA en CSM, subproceso asistencial específico TCA en UHB y subproceso asistencial específico TCA en Hospital de Día, en coordinación con los recursos específicos TCA: (Sí/No) Cada subproceso incluye intervención psicoterapéutica específica TCA individual y grupal, Intervención específica TCA con familiares y Protocolo específico TCA de enfermería: (Sí/No)	Local	Documento específico
2. Consolidar referentes de TCA	Referentes de TCA en cada Servicio/Área de Gestión y cada CSM: (Sí/No) Profesional de enfermería referente TCA: (Sí/No) Incorporación de los referentes de TCA en la elaboración y desarrollo del Proceso de atención integral TCA del Servicio/área de gestión: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Tratamiento endocrinológico, nutricional y médico de las personas con TCA	Inclusión de las Unidades de endocrinología y nutrición del Servicio de referencia en el programa TCA que garantice el tratamiento pluridisciplinar: (Sí/No) Designación de un endocrinólogo/pediatra/nutricionista consultor en cada área de gestión clínica o equivalente: (Sí/No) Coordinación del Servicio de Endocrinología con CSM, con UHB, con Hospital de día establecida en el proceso: (Sí/No) Coordinación del Servicio de Endocrinología y nutrición con el recurso específico TCA de Salud Mental establecido: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Desarrollo e incorporación en programa de continuidad de cuidados de TCA	% pacientes con TCA incorporados en PCC / N.º total de pacientes TCA	Local específico	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Avance en la Hospitalización Psiquiátrica a Domicilio	Implantada hospitalización a domicilio TCA para adultos: (Sí/No) Implantada hospitalización a domicilio TCA para población infanta/juvenil: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ❑ Proceso de atención integral de TCA específico en cada Servicio/área de gestión con los subprocesos e intervenciones específicas que se indiquen.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ❑ Registro de indicadores.

OBJETIVO 7.2. Mejorar el tratamiento intensivo de personas con TCA grave y de larga evolución

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.2.1. Aumento de tratamiento intensivo en Hospitales de Día para personas con TCA moderado/grave.
- 7.2.2. Implantación de un programa específico para personas con TCA de Larga Evolución en hospitales de día y recursos específicos.
- 7.2.3. Desarrollo de programas específicos para personas con TCA grave y TCA de Larga Evolución en UCPP.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Aumento de tratamiento intensivo en Hospitales de Día para personas con TCA moderado/grave	Aumento del número de plazas en hospitales de día para adultos con TCA moderado/grave con Programas psicoterapéuticos intensivos: (Sí/No) Aumento del número de plazas en hospitales de día para población infanto-juvenil con TCA moderado/grave con Programas psicoterapéuticos intensivos: (Sí/No) Programas específicos para familias de personas con TCA en el hospital de día: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Implantación de un programa específico para personas con TCA de Larga Evolución en hospitales de día y recursos específicos	Programa específico en Hospital de día y en dispositivos específicos TCA de larga evolución, con subprograma de enfermería y coordinación con Endocrinología y nutrición: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
3. Desarrollo de programas específicos para personas con TCA grave y TCA de Larga Evolución en UCPP	Programa específico TCA grave y TCA de larga evolución en UCPP: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 7.3. Consolidar el programa UME-TCA en adolescentes y adultos

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.3.1. Análisis de necesidades y eficiencia de la unidad.
- 7.3.2. Mejora de los mecanismos de información y coordinación con los recursos de salud mental, recursos específicos y recursos psicosociales al alta.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Análisis de necesidades y eficiencia de la unidad	Informe de actividad anual que incluya indicadores de demanda, eficiencia y accesibilidad (tiempo de espera para ingreso, número de pacientes con alta clínica, número de pacientes con alta voluntaria, estancia media de pacientes con alta clínica): (Sí/No)	Local	Documento específico
2. Mejora de los mecanismos de información y coordinación	Inclusión del alta de UME -TCA como criterio de priorización en el circuito de derivación a recursos específicos ambulatorios, residenciales y de hospital de día: (Sí/No) Actualización protocolo de atención en UME-TCA en coordinación con referente TCA de Área y del CSM del paciente: (Sí/No) Actualización del protocolo de atención en UME-TCA en los casos en los que el paciente cumpla mayoría de edad en la estancia, para favorecer el seguimiento adecuado: (Sí/No) Instauración de Informe de alta que especifique las áreas trabajadas y los aspectos clínicos a desarrollar en el siguiente nivel asistencial: (Sí/No)	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Análisis de necesidades y eficiencia de la unidad.
 - ☐ Actualización protocolos de atención en UME-TCA.
 - ☐ Modelo de informe de alta que especifique las áreas trabajadas y los aspectos clínicos a desarrollar en el siguiente nivel asistencia.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 7.4. Avanzar en la atención psicosocial comunitaria de las personas con TCA

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.4.1. Análisis de programas psicosociales para TCA implantados en la comunidad.
- 7.4.2. Propuesta de inclusión de programas específicos para personas adultas con TCA en miniresidencias, CRPS y CRL.
- 7.4.3. Propuesta de Implementación de programas psicosociales orientados a la inserción social, escolar y laboral de personas con TCA.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Análisis de programas psicosociales para TCA implantados en la comunidad	Análisis de recursos en la Consejería de Familia, Juventud y Política Social: (Sí/No)	Central	Documento específico
2. Propuesta de inclusión de programas específicos para personas adultas con TCA en miniresidencias, CRPS y CRL	Análisis y valoración realizada a nivel central sobre inclusión de programas específicos para personas con TCA con la Consejería de Familia, Juventud y Política Social: (Sí/No)	Central	Documento específico
3. Propuesta de Implementación de programas psicosociales orientados a la inserción social, escolar y laboral de personas con TCA	Análisis y valoración realizada a nivel central sobre inclusión de programas específicos para personas con TCA con la Consejería de Familia, Juventud y Política Social: (Sí/No)	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ❑ Análisis de programas psicosociales para TCA implantados en la comunidad.
 - ❑ Propuesta de inclusión de programas específicos para personas adultas con TCA en miniresidencias, CRPS y CRL.
 - ❑ Propuesta de Implementación de programas psicosociales orientados a la inserción social, escolar y laboral de personas con TCA.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ❑ Registro de indicadores.

OBJETIVO 7.5. Mejorar la continuidad y coordinación de la atención a las personas con TCA

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.5.1. Definición de los criterios de estratificación según gravedad de las personas con TCA.
- 7.5.2. Valoración y análisis de factibilidad del desarrollo de un Procesos Asistencial Integrado de TCA con Atención Primaria.
- 7.5.3. Desarrollar programa de transición en pacientes con TCA Infanto-juvenil a adulto en los Servicios/Áreas de gestión y en los recursos específicos.
- 7.5.4. Desarrollo de programas post-alta y de seguimiento para reducir recaídas.
- 7.5.5. Actualización de las prestaciones de los dispositivos específicos de TCA, y difusión entre los profesionales.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Definición de los criterios de estratificación según gravedad de las personas con TCA	Criterios definidos por un grupo de trabajo/comisión TCA en cuanto a: TCA leve TCA moderado TCA grave TCA de larga evolución TCA resistente Criterios difundidos a la red de salud mental y recursos específicos TCA: (Sí/No)	Central	Documento específico

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Valoración y análisis de factibilidad del desarrollo de un Proceso Asistencial Integrado de TCA con Atención Primaria	Reunión a nivel central para la valoración de PAI TCA con los criterios de PAI de Continuidad de Cuidados: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Desarrollar programa de transición en pacientes con TCA Infanto-juvenil a adulto	Informe de seguimiento de la implantación del programa de transición e indicadores de acuerdo a las «Recomendaciones para elaborar programas de transición de jóvenes a adultos con problemas de salud mental de la ORCSMyA» de 2021, entregado a la Oficina: (Sí/No)	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Documento específico
4. Desarrollo de programas post-alta y de seguimiento para reducir recaídas	Programa post-alta (de UME, UHB u Hospital de día) en los 2 primeros años para reducir recaídas: (Sí/No)	Local	Documento específico
5. Actualización de las prestaciones de los dispositivos específicos de TCA, y difusión entre los profesionales	Mapa de prestaciones actualizado: (Sí/No) Mapa difundido entre los profesionales de red SM así como AP, hospitales (endocrinología y nutrición, ginecología, pediatría y especialistas en aparato digestivo) y asociaciones: Sí (especificar a quién)/ No	Central	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Documento de criterios de estratificación según gravedad de las personas con TCA.
 - ☐ Programa de transición en pacientes con TCA Infanto-juvenil a adulto.
 - ☐ Programas post-alta y de seguimiento para reducir recaídas..
 - ☐ Mapa de prestaciones de los dispositivos específicos de TCA actualizado.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 7.6. Mejorar la asistencia de las personas con TCA y TP

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.6.1. Desarrollo de programas de seguimiento y control de la comorbilidad médica de los pacientes con TCA y TP o TCA y rasgos anómalos de personalidad en comunidad terapéutica y UME de adolescentes que incluya formación específica a los profesionales.



Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Programas de seguimiento y control de la comorbilidad médica de las personas con TCA y TP o TCA y rasgos anómalos de personalidad	Programa de seguimiento y control de la comorbilidad médica de los pacientes con TCA y TP o TCA y rasgos anómalos de personalidad en Comunidad terapéutica en Dr. Rodríguez Lafora: (Sí/No) Programa en UME adolescentes: (Sí/No)	Local	Documento específico

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - Programas de seguimiento y control de la comorbilidad médica de las personas con TCA y TP o TCA y rasgos anómalos de personalidad.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 7.7. Promover la participación del movimiento asociativo en el proceso asistencial TCA

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 7.7.1. Incorporación de representantes de movimiento asociativo en la elaboración y desarrollo de los programas TCA de los Servicios/Áreas de Gestión para la mejor atención de las personas con TCA.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Incorporación del movimiento asociativo en el desarrollo de los programas TCA en ámbito local	Representantes de movimiento asociativo han participado en el programa TCA: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 8

Atención a las personas con
trastorno de la personalidad

Teniendo presente que este es el cuarto plan estratégico de Salud Mental de la CM en el que se dedica una línea específica a la atención a las personas con TP ya no parece adecuado referirnos a este colectivo como una «patología emergente», sino a un grupo con una prevalencia creciente y con importantes consecuencias en discapacidad, sobrecarga del entorno y de los dispositivos asistenciales así como dificultades adicionales para su abordaje terapéutico dadas las dificultades para establecer una vinculación adecuada (*Bourke, 2021*).

Para no incurrir en repeticiones innecesarias acordamos mantener tanto la definición de Trastorno de Personalidad (F60; CIE-10) como la de Trastorno de Personalidad Grave (TPG) del plan anterior, incluyendo en este epígrafe aquellos TP que además presentaran una característica de las tres siguientes:

- a) Un bajo nivel funcional (o alta discapacidad).
- b) Comorbilidad con otros TM graves.
- c) Necesidad de intervenciones complejas con claras necesidades de coordinación.

También mantenemos la orientación hacia alcanzar la máxima autonomía y capacidad de autocuidado, haciendo especial hincapié en ofrecer un esquema integrado de tratamiento que incluya desde la detección precoz y acción sobre factores de riesgo (*Bozzatello, 2021*) al uso de un abordaje fundamentalmente psicoterapéutico de forma integrada y según los niveles de gravedad de las personas (*Lana, 2006; American Psychiatric Association, 2006; NICE, 2009; Melendo, 2009; Choi-Kain, 2016; Gartlehner, 2021; Stoffers-Winterling, 2022*).

La evaluación realizada sobre el PSM 2018-20 muestra que los objetivos de la línea de actuación sobre pacientes con TPG se han alcanzado solo de forma parcial, con una gran heterogeneidad dependiendo de los distintos dispositivos y una gran disparidad en la información sobre indicadores. Por todo ello proponemos como idea general profundizar en el desarrollo de la mayoría de los objetivos ya establecidos, haciendo especial énfasis en:

- ❑ Simplificar en algunas acciones los indicadores para facilitar una recogida de información más completa y que posibilite tener datos más concretos en sucesivos pasos.
- ❑ Insistir en la necesidad de identificar equipos (o en su defecto, tiempos de dedicación específica de profesionales) para la atención a este grupo de pacientes.
- ❑ Reforzar el desarrollo del seguimiento ambulatorio intensivo.
- ❑ Promover en las actividades de coordinación la figura del «gestor de caso» para este tipo de pacientes.
- ❑ Insistir en mantener presentes en las actividades de coordinación a las personas con TPG internados en dispositivos de media y larga estancia (UHTR y UCPP).

- ❑ Promover la realización de algunas reuniones de la Comisión de Evaluación y Seguimiento dedicadas específicamente al desarrollo y revisión del proceso asistencial en las distintas áreas clínicas o equivalentes de la CM, buscando reducir las disparidades en la medida de lo posible.
- ❑ Ampliación de los equipos, dado el aumento en la prevalencia del trastorno en la población adolescente, que implica un aumento a medio o corto plazo de la misma en las agendas de adultos.

L8. OBJETIVOS

1. Promover la atención específica del paciente con TPG a través del abordaje ambulatorio orientado al diagnóstico precoz, tratamiento efectivo y reintegración al seguimiento ordinario.
2. Incrementar la oferta de plazas de hospitalización parcial para pacientes con TPG, bien en dispositivos monográficos o adjudicación de plazas en los HD generales.
3. Mejorar la coordinación y gestión de casos a través del diseño del proceso asistencial TPG en cada área de gestión clínica o equivalente.
4. Potenciar la coordinación a través de la Comisión de Evaluación y Seguimiento.
5. Incrementar la colaboración con las asociaciones de familiares y pacientes con TPG.

OBJETIVO 8.1. Promover la atención específica del paciente con TPG a través del abordaje ambulatorio orientado al diagnóstico precoz, tratamiento efectivo y reintegración al seguimiento ordinario

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.1.1. Creación de un equipo TPG en cada CSM de carácter multidisciplinar, con tiempo de dedicación determinado a personas con TPG y carga adecuada de actividad.
- 8.1.2. Promover la aplicación de actuaciones específicas en casos TPG con asignación de tiempo en las agendas del equipo TPG del CSM.
- 8.1.3. Diseño de un plan individual de intervención integral para cada persona con TPG orientado a potenciar la capacidad, autonomía y autocuidado, y que quede reflejado en un contrato terapéutico.
- 8.1.4. Incorporación de pacientes con diagnóstico de TPG en el censo de pacientes con TMG incluidos en Programa de Continuidad de Cuidados.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Equipo TPG en cada CSM	Existencia de equipo TPG con referente designado y tiempo en agenda para coordinación: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Promover la aplicación de actuaciones específicas en casos TPG con asignación de tiempo en agendas	Ampliación de oferta de intervenciones específicas en TPG: (Sí/No) Psicoterapia individual: (Sí/No) Psicoterapia grupal: (Sí/No) Intervención familiar: (Sí/No) Intervención multifamiliar: (Sí/No) Grupo psicoeducativo: (Sí/No) Tratamiento comunitario intensivo: (Sí/No) Revisión crítica del tratamiento farmacológico: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Diseño de un plan individual de intervención integral para cada persona con TPG	Modelo de formulario de contrato terapéutico realizado: (Sí/No) N.º de pacientes TPG atendidos en el CSM con contrato terapéutico escrito/ N.º total de pacientes TPG atendidos en el CSM) $\times$ 100	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Incorporación de pacientes TPG en el censo del Programa de Continuidad de Cuidados	(N.º de pacientes TPG atendidos en el CSM incluidos en PCC/ N.º total de pacientes TPG atendidos en el CSM) $\times$ 100 Se asigna coordinador de caso a cada paciente TPG?: (Sí/No) Hay prestaciones específicas con Enfermería o TS: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Modelo de formulario de contrato terapéutico realizado.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 8.2. Incrementar la oferta de plazas de hospitalización parcial para pacientes con TPG, bien en dispositivos monográficos o adjudicación de plazas en los HD generales

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.2.1. Completar el desarrollo del hospital de día para el abordaje en el Nivel III de personas con TPG en el Hospital Dr. Rodríguez Lafora.
- 8.2.2. Creación de un segundo hospital monográfico para TPG en la zona sur.
- 8.2.3. Creación de programas específicos para TPG en aquellos Hospitales de Día en funcionamiento.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Completar el desarrollo del hospital de día para Nivel III de personas con TPG en el Hospital Dr. Rodríguez Lafora	Ampliación realizada con enfermería y psicoeducación familiar: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro
2. Creación de un segundo hospital monográfico para TPG en la zona sur	Hospital monográfico disponible: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Creación de programas específicos para TPG en aquellos Hospitales de Día en funcionamiento	Existe: (Sí/No) En forma de Tratamiento Ambulatorio Intensivo: (Sí/No) En forma de Hospitalización Parcial: (Sí/No) Nº de pacientes atendidos al año Porcentaje de TPG sobre el total de atendidos	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Programas específicos para TPG en Hospitales de Día en funcionamiento.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 8.3. Mejorar la coordinación y gestión de casos a través del diseño del proceso asistencial TP en cada área de gestión clínica o equivalente

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.3.1. Definición de criterios de entrada, intervenciones básicas, criterios de salida y vías alternativas según la evolución de cada persona con TPG.
- 8.3.2. Definición de los recursos comunes de la red de SM y específicos para TPG incluidos en el proceso asistencial.
- 8.3.3. Elaboración del diagrama de flujo del proceso con la descripción de criterios de circulación, personas, responsables de coordinación y modo de evaluación.
- 8.3.4. Coordinación y gestión de casos a través de reuniones de los responsables del proceso TPG en cada área (responsables de los equipos TPG de los CSM y responsables de los dispositivos específicos implicados en el proceso asistencial TPG).
- 8.3.5. Inclusión de las personas con TPG ingresadas en recursos de media y larga estancia en las actividades de coordinación.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Definición del proceso asistencial	Definido el proceso (con descripción de funciones de cada dispositivo y nivel de atención según situación clínica): (Sí/No)	Local	Documento específico
2. Definición de los recursos comunes y específicos para TPG incluidos en el proceso asistencial	Mapa de recursos definido: (Sí/No)	Local	Documento específico
3. Elaboración del diagrama de flujo del proceso	Elaboración del diagrama de flujo del proceso: (Sí/No)	Local	Documento específico
4. Coordinación y gestión de casos a través de reuniones de los responsables del proceso TPG en cada área	Existe un gestor de caso designado: (Sí/No) N.º de reuniones/mes N.º de pacientes coordinados/mes	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Inclusión de las personas con TPG ingresados en recursos de media y larga estancia en las actividades de coordinación	% pacientes TPG en recursos de MLE revisados en reunión de coordinación del programa TPG del área de gestión o equivalente, respecto total de pacientes revisados	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Mapa de recursos comunes de la red de SM y específicos para TPG.
 - ☐ Proceso con diagrama de flujo del mismo, descripción de criterios de circulación, personas, responsables de coordinación y modo de evaluación.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 8.4. Potenciar la coordinación a través de la Comisión de Evaluación y Seguimiento

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.4.1. Plantear algunas reuniones específicas de la Comisión para la revisión y avances en el desarrollo de los procesos diseñados en cada área de gestión o equivalente.

Elaboración de un informe anual de actividad y resultados del proceso asistencial TPG

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Plantear reuniones de la Comisión para la revisión de los procesos diseñados	N.º de reuniones de la Comisión en cada año dedicadas total o parcialmente a la revisión de los procesos/ N.º total de reuniones de la Comisión cada año	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.



OBJETIVO 8.5. Incrementar la colaboración con las asociaciones de familiares y pacientes con TPG

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 8.5.1. Fomentar actividades conjuntas y espacios de colaboración entre los profesionales de la red y las asociaciones de familiares y pacientes con TPG.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Colaboración entre los profesionales de la red y las asociaciones de familiares y pacientes con TPG	Nº.º de acciones y/o actividades/año desarrolladas en cada área de gestión o equivalente	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ❑ Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 9

Participación, humanización
y lucha contra el estigma y la
discriminación de las personas
con problemas de salud mental

La Organización de Naciones Unidas, en la Declaración de Principios para la protección de los enfermos mentales y para la mejora de la atención de la salud mental (ONU; 1991), establece que «Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana». También dice que «No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por discriminación se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad» (OMS, 2012).

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2022-2026 dice “La desinformación y la falta de toma de conciencia sobre la salud mental producen que en muchas ocasiones la sociedad discrimine, rechace o estigmatice a las personas con problemas de salud mental” y más adelante “Por encima de los síntomas de su problema de salud, muchas veces el estigma y la discriminación son las principales barreras en las actitudes de la población general. Esto dificulta la recuperación y la inclusión social de las personas con problemas de salud mental”.

La Declaración Universal de los Derechos humanos, de 10 de diciembre de 1948, proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, expone que todas las personas tienen todos los derechos y libertades de la Declaración, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Lo que implica también a las personas con enfermedad mental.

Este mismo espíritu sigue la reforma legislativa operada por la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica, que mostrándose fiel a la Convención Internacional de la ONU sobre derechos de las personas con discapacidad de 2006 que establecía la participación auténtica y significativa de las personas con problemas de salud mental, en todos los aspectos que les conciernen; «Nada sobre nosotros sin nosotros», da un giro radical al tratamiento de la discapacidad contemplando el deber de respetar la voluntad, deseos y preferencias de las personas. La dignidad del paciente es también el principio básico que rige la relación clínica (artículo 2.1 de la 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), abogando por la humanización de la asistencia sanitaria.

En los Planes de Salud Mental anteriores de la Comunidad de Madrid, Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003 -2008, Plan Estratégico de Salud Mental 2010-2014 y Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020 principalmente se recogían los principios de participación, rechazo a la estigmatización, la discriminación y la falta de respeto por los derechos humanos, abogando por la dignidad de las personas que padecen enfermedades. Quedando recogidos los objetivos y actividades que el Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019 (Consejería de Sanidad CAM, 2016) ya señalaba como vinculantes.

Hay que señalar el freno que ha supuesto la Pandemia de COVID-19 en la humanización sanitaria. La participación de usuarios y familiares en los servicios de salud mental se vio truncado, desapareció la prespecialidad, la cercanía, poniendo de manifiesto mayores retos en materia de humanización, una vez controlada la pandemia.

L9. OBJETIVOS

Dada la transversalidad de esta línea estratégica y de acuerdo con el análisis de situación se han establecido cuatro ámbitos de acción orientados a alcanzar los siguientes objetivos generales:

1. Avanzar en la humanización y el respeto en la atención a personas con problemas de salud mental.
2. Avanzar en la participación de usuarios y familiares.
3. Avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental.
4. Extremar la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social.

L9.1. Avanzar en la humanización y el respeto en la atención a personas con problemas de salud mental

L9.1. OBJETIVOS

1. Humanizar los espacios y mejorar el proceso de información y la acogida de pacientes y familiares y allegados.
2. Mejorar la atención en crisis de las personas con problemas de salud mental.
3. Reducir y adecuar la utilización de medios restrictivos (sujeción física) en circunstancias excepcionales con tendencia a un uso 0.

OBJETIVO 9.1.1. *Humanizar los espacios y mejorar el proceso de información y la acogida de pacientes y familiares*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.1.1.1. Mejora de los espacios y de la atención respetuosa en los Servicios de Urgencias de los hospitales a través de un Plan de mejora de la atención en Urgencias a personas con problemas de Salud Mental.



- 9.1.1.2. Establecimiento de criterios para avanzar hacia modelos de unidades abiertas de hospitalización y hospitalización a domicilio, y análisis de viabilidad.
- 9.1.1.3. Unidades de ingreso de Psiquiatría: Humanización y mejora de las infraestructuras y condiciones de respeto y seguridad.
- 9.1.1.4. Revisión y mejora de las infraestructuras de los Centros de Salud Mental.
- 9.1.1.5. Acceso a la Guía de acogida en el CSM de pacientes, familiares y allegados realizada en el Plan 2008-2020 con información clínica y no clínica.
- 9.1.1.6. Acceso a mapa de recursos y activos sociales en la zona de referencia (en sintonía con línea 3 de AP y 11 de prevención y promoción).
- 9.1.1.7. Evaluación de la satisfacción de pacientes, sus familias y/o allegados para identificar áreas de mejora y establecer planes de acción.
- 9.1.1.8. Espacios de encuentro en los servicios de salud mental para la ciudadanía, colectivos profesionales y facilitadores y/o agentes sociales con la participación de personas con problemas de Salud Mental y/o sus representantes en asociaciones.
- 9.1.1.9. Facilitar la comunicación a través de lenguaje de signos y la teletraducción con mediadores culturales potenciando la atención a la población con déficit sensorial.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Plan de mejora de la atención en Urgencias a personas con problemas de Salud Mental	Plan de mejora de la atención en Urgencias a las personas con problemas de salud mental del Hospital, con cronograma disponible: (Sí/No) El Plan puede incluir: habilitación de espacios seguros, disponibilidad de figura de enfermera para la coordinación de pacientes en su estancia en Urgencias (especialista en salud mental prioritariamente), o bien otras actuaciones que promuevan la atención individualizada, respetuosa y evite el uso de las sujeciones físicas Disponibilidad de espacios adecuados en adultos: (Sí/No) Disponibilidad de espacios adecuados en infantil: (Sí/No) Disponibilidad de la figura de enfermera especialista de salud mental para coordinación de pacientes: (Sí/No)	Local	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Avanzar hacia modelos de unidades abiertas de hospitalización y hospitalización a domicilio	Criterios establecidos y difundidos: (Sí/No) Análisis de viabilidad por cada UHB realizado: (Sí/No)	Mixta	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Humanización en las Unidades de ingreso de Psiquiatría	Realización de una ronda de seguridad anual en las UHB: (Sí/No) con acta resumen y planes de mejora Realización de Audit externo o cruzado de UHBs: (Sí/No) Participación de pacientes expertos en las rondas: (Sí/No) Aplicación de documento de recomendaciones para la realización de rondas de seguridad en UHB 2021 de la ORCSMyA y de material OMS, UE, WPA sobre alternativas a la Coerción y formación en Quality Rights	Local	Documento específico
4. Revisión y mejora de las infraestructuras de los Centros de Salud Mental	Identificación de áreas de mejora: (Sí/No) Realización de proyecto de mejora: (Sí/No)	Mixta	Documento específico Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
5. Acceso a la Guía de acogida en el CSM de pacientes, familiares y allegados	Se entrega a todas las personas en la primera cita la Guía o bien se indica sitio web para consultar http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020251.pdf : (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
6. Acceso a mapa de recursos y activos sociales en la zona	Mapa de recursos o activos en salud de la zona disponible en formato digital: (Sí/No)	Local	Documento específico
7. Evaluación de la satisfacción de pacientes, familias y/o allegados	Encuesta de satisfacción a pacientes realizada: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
8. Espacios de encuentro para la ciudadanía, colectivos profesionales, facilitadores y pacientes	Realización de al menos una jornada en el Servicio/Área de gestión: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
9. Facilitar la comunicación (lenguaje de signos, teletraducción, mediadores culturales...)	Se tiene disponible vía de acceso al servicio de lenguaje de signos y a mediadores culturales: (Sí/No) N.º Total de pacientes atendidos que han utilizado el servicio de lenguaje de signos/año N.º Total de pacientes atendidos que han utilizado el servicio de mediadores culturales/año Informe emitido por la entidad prestadora del servicio	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Plan de mejora de los espacios en los Servicios de Urgencias.
 - ☐ Documento de criterios y análisis de viabilidad para avanzar hacia modelos de unidades abiertas de hospitalización y hospitalización a domicilio.
 - ☐ Informes de rondas de seguridad.
 - ☐ Informe de identificación de áreas de mejora y plan de mejora de las infraestructuras de los Centros de Salud Mental.
 - ☐ Mapa de recursos y activos sociales en la zona de referencia.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 9.1.2. *Mejorar la atención en crisis de las personas con problemas de salud mental*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.1.2.1. Difusión y seguimiento del «Protocolo de atención en crisis y traslados de personas con problemas de salud mental» de 2021.
- 9.1.2.2. Implantación del «Protocolo de atención en crisis y traslados de personas con problemas de salud mental» por el SUMMA 112 con seguimiento coordinado con la ORCSMyA, Atención Primaria y la Gerencia de Hospitales.
- 9.1.2.3. Protocolo de actuación ante situaciones de ausencia o fuga o solicitud de alta voluntaria.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Difusión y seguimiento del «Protocolo de atención en crisis y traslados de personas con problemas de salud mental» de 2021	N.º de reuniones de seguimiento. Difusión del protocolo a los profesionales y formación en coordinación con el Servicio de Urgencias del Hospital: (Sí/No)	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Implantación del «Protocolo de atención en crisis y traslados de personas con problemas de salud mental»	Seguimiento del protocolo según los indicadores establecidos: (Sí/No) Formación específica a profesionales del Summa 112 en atención en crisis: (Sí/No) Incorporación de medidas de acción identificadas con el seguimiento del protocolo, en cuanto a trato respetuoso y seguro y a reducción de la coerción Incorporar actuaciones de coordinación con centros educativos en caso de crisis en menores escolarizados: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Protocolo de actuación ante situaciones de ausencia o fuga o solicitud de alta voluntaria	Protocolo disponible: (Sí/No) Con la participación del Servicio de Urgencias y de Psiquiatría, integrado en el Plan de mejora de atención en Urgencias	Local	Documentos específicos

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo de actuación ante situaciones de ausencia o fuga o solicitud de alta voluntaria.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 9.1.3. *Reducir y adecuar la utilización de medios restrictivos (sujeción física) en circunstancias excepcionales con tendencia a un uso 0*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.1.3.1. Protocolo actualizado para la utilización de medios restrictivos (sujeción física) en circunstancias excepcionales, según las recomendaciones de la Resolución 106/17.
- 9.1.3.2. Registro de sujeciones físicas en las UHBs y análisis de la información para su reducción con tendencia al uso cero.
- 9.1.3.3. Análisis de las sujeciones a pacientes con problemas de salud mental en el Servicio de Urgencias.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Protocolo actualizado para la utilización de medios restrictivos	Actualización realizada: (Sí/No)	Local	Documentos específico
2. Registro de sujeciones físicas en las UHB y análisis de la información	N.º pacientes ingresados que han recibido sujeción física al año / N.º de pacientes ingresados al año con tendencia descendente: (Sí/No) Informe anual de sujeciones físicas con identificación de áreas de mejora y establecimiento de medidas de acción: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Sujeciones a pacientes con problemas de salud mental en el Servicio de Urgencias	Informe anual de sujeciones en Urgencias de pacientes con problemas de salud mental: (Sí/No) Identificación de áreas de mejora y medidas de acción, a integrar en el plan de mejora de la atención en Urgencias de las personas con problemas de salud mental	Local	Documentos específicos

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo actualizado para la utilización de medios restrictivos.
 - ☐ Informe de sujeciones, áreas de mejora y medidas de acción en el Servicio de Urgencias.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

L9.2. Avanzar en la participación de usuarios y familiares

L9.2. OBJETIVOS

1. Promover la participación activa de las personas con problemas mentales en el proceso de atención.

2. Mejorar la comunicación y vínculo con las familias de las personas con TMG con el lema «cuidar al que cuida».
3. Mejorar la formación de los profesionales en la comunicación con el paciente y el manejo de situaciones difíciles.

OBJETIVO 9.2.1. *Promover la participación activa de las personas con problemas mentales en el proceso de atención*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.2.1.1. Avance en la aplicación de la Planificación compartida de la atención de las personas con Trastorno mental grave.
- 9.2.1.2. Elaboración y unificación de formularios de información para consentimiento en los dispositivos y programas de intervención.
- 9.2.1.3. Promover la figura del paciente experto a nivel de la organización y acompañamiento (peer to peer o agente de apoyo entre iguales).
- 9.2.1.4. Actuaciones para promover el apoyo mutuo entre personas que han sufrido problemas de salud mental utilizando su experiencia en situaciones similares (capacitación, grupos de iguales...).
- 9.2.1.5. Participación de las asociaciones/agrupaciones de usuarios y de familiares en la definición de objetivos y actuaciones para la mejor atención de las personas con problemas mentales asociaciones/agrupaciones de usuarios y de familiares.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Planificación compartida en la atención del Trastorno mental grave	Trabajo colaborativo para promover su implantación por norma Sí/No Actuaciones formativas/informativas en el Servicio/área de gestión para promover su aplicación: (Sí/No) N.º estimado de personas con TMG en PCC que disponen de documento de planificación compartida de la atención que incluya atención en situación de crisis	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Unificación de formularios de información para consentimiento	Identificación de formularios de información para el paciente que todo Servicio ha de tener disponibles (sobre dispositivos y programas): (Sí/No) Revisión de formularios en uso y recomendaciones para su unificación: (Sí/No)	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Promover la figura del paciente experto a nivel de la organización y acompañamiento (peer to peer o agente de apoyo entre iguales)	Pacientes expertos incluidos en procesos de organización: (Sí/No) Valoración de instrumentos para la vinculación de pacientes expertos con la organización: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Actuaciones para promover el apoyo mutuo	Programa y grupo de Apoyo Mutuo en el CSM o en el Servicio/áreas de Gestión: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Participación de las asociaciones de usuarios y de familiares en la definición de objetivos para la mejora de la atención	Participación en Comisiones a nivel central coordinadas por la ORCSMyA: (Sí/No) Participación en Comisiones locales de cada Servicio/Área de Gestión	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:

□ Registro de indicadores.

OBJETIVO 9.2.2. *Mejorar la comunicación y vínculo con las familias de las personas con TMG con el lema «cuidar al que cuida»*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.2.2.1. Protocolo de información, asesoramiento y apoyo a familiares de personas con TMG para mejorar el proceso terapéutico y prevenir o aliviar situaciones de sobrecarga (con el consentimiento de la persona implicada).
- 9.2.2.2. Desarrollo de espacios de atención, grupos multifamiliares y grupos de ayuda y apoyo a familias, cuidadores y afectados.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Protocolo de información, asesoramiento y apoyo a familiares de personas con TMG	Protocolo disponible: (Sí/No)	Local	Documento específico
2. Desarrollo de espacios de atención y apoyo a familias, cuidadores y afectados	Grupo multifamiliar: (Sí/No) Grupo de apoyo a familiares y cuidadores: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo de información, asesoramiento y apoyo a familiares de personas con TMG.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 9.2.3. *Mejorar la formación de los profesionales en la comunicación con el paciente y el manejo de situaciones difíciles*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.2.3.1. Proyecto formativo sobre autonomía y derechos dirigidos a profesionales sanitarios para la atención respetuosa y segura de calidad con respecto a las personas con problemas de salud mental en situación de crisis.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:



Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Proyecto formativo sobre atención respetuosa a las personas con problemas de salud mental en situación de crisis	Curso virtual de máxima difusión disponible para todos los profesionales sanitarios: (Sí/No) Inclusión de curso virtual en plan de acogida de nuevos profesionales (UHBs, SUM-MA112 y en Urgencias): (Sí/No) Preparación y desarrollo de cursos de simulación en escenarios extrahospitalarios y hospitalarios: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

L9.3. Avanzar en la lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental

L9.3. OBJETIVOS

1. Promover la consecución de los objetivos enmarcados en la Declaración de Madrid de lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con problemas mentales.
2. Prevenir la estigmatización de la persona con trastorno mental y/o adictivo por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios...

OBJETIVO 9.3.1. *Promover la consecución de los objetivos enmarcados en la Declaración de Madrid de lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con problemas mentales*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.3.1.1. Promover y apoyar acciones derivadas de la Mesa Interinstitucional de lucha contra el estigma y la discriminación de la Comunidad de Madrid.
- 9.3.1.2. Consolidación y ampliación de Plataformas territoriales de lucha contra el estigma y discriminación.

- 9.3.1.3. Participación en jornadas lúdicas, campañas de divulgación, concienciación y sensibilización dirigidas a población general, estudiantes, profesores, empleadores, empresas, servicios públicos y legisladores.
- 9.3.1.4. Actuaciones dirigidas a los medios de comunicación para sensibilizar y mejorar el abordaje de las noticias relacionadas con el trastorno mental y la salud mental en general.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Apoyar acciones derivadas de la Mesa contra el estigma de la Comunidad de Madrid	Reuniones y acciones desde la Mesa contra el estigma realizadas: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Ampliación de Plataformas territoriales de lucha contra el estigma y discriminación	N.º de nuevas plataformas territoriales de lucha contra el estigma y la discriminación creadas durante el año	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Participación en jornadas y campañas de sensibilización	Participación en jornadas y campañas: (Sí/No) Referir	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSM Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Actuaciones dirigidas a los medios de comunicación	Actuaciones de sensibilización en medios de comunicación: (Sí/No) Referir	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSM Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.



OBJETIVO 9.3.2. *Prevenir la estigmatización de la persona con enfermedad mental por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.3.2.1. Promoción del uso de guías, y de la aplicación de buenas prácticas y prácticas seguras, en los diferentes procesos asistenciales en salud mental, que garanticen el bienestar y la seguridad del paciente
- 9.3.2.2. Revisión y actualización de protocolos (diagnósticos, terapéuticos, médicos, quirúrgicos, sociosanitarios...) en los que el trastorno mental figure discriminado (criterio de exclusión, contraindicación...).

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Uso de guías, y aplicación de buenas prácticas en los procesos asistenciales en salud mental	Acciones formativas sobre buenas prácticas y prácticas seguras en el Plan de formación continuada: (Sí/No) Referir	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Actualización de protocolos en los que el trastorno mental figure discriminado	Revisión realizada con la colaboración de la Unidad de Calidad de cada centro: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:

☐ Registro de indicadores.

L9.4. Extremar la atención y humanización de los cuidados a las personas con enfermedad mental especialmente vulnerables y con alto riesgo de exclusión social

L9.4. OBJETIVOS

- 1. Promover el abordaje centrado en las necesidades de las personas con enfermedad mental y otras discapacidades, especialmente déficit sensorial y discapacidad intelectual.

2. Detectar y evitar inequidad en los distintos programas asistenciales (adultos e Infantojuvenil).
3. Mejorar la atención a la salud mental de las víctimas de violencia de género y prevenir la violencia de género en las personas con TMG.

OBJETIVO 9.4.1. *Promover el abordaje centrado en las necesidades de las personas con enfermedad mental y otras discapacidades, especialmente déficit sensorial y discapacidad intelectual*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.4.1.1. Programas que integren la complejidad de la patología TMG con otra/s diversidad/es funcional /es que incluyan adaptación de espacios físicos, de medios tecnológicos y la existencia de mediadores, potenciando la atención a la población con déficit sensorial.
- 9.4.1.2. Formalizar la Comisión Sociosanitaria para la gestión de los casos de trastorno mental con discapacidad intelectual de mayor complejidad.
- 9.4.1.3. Designación de un psiquiatra de referencia en los CSM de discapacidad intelectual y trastorno mental y formación especializada y coordinación entre referentes.
- 9.4.1.4. Monitorización de la casuística de discapacidad intelectual y trastorno mental en los CSM.
- 9.4.1.5. Actuaciones para la mejora de la atención a pacientes con discapacidad intelectual en Urgencias o ingreso hospitalario en UHB (formación específica, protocolos de coordinación...).
- 9.4.1.6. Refuerzo de los equipos SESM-DI (Servicio Especializado en Salud Mental para personas con discapacidad intelectual) para la gestión de casos y de traslados intercentros.
- 9.4.1.7. Establecimiento de acuerdos o comisiones interinstitucionales para mejorar la atención centrada en las necesidades a través de la coordinación funcional y operativa en discapacidad.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:



Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Programas que integren la complejidad de la patología TMG con atención a la población con déficit sensorial	Programa de integración a personas con déficit sensorial: (Sí/No)	Local	Documento específico
2. Comisión Sociosanitaria para la gestión de los casos de mayor complejidad	Comisión multiprofesional creada: (Sí/No) Inclusión de la comisión en el organigrama de las AGCPSM.	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Designación de psiquiatra de referencia en los CSM	Psiquiatra referente de discapacidad intelectual: (Sí/No) Formación especializada en Plan: (Sí/No)	Mixta	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Monitorización de la casuística de discapacidad intelectual y trastorno mental en los CSM	N.º de pacientes con discapacidad intelectual y trastorno mental en seguimiento	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Mejora de la atención a pacientes con discapacidad intelectual en Urgencias o ingreso hospitalario	Protocolos específicos desarrollados: (Sí/No)	Local	Documento específico
6. Refuerzo de los equipos SESM-DI	Incorporación de refuerzo al equipo SESM-DI: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
7. Mejorar la coordinación funcional y operativa en discapacidad	Formalización de la coordinación interinstitucional: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - Programa que integren la complejidad de la patología TMG con otra/s diversidad/es funcional/es que incluyan adaptación de espacios físicos, de medios tecnológicos y la existencia de mediadores, potenciando la atención a la población con déficit sensorial.
 - Protocolos desarrollados para la mejora de la atención a pacientes con discapacidad intelectual en Urgencias o ingreso hospitalario en UHB.

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores.

OBJETIVO 9.4.2. *Detectar y evitar inequidad en los distintos programas asistenciales (adultos e infantojuvenil)*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.4.2.1. Identificar posibles inequidades en el acceso a programas asistenciales desde los Centros de Salud Mental.
- 9.4.2.2. Promoción de canales de coordinación entre dispositivos sociosanitarios que permitan el seguimiento tras el alta hospitalaria de población vulnerable.
- 9.4.2.3. Mejorar la atención a las personas con trastorno mental en situación de calle y/o exclusión social en toda la Comunidad de Madrid.
- 9.4.2.4. Desarrollo de vías para facilitar el acceso a los servicios de salud mental a personas con trastorno mental que por su diversidad de género, situación de desplazados, migrantes, trata, población penitenciaria... están en situación de vulnerabilidad y mayor riesgo de exclusión social.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Identificar demoras en el acceso a programas asistenciales desde los Centros de Salud Mental	Seguimiento de demoras centralizado en cuadro de mandos integral: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Coordinación entre dispositivos sociosanitarios que permitan el seguimiento tras el alta hospitalaria de población vulnerable	Propuesta de creación de una mesa de coordinación sociosanitaria en cada Servicio o AGC: (Sí/No)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Atención a personas con trastorno mental en situación de calle y/o exclusión social en toda la Comunidad de Madrid	Refuerzo del programa ECASAM: (Sí/No) Valoración de acciones conjuntas por el ECASAM y el Servicio de Urgencia y Emergencia Social de la Comunidad de Madrid: Sí/No	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Facilitar el acceso a los servicios de salud mental a personas con trastorno mental y mayor vulnerabilidad	Iniciativas para facilitar la accesibilidad: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores.

OBJETIVO 9.4.3. *Mejorar la atención a la salud mental de las víctimas de violencia de género y prevenir la violencia de género en las personas con TMG*

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 9.4.3.1. Actividades de coordinación entre referentes en CSM, comisiones hospitalarias de violencia y programa ATIENDE, para articular la atención a la violencia de género en la red de salud mental.
- 9.4.3.2. Extensión de buenas prácticas en la red de salud mental en visibilización, prevención y asistencia a los problemas mentales relacionados con la violencia de género (programas de prevención en personas con TMG, programas de visibilización, formación específica...).

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Coordinación para articular la atención a la violencia de género en la red de salud mental	Coordinación reglada con el programa ATIENDE: (Sí/No) N.º de coordinaciones realizadas (n.º de mujeres atendidas con las que se ha realizado coordinación)	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
2. Extensión de buenas prácticas en la red de salud mental en relación con la violencia de género	Extensión de buenas prácticas Prevención de la violencia de género en mujeres con TMG: (Sí/No)	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- Registro de indicadores.



LÍNEA ESTRATÉGICA 10

Formación y cuidado
de los profesionales

La Formación continuada en salud mental es una línea transversal fundamental para el logro de los objetivos estratégicos, y sus correspondientes actividades, del Plan de Salud Mental y Adicciones.

La Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones ha colaborado activamente en la elaboración y posterior gestión del Plan anual de Formación continuada, competencia de la Dirección General de Investigación, Docencia e Innovación, en el que se han consolidado la línea de salud mental con más de 130 actividades, 1500 horas docentes, más de 4000 profesionales y una evaluación media por parte de los participantes de 8,6 sobre 10.

Durante el Plan 2018-20, en época de pandemia, el cumplimiento global de los objetivos en la Línea Estratégica 10 de Formación y Cuidado de los Profesionales ha sido del 78 %, siendo el objetivo con un mayor cumplimiento el relacionado con la mejora de la detección, diagnóstico y tratamiento de las áreas de interés, fundamentalmente clínicas (90 %) e incrementándose la formación relacionada con la detección precoz de enfermedad mental, atención a personas con trastorno de la personalidad, atención a personas con TEA, atención perinatal y prevención y atención de conducta suicida.

Un aspecto a destacar es el aumento significativo de los contenidos de formación relacionados con la supervisión de casos y equipos en hospitales y CSMs, en la línea de mejorar la atención a los usuarios y el cuidado a los profesionales potenciando el trabajo en equipo. Por otro lado se ha fomentado la progresiva participación de los usuarios (pacientes y familiares) como expertos en formación relacionada con mejora de la atención basada en respeto a los derechos, lucha contra el estigma, supervivientes del suicidio y en detección y atención de pacientes en emergencias.

El principal reto que se plantea es mantener la actividad conseguida, incorporar nuevas líneas estratégicas (Autonomía y Derechos Humanos) y reforzar alguna de las existentes (salud mental infanto-juvenil) gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad dentro del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia financiado por la Unión Europea – NextGenerationEU.

En otro orden de cosas, y respecto a la segunda parte de la línea dedicada a promover el cuidado de los profesionales y de los equipos de trabajo, no podemos obviar en este plan el impacto que la pandemia de COVID19 ha provocado en el colectivo de profesionales sanitarios.

Desde que se diagnostica el primer caso de COVID en Wuhan (Hubei) en diciembre de 2019, la pandemia se ha extendido a un gran número de países de los cinco continentes, adquiriendo una gravedad y mortalidad sin precedentes, y alterando profundamente nuestra forma de vivir el día a día.

Tanto los diferentes países como la Organización Mundial de la Salud son conscientes, y así lo advierte la literatura científica, de las graves consecuencias para la salud física y mental de la población tanto a corto como a largo plazo (*Galea, 2020*).

Desde marzo de 2020 nuestro país y especialmente nuestro sistema sanitario está viviendo el mayor desafío que se ha afrontado en este siglo.

No existen antecedentes de una crisis sanitaria tan grave en nuestra historia reciente. Esta pandemia, además del daño a la salud física de los ciudadanos y de los profesionales sanitarios va a seguirse de un daño psicológico mayor y duradero, en la que el de profesionales de la salud van a ser uno de los grupos de mayor riesgo (*Gold, 2020*).

Nos preocupan especialmente los problemas de salud mental que puedan presentar muchos profesionales sanitarios en los próximos años, a medida que vayan intentando procesar los acontecimientos vividos durante el pico de la crisis sanitaria. Ignorar, no tratar o tratar por debajo de lo necesario o minimizar los riesgos derivados de un deterioro de la salud psíquica, puede tener consecuencias graves. En este sentido es prioritario monitorizar y derivar a los profesionales a los dispositivos más adecuados (*Gold, 2020*).

Durante los meses del pico de la crisis toda la estructura psíquica se pone al servicio de la acción, para evitar que las emociones inunden el campo cognitivo y los profesionales utilizan mecanismos defensivos temporalmente adaptativos (negación, compartimentación, disociación...). Sin embargo, a medida que se produce la paulatina vuelta a un relativo sosiego los profesionales están procesando todos los acontecimientos vividos. Y es entonces cuando pueden producirse elaboraciones que lleguen a desestabilizar el equilibrio psíquico de la persona, de acuerdo con la intensidad de las experiencias vividas, las características individuales, lo biográfico, los traumas previos etc.

El estudio más completo realizado sobre la salud psicológica del personal sanitario en Wuhan, con 994 participantes recoge variables demográficas, escalas de salud psíquica (GAD-7, ISI, PHQ-9, IES-R) y el grado de exposición a COVID. En los resultados se aprecia que un 34 % presenta síntomas leves, un 22,4 % moderados y un 6 % severos (*Kang L, 2020*).

En pleno pico de la pandemia en Hubei los investigadores realizan un estudio transversal de 1257 profesionales sanitarios. El 50 % presentaba puntuaciones altas de depresión, el 45 % de ansiedad, el 34 % de insomnio y el 72 % de distrés. Aparecen más afectadas los profesionales de enfermería, mujeres con contacto con pacientes COVID y los de la zona del epicentro de la pandemia. Del grupo de alto riesgo un 10-20 % puntuaba en el rango moderado-severo (*Kang L, 2020*).

En esta crisis sanitaria se exacerban los cambios estructurales de la atención médica que causan el burnout y el trabajo diario en condiciones heroicas y estresantes tiene un coste: antes o después cada clínico puede ser también un paciente (*Perlis, 2020*).

Por tanto, si la «dosis de estrés traumático aumenta el riesgo de sufrimiento psíquico. Es importante cuidar de los que cuidan» (*Roy-Byrne, 2020*).

En nuestro país el estudio más completo lo realizan Alonso, Vilagut y Mortier en el año 2021. Participaron 9.138 sanitarios. Prevalencia de cribado positivo: 28,1 % TDD; 22,5 % TAG,

24,0% Pánico; 22,2% PTE; y 6,2% TUS. En general, el 45,7% presentó algún trastorno mental actual y el 14,5% algún trastorno discapacitante. Los sanitarios con trastornos mentales previos tuvieron el doble de prevalencia que aquellos sin patología mental previa.

Concluyen que 1 de cada 7 sanitarios españoles presentaron un probable trastorno mental discapacitante durante la primera oleada de COVID-19. Aquéllos con trastornos mentales alguna vez antes de la pandemia, los que están expuestos con frecuencia a pacientes con COVID-19, los infectados o en cuarentena / aislados, las mujeres y las profesionales TCAE deben considerarse grupos que necesitan seguimiento y apoyo de su salud mental (*Alonso J, 2020*).

Es previsible que un 20-25% de los profesionales presenten un Trastorno Mental de intensidad moderada-severa como consecuencia de la crisis del COVID-19 y que de estos un 23% se prolongue durante al menos 3 años.

Como se ha visto, la línea 10 tiene dos objetivos generales bien definidos.

L10. OBJETIVOS

1. Promover la formación de los profesionales de manera alineada con los objetivos del Plan.
2. Potenciar el cuidado de los profesionales.

A continuación se presentan los objetivos específicos y actuaciones que se desagregan de cada uno de ellos.

L10.1. Formación

L10.1. OBJETIVOS

1. Mejorar la calidad de la atención basada en la evidencia en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, mediante la Formación Continuada de los profesionales de Atención Primaria, Hospitalaria, SUMMA 112 y Red de salud mental. Se tendrá en cuenta la perspectiva de género (distribución epidemiológica y frecuencia, edad de inicio, sintomatología y forma de presentación de la enfermedad, indicación y efectividad de tratamientos...).

OBJETIVO 10.1.1. Mejorar la calidad de la atención en la detección, diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud mental, mediante la formación continuada de los profesionales

Se incluyen profesionales de Atención Primaria, Hospitalaria, SUMMA 112 y Red de salud mental y se tendrá en cuenta la perspectiva de género.

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollará la actuación:

10.1.1. Sesiones de actualización, Supervisiones de casos, Jornadas y Cursos presenciales (física y/o virtualmente), semipresenciales, con Simulación y on line. A continuación se describen los contenidos generales y (en los que es pertinente) los específicos que integran el objetivo formativo:

1. Atención a la salud mental comunitaria en el entorno del paciente (atención en domicilio, tratamiento comunitario, acompañamiento terapéutico y colaboración con activos sociales).
2. Proyecto Autonomía y Derechos. Atención centrada en la persona y en su recuperación en la comunidad. Atención en crisis. (Incluye formación a través de simulación, formación on-line y presencial). Luchas contra el estigma y doble estigma (adicciones) entre los profesionales sanitarios incluidos profesionales de salud mental. Incorporación de la perspectiva de género en la formación en salud mental.
 - ☐ Emergencias y lucha contra el estigma en salud mental y en adicciones.
 - ☐ Derechos humanos, autonomía, seguridad y participación de los usuarios.
 - ☐ Atención en crisis y técnicas de desescalado de la agitación y contención verbales escenarios de simulación.
3. Riesgo/conducta suicida y duelo por suicidio.
4. Salud mental perinatal.
5. Atención a la población infanto-juvenil:
 - ☐ Realizar actividades de formación conjuntas con profesionales de otras instituciones en relación con la salud mental infanto-juvenil.
6. Primeros episodios psicóticos.
 - ☐ Desarrollo de acciones formativas para profesionales de atención primaria, servicios sociales y educativos para mejorar la detección y orientación de primeros episodios psicóticos.
7. Atención a personas con trastornos adictivos y la coordinación de recursos.
 - ☐ Realización de jornadas/sesiones conjuntas/espacios de colaboración de los profesionales de los CSM y de los centros de la red asistencial de adicciones.
 - ☐ Formación específica en atención a los trastornos adictivos para profesionales de salud mental y de la red de atención a los trastornos adictivos.
 - ☐ Formación específica en binomio violencia de género y adicciones a los profesionales de la red asistencial de adicciones.
8. Intervenciones psicoterapéuticas basadas en la evidencia.
9. Salud Mental en Mayores. Psicogeriatría.

- ❑ Actividades formativas en psicogeriatría, promoción de la longevidad saludable en el abordaje de la fragilidad y prevención del edadismo en profesionales de salud mental del hospital.
- ❑ Actividades formativas en psicogeriatría y fragilidad en profesionales en formación.
- ❑ Incluir en planes de Formación Continuada (ejemplo, ForMadrid) temas de psicogeriatría y con especial atención al manejo de las familias, en línea con el Plan de fragilidad y longevidad saludable.

10. Trastorno del Espectro Autista.

Desarrollo de actividades de colaboración y formativas con las Consejerías competentes en materia de Educación y Política Social:

- ❑ Acciones formativas en diagnóstico de TEA para clínicos de la Red de Salud Mental.
- ❑ Acciones formativas a pediatras de atención primaria y hospitalaria sobre signos de alarma de TEA con al menos un curso anual.
- ❑ Acciones formativas de las necesidades de personas con TEA a lo largo de la vida incluyendo las frecuentes comorbilidades con otros trastornos del neurodesarrollo, trastornos psiquiátricos y dimensiones (cognitivas, sociales, psicológicas, etc.).
- ❑ Acciones formativas dirigidas a profundizar y avanzar en la presencia de referentes expertos en diagnóstico complejo en los hospitales.
- ❑ Realizar acciones formativas sobre el desarrollo evolutivo y la salud física de las personas con TEA desde el nacimiento hasta la vejez (incluyendo aspectos del desarrollo y transiciones entre etapas evolutivas).
- ❑ Formación en intervenciones psicoterapéuticas efectivas en TEA.
- ❑ Acciones de formación de diagnóstico e intervención en TEA en la vida adulta.

11. Trastorno de la Conducta Alimentaria:

- ❑ Formación específica en TCA para equipos de Atención Primaria.
- ❑ Desarrollo de programa de formación en TCA para los recursos dependientes de Atención Social.
- ❑ Programa de formación específica sobre TCA en comunidades Terapéuticas de Trastornos de la Personalidad.

12. Trastorno grave de la personalidad:

- ❑ Incorporación de formación específica en TPG en el Plan de formación continuada, destinada a profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental y sesiones específicas de supervisión de caso.
- ❑ Implantación de un programa de supervisión externa de las intervenciones y equipos TPG de los CSM y unidades específicas.

13. Violencia de género (mujeres y menores):

- ☐ Prevención en violencia de género en personas con TMG.

14. Evaluación, mejora continua y calidad percibida.

15. Liderazgo, gestión eficiente, equidad y sostenibilidad.

16. Buenas prácticas en atención a las personas con discapacidad intelectual y trastorno mental, especialmente dirigida a referentes de CSM.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Sesiones de actualización, Supervisiones de casos, Jornadas y Cursos presenciales (física y/o virtualmente), semipresenciales, con Simulación y on line con los 16 contenidos priorizados	N.º de actividades, N.º de horas, N.º de participantes, Evaluación de la actividad y Presupuesto de financiación N.º de modalidad es por actividad formativa (sesiones de actualización, cursos y jornadas semipresenciales, con simulación y on line)	Central	Plan de formación continuada de la Consejería de Sanidad o bien otro marco vinculante como el Plan de Formación para los empleados públicos de la Administración de la Comunidad de Madrid

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:

- ☐ Registro de indicadores.

L10.2. Cuidado de los profesionales**L10.2. OBJETIVOS**

1. Mejorar la detección precoz de problemas individuales y de equipos.
2. Fomentar la atención adecuada a los profesionales de salud mental en el caso de presentar trastorno mental y a los problemas de equipos de trabajo.
3. Impulsar medidas saludables en los equipos de trabajo.

OBJETIVO 10.2.1. Mejorar la detección precoz de problemas individuales y de equipos

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.2.1.1. Difusión del programa PAIPSE en los centros de salud mental y a los responsables de CSM y hospital para mejorar la accesibilidad a la UVOPSE de los profesionales y equipos de salud mental.
- 10.2.1.2. Formación a profesionales de medicina y enfermería de los Servicios de Salud Laboral de los hospitales en detección precoz de psicopatología en el grupo de residentes que llegan al hospital.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Difusión del programa PAIPSE	Porcentaje de Hospitales, Áreas de Gestión Clínica o Servicios de Salud Mental en los que se ha difundido el programa	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Formación a Salud Laboral para detección precoz de psicopatología en residentes	N.º de actividades formativas	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ❑ Registro de indicadores.

OBJETIVO 10.2.2. Fomentar la atención adecuada a los profesionales de salud mental en el caso de presentar trastorno mental y a los problemas de equipos de trabajo

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.2.2.1. Refuerzo de los recursos personales y estructurales de la UVOPSE según necesidades identificadas.
- 10.2.2.2. Descripción y análisis de los casos atendidos en UVOPSE con conflictos en motivo de consulta.
- 10.2.2.3. Realización de terapias de grupo para tratar a los profesionales de la sanidad con problemas de Salud Mental.

- 10.2.2.4. Intervención de la UVOPSE, en caso de actuaciones suicidas de los profesionales de salud mental.
- 10.2.2.5. Actividades formativas a los responsables de los equipos de Salud Mental (promovidas desde la DG de RRHH para todos los empleados públicos de Sanidad) sobre Código de Buenas Prácticas, abordaje y la solución de conflictos en las instituciones sanitarias y prevención y actuación frente a todos los tipos de acosos en el trabajo y en la administración de la Comunidad de Madrid.
- 10.2.2.6. Asesoramiento para la mejora del funcionamiento y dinámica de los equipos.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Refuerzo de la UVOPSE según necesidades identificadas	Profesionales incorporados respecto a los identificados como necesarios	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Descripción y análisis de los casos atendidos en UVOPSE con conflictos en motivo de consulta	Análisis de casos atendidos realizado	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Terapias de grupo para tratar a los profesionales de la sanidad con problemas de Salud Mental	Profesionales con problemas de Salud Mental en relación directa con la pandemia tratados. Profesionales tratados con terapias de grupo de autocuidado emocional Profesionales tratados con terapia de grupo por Síndrome de Desgaste Profesional	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Intervención de la UVOPSE, en caso de actuaciones suicidas de los profesionales de salud mental	N.º de actividades realizadas	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
5. Formación a los responsables de los equipos de Salud Mental sobre Código de Buenas Prácticas, abordaje y solución de conflictos y prevención y actuación frente a todos los tipos de acosos en el trabajo	N.º de actividades formativas realizadas Proporción de responsables formados	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
6. Asesoramiento para la mejora del funcionamiento y dinámica de los equipos	N.º de acciones formativas n.º de horas formativas n.º de profesionales formados Puntuación media en la valoración por parte de los asistentes	Central	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 10.2.3. Impulsar medidas saludables en los equipos de trabajo

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 10.2.3.1. Constitución de grupos Balint.
- 10.2.3.2. Elaboración y desarrollo de Plan de acogida a profesionales en las unidades de salud mental. En él se incorporará la información sobre el acceso a formación básica necesaria en relación a atención en crisis de salud mental y sobre seguridad del paciente.
- 10.2.3.3. Reconocimiento de iniciativas de mejora de los profesionales, en especial en relación a atención basada en el respeto y la seguridad del paciente y en eficiencia para la equidad.
- 10.2.3.4. Impulso del trabajo en equipo, clarificando funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales, favoreciendo la proactividad en la atención (domicilio, intensivo comunitario).
- 10.2.3.5. Participación en programas de intercambio de experiencias o definición de programas de rotación por otros servicios o unidades. Asimismo, facilitar la movilidad de los profesionales dentro del mismo Servicio/AGC para promover la gestión integrada y el mejor conocimiento de los dispositivos.
- 10.2.3.6. Medidas para facilitar una mejor atención a los profesionales de salud mental cuando son pacientes (designación de profesional referente, accesibilidad por libre elección, acceso prioritario a tratamiento psicológico, colaboración y adaptabilidad en caso de hospitalización en UHB...).

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Constitución de grupos Balint	N.º de grupos Balint constituidos y n.º de sesiones realizadas	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Plan de acogida a profesionales en las unidades de salud mental	Plan de acogida implantado con inclusión de nota sobre formación en seguridad. % profesionales incorporados a la unidad a los que se les ha realizado plan de acogida	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
3. Reconocimiento de iniciativas de mejora de los profesionales	Actividades de reconocimiento de iniciativas de profesionales realizadas	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
4. Impulso del trabajo en equipo	Informe sobre funciones y actividad desarrollada por profesional	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Programas de intercambio de experiencias o rotación por otros servicios o unidades	N.º de profesionales en programa de intercambio	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
6. Facilitar una mejor atención a los profesionales de salud mental cuando son pacientes	N.º de actividades realizadas	Local	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.





LÍNEA ESTRATÉGICA 11

Promoción de la salud mental
y prevención de los trastornos mentales

Como se recoge en la reciente *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para el período 2022-2026* del Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad, 2022), una buena salud mental, es un componente integral de la salud y del bienestar de la población, y contribuye al buen funcionamiento de las personas, familias y comunidades, y consecuentemente a la prosperidad social y económica de la sociedad.

Los determinantes de la salud mental trascienden el nivel individual, existiendo factores sociales, culturales, laborales, económicos, políticos y ambientales intervinientes. En consecuencia, hay que prestar atención a los grupos vulnerables en los que se concentran peores condiciones de vida al presentar un riesgo incrementado de sufrir enfermedad mental. Esto representa una cuestión de protección de derechos humanos, ya que el estigma, la discriminación y la violación frecuente de tales derechos en las personas y familias con trastornos mentales es una constante.

Según la OMS (OMS, 2004), la salud pública, contemplada como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir las enfermedades y prolongar la vida a través de los esfuerzos organizados de la sociedad, es un elemento crucial para abordar tanto la promoción de la salud mental como la prevención de la patología mental, debiendo asumir el liderazgo en la implementación de programas efectivos.

Aunque tradicionalmente se han expresado dudas acerca de la efectividad de las medidas preventivas y del tratamiento de los trastornos mentales, cada vez existen más evidencias de la eficacia de las intervenciones preventivas universales y selectivas para promover el bienestar mental y prevenir este tipo de trastornos (Arango C, 2018).

Sin duda, uno de los problemas principales en la aplicación de medidas de prevención y promoción en el campo de la salud mental, dado sus resultados a medio-largo plazo, es su desventaja con respecto al campo asistencial, en el que se prioriza la mayor parte de la inversión económica en un contexto de aumento desmesurado de costes sanitarios (WHO, 2004).

En este contexto, el Plan de Salud Mental 2022-2024, con el desarrollo de esta línea, pretende promover y consolidar una colaboración sólida entre salud mental, salud pública y otros sectores implicados, que sin duda resulta imprescindible y necesaria para conseguir desarrollar programas de prevención y promoción de salud mental efectivos y realistas.

L10. OBJETIVOS

1. Promover la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en diferentes grupos de población, especialmente colectivos vulnerables
2. Desarrollar actividades de promoción del bienestar mental en el ámbito educativo destinadas a la infancia y adolescencia así como actividades para la sensibilización y prevención de trastornos mentales.

3. Promover actuaciones de prevención de las conductas adictivas, incluidas las relacionadas con utilización de nuevas tecnologías.
4. Implantar intervenciones dirigidas a evitar la actividad innecesaria del sistema sanitario y promover la seguridad del paciente en el campo de la salud mental y las adicciones.
5. Impulsar la prevención del suicidio con un enfoque de salud pública multisectorial y participativa en la Comunidad de Madrid.

OBJETIVO 11.1. Promover la salud mental y la prevención de los trastornos mentales en diferentes grupos de población, especialmente colectivos vulnerables

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.1.1. Constitución de un grupo de trabajo de salud pública y salud mental para el análisis y promoción de las actuaciones colaborativas.
- 11.1.2. Identificación de programas de promoción de hábitos de vida saludables en poblaciones vulnerables para establecer actuaciones de difusión conjunta, colaboración y coordinación.
- 11.1.3. Valorar incorporación en la vigilancia epidemiológica de enfermedades crónicas de la salud pública aspectos relacionados con la enfermedad mental o los factores de riesgo.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Grupo de trabajo para el análisis y promoción de las actuaciones colaborativas	Grupo de trabajo constituido: (Sí/No)	Central DGSP y ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Promoción de hábitos de vida saludables en poblaciones vulnerables	Informe de identificación de programas realizado: (Sí/No) Actuaciones de colaboración establecidas: (Sí/No) Se tendrá en cuenta vulnerabilidad por problema de salud, familiares y allegados cuidadores, experiencias vitales de alto impacto emocional, enfermedad crónica/discapacidades múltiples	Central DGSP y ORCSMyA	Documento específico
3. Valorar incorporación de vigilancia epidemiológica para aspectos relacionados con la enfermedad mental o factores de riesgo	Valoración con salud pública de los medios para incorporar aspectos de salud mental en la vigilancia epidemiológica: (Sí/No)	Central DGSP y ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - Informe de Identificación de programas de promoción de hábitos de vida saludables en poblaciones vulnerables.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 11.2. Desarrollar actividades de promoción del bienestar mental en el ámbito educativo destinadas a la infancia y adolescencia así como actividades para la sensibilización y prevención de trastornos mentales

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.2.1. Promoción de los contenidos de salud mental y bienestar emocional en los programas de promoción de la salud dirigido a escolares de 3 a los 16 años de los centros escolares de la Comunidad de Madrid (programa SaludatuVida de la DG de Salud Pública) con especial atención a los colectivos vulnerables.
- 11.2.2. Promoción de los contenidos de salud mental y bienestar emocional en los programas de promoción de la salud dirigidos a los jóvenes de los centros educativos y universidades de la Comunidad de Madrid e identificación y exploración de los programas comunitarios vigentes dirigidos a la juventud, a sus familiares y a los profesionales que trabajan con los jóvenes
- 11.2.3. Identificación de áreas/centros educativos de especial interés para la incorporación de actuaciones específicas en promoción de la salud mental y el bienestar emocional de los estudiantes, en coordinación con la Consejería competente en materia de Educación y la DG de Salud Pública. Valoración de plan de coordinación salud pública-salud mental-centros educativos.
- 11.2.4. Actuaciones de colaboración de los Servicios y Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental con los centros educativos de la zona de referencia para promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales en población infanto-juvenil.
- 11.2.5. Colaboración en la detección precoz de rasgos/signos del espectro autista y primeros episodios psicóticos en el contexto escolar y coordinación de los equipos de Psiquiatría infanto-juvenil con los docentes/orientadores y otros profesionales de los centros educativos sobre casos identificados.
- 11.2.6. Actuaciones de enlace con el profesorado del centro escolar sobre necesidades educativas en relación a los problemas de salud mental de escolares en seguimiento por el Servicio de Psiquiatría y salud mental, especialmente tras la reincorporación del alumno al centro al alta de un ingreso hospitalario.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Promoción de la salud mental en programa «Saludatuvida» de la DG de Salud Pública, dirigido a escolares de la Comunidad de Madrid	Revisión para valorar actualización de contenido en programa saludatuvida: (Sí/No)	Central DGSP y ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Promover salud mental en jóvenes e identificar programas comunitarios a jóvenes, familiares y profesionales	Informe realizado y remitido a ORCSMyA (Sí/No)	Central DG Juventud de la Consejería de Familia, Juventud y Política Social DGSP y ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Identificación de áreas educativas de especial interés para la incorporación de actuaciones específicas en promoción de la salud mental en los estudiantes	Identificación de Áreas escolares de especial interés realizada: (Sí/No) Planificación de actuaciones de mejora específicas realizadas: (Sí/No) Valoración de plan de coordinación de salud pública-salud mental con centros educativos: (Sí/No)	Central DGSP y ORCSMyA y Consejería competente en materia de Educación	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Colaboración de las Áreas de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental con los centros educativos de la zona de referencia para promover la salud mental en población infanto-juvenil	N.º de centros educativos con los que se han realizado actuaciones de colaboración en prevención primaria y promoción de la salud mental (ejemplo acoso escolar, socio-emocional, programa de colaboración, charlas con alumnos/as...) desarrolladas en un año	Local Servicios y Áreas Psiq y SM	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
5. Colaboración en la detección precoz de rasgos/signos del espectro autista y primeros episodios psicóticos en el contexto escolar	N.º de centros educativos con los que se han realizado actuaciones de colaboración en prevención secundaria en un año	Local Servicios y Áreas Psiq y SM	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental
	Realización de protocolo en ámbito educativo para detección temprana de autismo: (Sí/No)	Central ORCSMyA y Consejería competente en materia de Educación	Documento específico
	Realización de protocolo en ámbito educativo para detección temprana de primeros episodios psicóticos: (Sí/No)	Central ORCSMyA y Consejería competente en materia de Educación	Documento específico
6. Enlace con el profesorado sobre necesidades educativas de escolares en seguimiento por el Servicio de Psiquiatría y salud mental	N.º de centros educativos con los que se han realizado actuaciones de colaboración en prevención terciaria en un año	Local Servicios y Áreas Psiq y SM	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

Documentos y productos finales

- Documentos:
 - ☐ Protocolo en ámbito educativo para detección temprana de autismo.
 - ☐ Protocolo en ámbito educativo para detección temprana de primeros episodios psicóticos.
- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - ☐ Registro de indicadores.

OBJETIVO 11.3. Promover actuaciones de prevención de las conductas adictivas, incluidas las relacionadas con utilización de nuevas tecnologías

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.3.1. Coordinación de las actuaciones de prevención en adicciones de los Centros asistenciales de la red de adicciones con los programas centrales de la DG de Salud Pública en esta área y con aquellos otros programas de prevención puestos en marcha por otras unidades de la Comunidad de Madrid dirigidos a colectivos específicos.
- 11.3.2. Actuaciones de atención precoz en menores y jóvenes realizadas en el centro «Los Mesejo».
- 11.3.3. Potenciación de programas de prevención universal de conductas adictivas en el medio escolar y familiar. Prevención de adicciones en el entorno familiar y prevención de adicción al juego «pares ganan» y al uso no responsable de las nuevas tecnologías.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Coordinación de los Centros asistenciales de la red de adicciones con la DG De Salud Pública en relación con la prevención en adicciones y con otros programas de prevención de la CM	N.º de centros CTA que informan al Área de prevención/Promoción en adicciones de la DG de SP// N.º de CTA N.º de centros CTA con actuaciones preventivas realizadas en coordinación con Área de prevención/Promoción en adicciones //N.º de CTA N.º de centros CTA con actuaciones preventivas en coordinación con otras unidades de la CM	Mixto DGSP y ORCSMyA y CAID-CTA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
2. Actuaciones de atención precoz en menores y jóvenes realizadas en el centro «Los Meje»	N.º de intervenciones realizadas en el Centro N.º familias participantes N.º jóvenes participantes N.º Sesiones grupales realizadas fuera del Centro N.º participantes en las sesiones fuera del Centro	Mixto ORCSMyA y CAID-CTA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Potenciación de programas de prevención universal de conductas adictivas en el medio escolar y familiar: – Prevención de adicciones en el entorno familiar. – Prevención de ludopatías «pares ganan» – Uso responsable de nuevas tecnologías	N.º de centros o entidades que participan en el programa N.º de familias que participan en el programa N.º de centros educativos que participan N.º de familias participantes, N.º de jóvenes que participan, N.º de docentes que participan N.º de iniciativas emprendidas por otras unidades de la CM para la prevención de conductas relacionadas con el uso no responsable de las nuevas tecnologías N.º de publicaciones realizadas por otras unidades de la CM para la promoción del uso responsable de las nuevas tecnologías	DGSP Consejería de Familia, Juventud y Política Social	Informes y publicaciones de las Direcciones Generales de la Comunidad de Madrid implicadas

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 11.4. Implantar intervenciones dirigidas a evitar la actividad innecesaria del sistema sanitario y promover la seguridad del paciente en el campo de la salud mental y las adicciones

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.4.1. Actividades de colaboración con el Área de vulnerabilidad y problemas de salud del ámbito de salud pública para promover la salud mental y fortalecer habilidades de afrontamiento en la vida cotidiana (mapeo de activos en salud en la comunidad...).
- 11.4.2. Despliegue de la línea 7.6 de Salud Mental en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027 del Servicio Madrileño de Salud.

- 11.4.3. Desarrollo de línea 7.6 de salud mental de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027 en cada Servicio o Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental a través del Plan de Seguridad de cada centro.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Actividades de colaboración con Salud pública para promover salud mental y fortalecer habilidades de afrontamiento en la vida cotidiana	N.º de reuniones realizadas Actuaciones de colaboración y conocimiento desarrolladas: (Sí/No)	Central DGSP y ORCSMyA y AP	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Despliegue de la línea 7.6 de Salud Mental en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027 del Servicio Madrileño de Salud	% cumplimiento de actuaciones planificadas en la línea de Salud Mental en el período de vigencia Constitución de grupo de seguridad del paciente e salud mental y adicciones: (Sí/No) Realización de actividades con referentes de SP de los centros: (Sí/No)	Central ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Desarrollo de línea 7.6 de salud mental de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027 en cada Servicio o Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental a través del Plan de Seguridad de cada centro	N.º de objetivos incorporados y en seguimiento en el Plan de Seguridad del centro/N.º de objetivos incluidos en la Estrategia de Seguridad del Paciente 2027*	L o c a l Servicios y Áreas Psiq y SM	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental

* Se tendrán en cuenta todos los objetivos que pueden aplicar a un Servicio de Psiquiatría y Salud Mental en cuanto a riesgo de suicidio, reducción de medidas restrictivas, seguridad en poblaciones vulnerables (TMG, menores en transición discapacidad intelectual, TEA y adicciones) y actuaciones de los responsables de seguridad en el Servicio.

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.

OBJETIVO 11.5. Impulsar la prevención del suicidio con un enfoque de salud pública multisectorial y participativa en la Comunidad de Madrid

Para llevar a cabo este objetivo se desarrollarán las siguientes actuaciones:

- 11.5.1. Coordinación de la elaboración e implementación del Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid con la implicación de diferentes ámbitos de la administración (sanidad, educación, política social, justicia, trabajo, transporte, agricultura) así como de asociaciones y grupos de interés.

- 11.5.2. Avance en la creación de un sistema de vigilancia epidemiológica en suicidio y conducta suicida en colaboración con DG de Salud Pública.
- 11.5.3. Actuaciones relacionadas con la limitación del acceso a los medios.
- 11.5.4. Actuaciones desde Sanidad en relación a la conciencia y conocimiento sobre suicidio.
- 11.5.5. Actuaciones desde Sanidad en la Prevención primaria y secundaria del Suicidio y Promoción de la Salud Mental.
- 11.5.6. Actuaciones de Apoyo y tratamiento.

Actuaciones e indicadores

Para la valoración del cumplimiento del objetivo, se evaluarán las actuaciones a través de los siguientes indicadores:

Actuaciones	Indicadores	Alcance	Fuente
1. Coordinación de la elaboración e implementación del Plan de Prevención del Suicidio de la Comunidad de Madrid	% cumplimiento de actuaciones en la línea 1 del Plan de Prevención del Suicidio en los que participa la ORCSMyA	Central ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
2. Sistema de vigilancia epidemiológica en suicidio y conducta suicida	% cumplimiento de actuaciones en la línea 2 del Plan de Prevención del Suicidio en los que participa la ORCSMyA y la DGSP	Central DGSP y ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
3. Actuaciones relacionadas con la limitación del acceso a los medios	% cumplimiento de actuaciones en la línea 3 del Plan de Prevención del Suicidio en los que participa la ORCSMyA y la DGSP	Central DGSP y ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
4. Actuaciones desde Sanidad en relación a la conciencia y conocimiento sobre suicidio	% cumplimiento de actuaciones en la línea 4 del Plan de Prevención del Suicidio en los que participa la ORCSMyA y la DGSP	Central DGSP y ORCSMyA	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
5. Actuaciones desde Sanidad en la Prevención primaria y secundaria del Suicidio y Promoción de la Salud Mental	% cumplimiento de actuaciones en la línea 5 del Plan de Prevención del Suicidio en los que participa la ORCSMyA y la DGSP	Mixto DGSP y ORCSMyA y Servicios y Áreas Psiq y SM	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA
6. Actuaciones de Apoyo y tratamiento	% cumplimiento de actuaciones en la línea 6 del Plan de Prevención del Suicidio en los que participa la ORCSMyA	Mixto DGSP y ORCSMyA y Servicios y Áreas Psiq y SM	Ficha de seguimiento e informe de evaluación de la ORCSMyA

Documentos y productos finales

- Informes de seguimiento de actividad anual:
 - Registro de indicadores.



6

Implantación, seguimiento y evaluación

Los objetivos y actuaciones establecidos en las diferentes líneas estratégicas se desarrollarán desde el año 2022. En su despliegue efectivo, el Servicio Madrileño de Salud contará con los siguientes elementos para su implantación y monitorización (Figuras 69 y 70):

I. Elementos de la organización para la implantación

Los elementos de la organización para la implantación son los siguientes:

- Comité Operativo de Salud Mental.
- Responsables del despliegue.
- Herramientas de compromiso e incentivación.
- Herramientas de comunicación y difusión.

II. Elementos de evaluación, seguimiento y aprendizaje

Cómo elementos para realizar la monitorización y aprendizaje se utilizarán los siguientes:

- Indicadores.
- Fichas de seguimiento y mapa de seguimiento o cuadro de mando.
- Informes de evaluación.

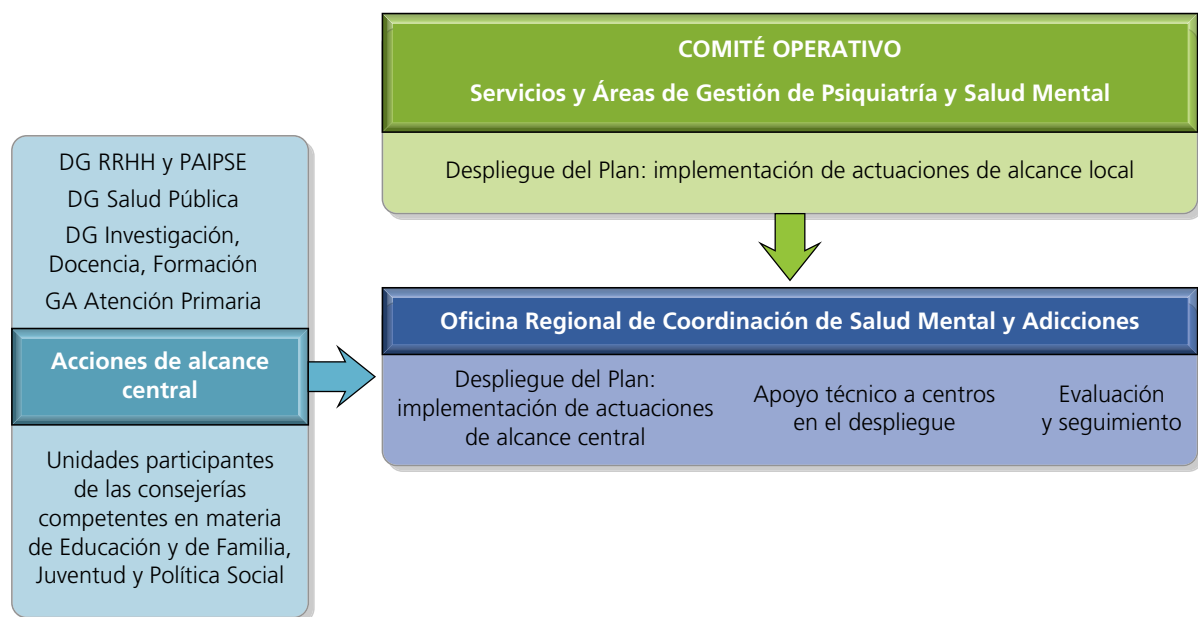


Figura 69. Estructuras para la implantación, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024.

6.1. IMPLANTACIÓN

Para facilitar, realizar y apoyar la implantación, se utilizarán las siguientes estructuras y herramientas:

1. **Comité Operativo de Salud Mental**, como estructura funcional con capacidad operativa para impulsar y coordinar la implantación efectiva de las actuaciones locales, así como la evaluación y seguimiento del Plan.

El COSM estará constituido los responsables de los Servicios y Áreas de Gestión de Psiquiatría y Salud Mental y los responsables de los Centros de Salud Mental.

Sus principales funciones son:

- Priorizar, revisar, apoyar e impulsar las actuaciones establecidas en el Plan Estratégico.
 - Proponer modificaciones en el desarrollo del Plan, pudiendo redireccionar y subsanar posibles carencias en base a los resultados intermedios de seguimiento.
2. **Responsables del despliegue**, con la función de liderar y coordinarse con los participantes en el despliegue efectivo de las actividades del plan. En algunos casos será la propia ORCSMyA la unidad directiva responsable del despliegue de objetivos, especialmente de carácter central y estratégico. La Dirección General de Salud Pública también desarrollará acciones de alcance central, recogidas en la Línea 11 de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales. En el caso de las actuaciones de alcance central que incluyan la participación de la Consejería competente en materia de Educación, será esta la que establezca el órgano o departamento encargado de su implantación o seguimiento, que será responsable asimismo, de facilitar los resultados de la evaluación. No obstante, se considera recomendable la participación del Equipo de apoyo socioemocional (Unidad de convivencia) de la Subdirección General de Inspección Educativa, dada su competencia en materia de promoción de la salud mental y participación en el Comité técnico de Prevención del Suicidio coordinado desde Salud Mental, sin perjuicio de la participación de otros departamentos a criterio de la Consejería. En el caso de las actuaciones de alcance local, serán los responsables de las Gerencias, áreas de Gestión Clínica o Servicios de Salud Mental (como Comité Operativo) los encargados de impulsar el desarrollo de las actuaciones y establecerán las personas, grupos de trabajo, referentes..., que podrán liderar la implantación de las mismas en su área de acción. La ORCSMyA podrá facilitar apoyo y asesoramiento técnico y se encargará de recopilar la información y datos sobre su implantación, necesarios para la evaluación del plan, y de la redacción de los informes de seguimiento y evaluación.
 3. **Herramientas de compromiso e incentivación**. En los objetivos institucionales, a nivel de los centros y gerencias y el documento de objetivos internos a nivel de la ORCSMyA como coordinadora de su implantación se incluirán los que desarrollen esta estrategia de la siguiente forma:
 - En los objetivos institucionales, de forma anual, se incluirán por parte de la ORCSMyA, las actuaciones necesarias para implantar de forma efectiva esta estrategia.

En este sentido su cumplimiento será un elemento a considerar en las posibles incentivaciones derivadas del compromiso de gestión.

- En cuanto a la ORCSMyA, se establecerán objetivos internos que incluirán tanto las actuaciones de su responsabilidad establecidas en este documento, como un análisis y revisión de su cumplimiento, estableciendo las modificaciones que se consideren oportunas para favorecer la implantación efectiva y el cumplimiento de sus diferentes líneas estratégicas.
5. **Comunicación y difusión:** un elemento básico para la implantación efectiva del Plan de Salud Mental y Adicciones es la comunicación y difusión del mismo, tanto a través de los equipos directivos y diferentes responsables y líderes relacionados con la salud mental, como a toda la organización:
- Comunicación directa a los responsables de Psiquiatría y Salud Mental de los Hospitales y de los CSM, a los Gerentes de Hospitales, así como a los responsables de Atención Primaria, SUMMA 112 y DG de Salud Pública, de la puesta en marcha y evaluación de los objetivos relacionados con la misma. En este proceso de comunicación se dará a conocer la priorización temporal de las actuaciones, con objeto de promover su implantación preferente.
 - A los responsables de las entidades y organismos de la Comunidad de Madrid y de otras administraciones públicas con las que se han establecido objetivos de coordinación interinstitucional.
 - Difusión a través de Intranet, e Internet, de manera preferente, en espacios destinados a Salud en los que se incluirá la información relevante sobre la puesta en marcha y seguimiento del Plan.
 - Difusión en Jornadas científico-técnicas relacionadas con la Salud Mental y con la planificación y evaluación de servicios sanitarios.

El **Observatorio de Salud Mental (OSM)** una vez se constituya, como se establece en la actuación 0.1.4.3. de la Línea Estratégica de desarrollo de la organización, tendrá entre sus funciones actuar como órgano de asesoramiento, consulta y evaluación y proponer las bases para el diseño y evaluación de próximos planes de Salud Mental. Tal y como se formula en la actuación relacionada con la constitución del Observatorio, en él participarán de manera efectiva representantes de usuarios y familiares, además de profesionales y otros miembros de la organización.

6.2. EVALUACIÓN, SEGUIMIENTO Y APRENDIZAJE

El seguimiento de las líneas estratégicas del Plan de Salud Mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud 2022-2024 se realizará mediante la evaluación del cumplimiento de las actuaciones a través de los indicadores y, en su caso, de los objetivos institucionales de los contratos programa con los centros asistenciales o marco complementario vinculante. Se tendrá en cuenta, asimismo, la priorización conjunta realizada. En este sentido, a mitad y al final del período de vigencia, se realizará una evaluación de su grado de implantación, y en



las que sea posible, de su efectividad. La evaluación se realizará de acuerdo con la normativa vigente y la regulación establecida por la D.G de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano sobre los sistemas de evaluación de la calidad de los servicios que presta la Comunidad de Madrid.

El sistema de seguimiento se compone de los siguientes elementos:

1. **Indicadores:** la evolución de los diferentes objetivos será monitorizada a través de los indicadores propuestos en el Plan y desarrollados por las responsables del despliegue. Además de estos, podrán proponerse otros indicadores por parte de los responsables del despliegue o bien de los órganos de seguimiento. En el plan quedan definidos los indicadores de ejecución para cada actuación que, en su mayoría, se obtendrán ad hoc para las fichas de seguimiento e informes de evaluación bien de forma centralizada (ORCSMyA y otras unidades participantes de servicios centrales) o bien la Gerencia del centro, Área de Gestión Clínica o Servicio de Salud Mental, cuando se trate de actuaciones de desarrollo local o de proximidad. El alcance de las actuaciones, central o de centro/gerencia, área o servicio viene referido en el presente documento, en cada tabla por objetivo e indicador.
2. **Fichas de seguimiento:** cada línea, con sus objetivos y actuaciones, tendrá una ficha propia de seguimiento que cumplimentará los responsables de su desarrollo. En ella se recogerá la línea estratégica, el objetivo específico, la actuación, el indicador con su fórmula de cálculo y unidad de medida y un apartado de observaciones. También se podrán recoger las actividades intermedias, que establecerá cada unidad responsable para el desarrollo de la actuación. La recopilación de los resultados recogidos en las fichas se plasmará en un mapa de seguimiento del plan.
3. **Informes de seguimiento:** los avances del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones se incluirán en los siguientes tipos de informe:
 - **Informe periódico de seguimiento:** que incluirá el nivel de desarrollo de los objetivos estratégicos y las diferentes actuaciones para su consecución. Cada unidad responsable remitirá a la ORCSMyA las fichas de seguimiento de las actuaciones que le son propias. La ORCSMyA elaborará a su vez un informe, donde recogerá el grado de avance en la implantación de mejoras para el conjunto del Servicio Madrileño de Salud.
 - **Informe Final de Evaluación del Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024:** servirá de base para el análisis de situación del siguiente Plan de Salud Mental.
 - **Informes específicos de seguimiento:** según establezcan los órganos de dirección del Servicio Madrileño de Salud, se realizarán este tipo de informes y en ellos se recogerá la evolución de objetivos concretos del plan y las mejoras parciales que se vayan alcanzando.



Figura 70. Actividades de implantación y evaluación del PSMYA 2022-2024.



7

Participantes

COORDINACIÓN TÉCNICA: OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Desarrollo y elaboración

Mercedes Navío Acosta (*coordinadora*).

Beatriz Baón Pérez (*coordinación técnica*).

Juan Carlos Ansede Cascudo

Juan Manuel Sendra Gutiérrez

Carmen Álvarez del Castillo

Apoyo técnico

Julián Rodríguez Quirós

Consuelo de la Calle Rodríguez

Juan Carlos Duro Martínez

Pilar Caminero Luna

Rosario San Román Carbajo

Ana M^a Fernández-Braso Arranz (MIR Medicina Preventiva y Salud Pública)

Raquel Ruiz Páez (MIR Medicina Preventiva y Salud Pública)

Apoyo administrativo

Quiteria de Miguel

M.^a Paz Martín Sánchez

Adriana Clemente Muñoz

Con la colaboración de:

Jefes de Servicio de Psiquiatría y Jefes de Servicios de Salud Mental del Servicio Madrileño de Salud.

Unidad de Valoración y Orientación al Profesional Sanitario Enfermo a través de Natalia Sartorius, responsable del programa PAIPSE de atención integral al profesional sanitario enfermo de la DG de Recursos Humanos de la Consejería de Sanidad

Dirección General de Salud Pública a través Susana Belmonte Cortés, responsable del Área de Nutrición y Estilos de Vida Saludable, Amparo Miranda Viñuelas, responsable de la Unidad Técnica de Prevención de conductas adictivas y Marta Molina Olivas, Subdirectora, de la Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud.



GRUPOS DE TRABAJO

Grupo de Atención y Rehabilitación de las personas con Trastorno Mental Grave

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
M. ^a Fe Bravo Ortiz	Psiquiatra	H.U. La Paz
Isabel Baldor Tubet	Psicólogo clínico	CSM Centro
David Carnerero Sánchez	Trabajadora social	ECASAM
Agustina Crespo Valencia	Trabajadora social	CSM Puente de Vallecas
Marta de Loresedechea Roldán	Terapeuta ocupacional	H.U. Móstoles
Francisco del Olmo Romero-Nieva	Psiquiatra	Clínica San Miguel
Jose Diéguez Gómez	Psiquiatra	H.U. José Germain
Ana González Rodríguez	Psiquiatra	H.U. La Princesa
Marisa Luna Navarro	Enfermera	CSM Fuenlabrada
Juan Manuel Pastor Haro	Psiquiatra	CSM Fuencarral
Álvaro Rivera Villaverde	Psiquiatra	H.U. Getafe
Abelardo Rodríguez González	Psicólogo clínico	Consejería Familia, Juventud y Política Social
Javier Sanz Calvo	Enfermero	CSM Alcobendas
Antonio M. Villalba Borrueal	Enfermero	CSM Carabanchel
Adriana Sanclemente Gámez	Directora técnica	Federación Salud Mental Madrid
María Sonia San Antonio Sosa	Colabora en primera persona	Asociación ALUSAMEN

Grupo de Atención a la Salud Mental en la Infancia y Adolescencia

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Inmaculada Palanca Maresca	Psiquiatra	H.U. Puerta de Hierro
Miguela Arévalo García-Gasco	Trabajadora	CSM Ciudad Lineal
Victoria Cabellos Velasco	Enfermera	H.U. Niño Jesús
Jose Carlos Espín Jaime	Psiquiatra	H.U. 12 de Octubre
Montserrat Graell Berna	Psiquiatra	H.U. Niño Jesús
Dolores Moreno Pardillo	Psiquiatra	H.U. Sureste
M. ^a Goretti Morón Nozaleda	Psiquiatra	H.U. Niño Jesús
Paula Nasarre Grassa	Enfermera	H.U. 12 de Octubre
Arancha Ortiz Villalobos	Psiquiatra	H.U. La Paz
Diego Padilla Torres	Psicólogo clínico	CSM Majadahonda
Mayelin Rey Bruguera	Psicólogo clínico	CSM Ciudad Lineal
Eva Rivas Cambronero	Psiquiatra	CSM Moratalaz
Alicia Rojo Ibáñez	Trabajadora social	H.U. La Princesa
Nuria Tur Salamanca	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
Carmen Villanueva Suárez	Psicóloga clínica	H.U. Infanta Cristina
Adriana Sanclemente Gámez	Directora técnica	Federación Salud Mental Madrid
Ana Victoria París	Gerente	ASAM

Grupo de Comunicación y coordinación entre Salud Mental y Adicciones y Atención Primaria

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Juan de Dios Molina Martín	Psiquiatra	CSM Villaverde
Sergio Belmonte Sánchez	Enfermero	DA Sureste
Clara Benedicto Subira	Médica de familia	D.G. Salud Pública
Esperanza Calvo García	Médica de familia	CS Cerceda
Esther Chapela Herrero	Psiquiatra	CSM Getafe
Pedro Cuadrado Callejo	Psiquiatra	CSM Villa de Vallecas
David Fraguas Herraiz	Psiquiatra	CSM Centro
Ángel Lucas Sanz	Psiquiatra	CSM Fuenlabrada
Purificación Magán Tapia	Médica de familia	Gerencia de Atención Primaria
Carmen Martínez González	Pediatra	CS Villablanca
Rocío Morote Martínez	Enfermera	CSM Ciudad Lineal
Kenia Lucía Navarro Gallardo	Psicóloga clínica	CS Villa de Vallecas
M. ^a José Planas García de Dios	Trabajadora social	CS Estrecho de Corea
Carolina Andrea Rojas Rocha	Psicóloga clínica	CSM Villaverde
Eva M. ^a Toledano Sacristán	Trabajadora social	Gerencia Atención Primaria

Grupo de Atención a personas con Trastornos del Espectro Autista

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Mara Parellada Redondo	Psiquiatra	H.U. Gregorio Marañón
Margarita Alcamí Pertejo	Psiquiatra	H.U. La Paz
Hilario Blasco Fontecilla	Psiquiatra	H.U. Puerta de Hierro
Leticia Boada Muñoz	Psicóloga clínica	H.U. Gregorio Marañón
Teresa De Santos Moreno	Neuropediatra	H.U. Clínico San Carlos
Silvia Gutiérrez Priego	Psiquiatra	H.U. Niño Jesús
Abigail Huertas Paton	Psiquiatra	H.U. Gregorio Marañón
Nuria Martínez Martín	Psiquiatra	H.U. 12 de Octubre
M. ^a Mercedes Peña Granger	Enfermera	H.U. Gregorio Marañón
M. ^a Mar Rivas Rodríguez	Psicóloga clínica	CSM Chamartín
Sonia Santos Díaz-Pintado	Trabajadora social	H.U. Gregorio Marañón
Lourdes Sipos Gálvez	Psiquiatra	H.U. Gregorio Marañón
José Luis Cabarcos	Neurofisiólogo	Federación Autismo Madrid
Cristina Gutiérrez Ruiz	Psicóloga	PLENA INCLUSIÓN MADRID
Laura Garrido Marijuán	Psicóloga	PLENA INCLUSIÓN MADRID

Grupo de Atención a personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Marina Díaz Marsá	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
Marta de Bordons Bordallo	Trabajadora social	H.U. Niño Jesús
Manuel Durán Cutilla	Psiquiatra	Hospital Gregorio Marañón
Mar Faya Barrios	Psiquiatra	H.U. Niño Jesús
Pedro Fernández de Velasco Casarrubios	Enfermero	UME TCA San Juan de Dios
Ascensión González García	Enfermera	H.U. Santa Cristina
Elena Gutiérrez Álvarez	Psiquiatra	H.U. 12 de Octubre
Jesus Martí Esquitino	Psicólogo clínico	H.U. La Paz
Jesús Padín Calo	Psiquiatra	H.U. Ramón y Cajal
Belén Unzeta Conde	Psiquiatra	H.U. Santa Cristina
Pilar Vilariño Besteiros	Psicóloga clínica	H.U. Santa Cristina
Lucía Villoria Borrego	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
Pepi Aymat Molina	Presidenta Asociación	Adaner
Marian Fernández Arroyo	Psicóloga	Adaner
Isabel Martínez Moreno	Psicóloga	Adaner

Grupo de Atención a personas con Trastornos de la Personalidad

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Fernando Cañas de Paz	Psiquiatra	H.U. Dr. Rodríguez Lafora
Blanca Amador Borrero	Psicóloga clínica	H.U. La Paz
M. ^a José Darder Mayer	Trabajadora social	CSM Colmenar Viejo
Esther De Grado González	Psicóloga clínica	H.U. José Germain
Ángela Iglesias de la Iglesia	Enfermera	H.U. Dr. Rodríguez Lafora
Luis Javier Irastorza Egusquiza	Psiquiatra	CSM Arganda
M. ^a José Martín Vázquez	Psiquiatra	CSM Alcobendas
Ana Montes Montero	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
Raúl Orgaz Morales	Enfermero	C.A. Benito Menni
Carlos Rodríguez Ramiro	Psiquiatra	H.U. Dr. Rodríguez Lafora
Carla Paola Russo Ferrari	Psicóloga clínica	H.U. 12 de Octubre
Pedro Sanz Correcher	Psiquiatra	H.U. 12 de Octubre
Miguel Solano Pares	Psiquiatra	H.U. Infanta Leonor
Paz Villalba Yllán	Psiquiatra	H.U. Príncipe de Asturias
Fernando Sánchez	Psicólogo	AMAI-TLP
Ana Cabadas	Psicólogo	AMAI-TLP

Grupo de Participación, Humanización y lucha contra el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Cristina del Álamo Jiménez	Psiquiatra	H.U. Infanta Cristina
Javier Correas Lauffere	Psiquiatra	H.U. Henares
Sandra Fernández Folgueira	Trabajadora social	Consejería Familia, Juventud y Política Social
Rafael Fernández García-Andrade	Psiquiatra	ECASAM
Patricia Fernández Marín	Psicóloga clínica	H.U. Ramón y Cajal
Charo Luis-Yagüe López	Trabajadora social	CSM Fuencarral
Mónica Morán Rodrigo	Enfermera	CSM Vallecas Villa
Ana Moreno Pérez	Psiquiatra	H.U. Príncipe de Asturias
Carmen Moreno Ruiz	Psiquiatra	H.U. Gregorio Marañón
Pablo Plaza Zamora	Enfermero	Centro San Juan de Dios
Olga San Martín Ruiz	Enfermera	H.U. La Paz
Guadalupe Morales Cano	Directora	Federación Mundo Bipolar
Angélica García Marroquín	Responsable de la Oficina de la Defensa	Federación Salud Mental Madrid

Grupo de Atención a la Salud Mental en las personas mayores. Psicogeriatría

Nombre	Profesión	Lugar de trabajo
Luis Agüera Ortiz	Psiquiatra	CSM Carabanchel
José Antonio Barbado Albaladejo	Enfermero	UHB Severo Ochoa
Beatriz Castaño Albarrán	Trabajadora social	CSM Puente de Vallecas
Helena Díaz Moreno	Psiquiatra	CSM Torrejón
Íñigo Estellés Marcos de León	Psicólogo	DG Atención al Mayor y a la Dependencia. Consejería de Familia, Juventud y Política Social
Paloma Fernández Moreno	Enfermera	UCPP B. Menni
Blanca Franco Lovaco	Psiquiatra	H. Dr. Rodríguez Lafora
Isabel García Ruiz	Trabajadora social	H.U. Dr. Rodríguez Lafora
Teresa González Salvador	Psiquiatra	CSM Majadahonda
Rosa Gutiérrez Labrador	Psiquiatra	CSM Alcobendas
Marta Gutiérrez Rodríguez	Psiquiatra	CSM Móstoles
M. ^a Jesús Maldonado Belmonte	Psicóloga clínica	Hospital Central de la Cruz Roja San José y Santa Adela
Natalia Mesa Rodas	Psiquiatra	CSM Carabanchel
Rosa Molina Ruiz	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
Carmen Moreno Menguiano	Psiquiatra	CSM Móstoles
Teresa Pacheco Tabuenca	Psicóloga	D.G. Coordinación Socio-sanitaria
Amparo Pérez López	Psiquiatra	H.U. Ramón y Cajal
Isabel Ramos García	Psiquiatra	H.U. Clínico San Carlos
Patricia Serranos de Andrés	Fisioterapeuta	H.U. Dr. Rodríguez Lafora

GRUPOS DE PARTICIPACIÓN Y COLABORACIÓN

Asociaciones de usuarios y familiares

Han participado en los grupos de trabajo (como se indica de manera nominal en el apartado anterior):

Federación Salud Mental Madrid:

ABM Asociación Bipolar Madrid

AFAEM-5 Asociación Salud Mental Madrid Norte

AFAEMO Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos Mentales de Moratalaz

AFAEP Asociación de Familiares y Amigos de Enfermos Psíquicos

AFASAME Asociación de Familiares y Afectados de Salud Mental

AFEM Asociación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental

ALUSAMEN Asociación en la Lucha por la Salud Mental y los Cambios Sociales

AMAFE Asociación Madrileña de Amigos y Familiares de Personas con Esquizofrenia

APASEV Asociación pro Ayuda, Salud, Esperanza y Vida

ASAM Asociación de Salud y Ayuda Mutua

ASAV Asociación Salud y Alternativas de Vida

ASAVI Asociación Salud y Vida Sierra Noroeste de Madrid

ASME Asociación Salud Mental Madrid Este

AUSMEM Asociación de Usuarios de Salud Mental de Móstoles

AMAI-TLP Asociación Madrileña de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad

Asociación Psiquiatría y Vida

ADANER Asociación para la defensa de la Atención a la Anorexia Nerviosa

Federación Autismo Madrid

Federación Mundo Bipolar

PLENA inclusión (Discapacidad Intelectual)



Sociedades científicas y Colegios Profesionales

Sociedad Española de Patología Dual.

Sociedad Madrileña de Psicología Clínica.

Sociedad de Psiquiatría de Madrid.

Asociación Madrileña de Salud Mental.

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid.

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de la Comunidad de Madrid.

Colegio Oficial Trabajo Social de Madrid.



8

**Financiación extraordinaria
Plan de Salud Mental
y Adicciones 2022-2024**

8. APROBACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES 2022-2024

Aprobación del Plan por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid



Comunidad de Madrid

FABIO PASCUA MATEO, VICECONSEJERO DE ASUNTOS JURÍDICOS Y SECRETARIO GENERAL DEL CONSEJO DE GOBIERNO.

CERTIFICA:

Que el Consejo de Gobierno, en su sesión de veintiuno de diciembre de dos mil veintidós, a propuesta del Consejero de Sanidad, y según se desprende del Acta provisional correspondiente a la misma, adoptó, entre otros, el Acuerdo cuyo tenor literal es el siguiente:

“Aprobar el Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid 2022-2024, que se incorpora como anexo al presente Acuerdo.”

Lo que se certifica a los efectos oportunos, en Madrid.

Firmado digitalmente por: PASCUA MATEO FABIO ANTONIO
Fecha: 2023.12.21 11:34



*Cuadro resumen de Memoria Económica del Plan de Salud Mental 2022-2024, con informe favorable preceptivo por parte de la Consejería de Economía, Hacienda y Empleo**

	2022	2023	2024	TOTAL
CAPÍTULO I				
Recursos Humanos	6.300.387,41 €	14.999.821,82 €	16.046.418,20 €	37.346.627,43 €
Extra COVID19**	1.792.852,30 €	1.792.852,30 €	1.792.852,30 €	5.378.557 €
CAPÍTULO II				
40 camas de rehabilitación y retorno a la comunidad	1.314.000 €	1.314.000 €	2.628.000 €	5.256.000 €
Campañas de sensibilización y antiestigma y discriminación	100.000 €	100.000 €	50.000 €	250.000 €
Promoción salud mental y prevención conductas adictivas comportamentales	77.863,08 €	77.863,08 €	77.863,08 €	233.589,24 €
TOTAL	9.585.102,79 €	18.284.537,20 €	20.595.133,58 €	48.464.773,57 €

* Esta financiación es adicional a la que representa el presupuesto anual en Salud Mental y Adicciones del Servicio Madrileño de Salud.

** Consolidación de plazas de salud mental en crisis COVID19, además de las propias del Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental COVID19, que se consolidan en Plan 2022-2024.

RECURSOS HUMANOS

Distribución por número de profesionales y año de los recursos humanos incluidos en Capítulo I de la Memoria Económica del Plan de Salud Mental y Adicciones 2022-2024 y extra COVID19:

	2022	2023	2024	Total
Medicina especialistas en Psiquiatría	44	45	11	100
Psicología especialistas en Psicología Clínica	53	23	1	77
FEA (Psiquiatría/Psicología Clínica)	—	35	—	35
Enfermería	42	70	4	116
TCAE	10	—	—	10
Terapia ocupacional	12	—	3	15
Trabajo social	1	8	3	12
Celadores/as	4	—	—	4
Auxiliares administrativos	1	—	—	1
TOTAL	167	181	22	370

BIBLIOGRAFÍA

1. ACAB (2021). Els trastorns de la conducta alimentaria. Què són els TCA? Associació contra l'Anorèxia y la Bulímia. <https://www.acab.org/els-trastorns-de-la-conductaalimentaria/que-son-els-tca/>
2. AEN 2012 Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia, Coordinadora E. Mollejo. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios. 2012
3. Agüera, L Martín M, Sánchez M. Psiquiatría Geriátrica 3 ed. 2021. Elsevier
4. Alonso, J., Vilagut, G., Mortier, P. y cols (2020). Mental Health Impact of the First Wave of COVID-19 Pandemic on Spanish Healthcare Workers: a Large Cross-sectional Survey. Rev. Psiq. Salud Mental. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.12.001>
5. American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians – American Society of Internal Medicine. A Consensus Statement on Health Care Transitions for Young Adults with Special Health Care Needs. Pediatrics. 2002; 110; 1304
6. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder. Washington: *American Psychiatric Press*, 2006.
7. Andriessen K. Suicide bereavement and postvention in major suicidology journals: lessons learned for the future of postvention. Crisis, 2014;35(5):338-48
8. Arango, C. (2015). Guía clínica y terapéutica para primeros episodios psicóticos en la infancia y adolescencia. Centro de Investigación Biomédica En Red de Salud Mental CIBERSAM.
9. Arango C et al. Preventive strategies for mental health. Lancet Psychiatry 2018; 5: 591-604.
10. Arévalo M. La intervención en Salud Mental en el Sistema de Protección de Menores en la CM. Una propuesta de trabajo desde el Centro de Salud Mental de Ciudad Lineal. El derecho a la protección de los niños y niñas en la Comunidad de Madrid. Trabajo Social Hoy. 2009.
11. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Informe sobre la Salud Mental de Niños y Adolescentes. Cuadernos técnicos 14. 2009. Disponible en: <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2014/10/ctecnicos14.pdf>
12. Asociación Española de Neuropsiquiatría. MSSSI. (2013). II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia, 2016, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, & Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria.
13. Auerbach RP, Mortier P, Bruffaerts R, et al. WHO world mental health surveys international college student project: Prevalence and distribution of mental disorders. J Abnorm Psychol. 2018; 127(7): 1-16. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/324532491>
14. Ayuso-Mateos JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V, Sáiz PA, Saiz Ruiz J; Grupo RECOMS. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.). 2012; 5(1):8–23.



15. Ayuso-Mateos JL et al. Estudio de la conducta suicida en la Comunidad de Madrid. 2010. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid-Universidad de Alcalá-Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3Destudio+conducta+suicida+CM.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883657999&ssbinary=true>
16. Babalola O, Gormez V, Alwan NA, Johnstone P, Sampson S. Length of hospitalisation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jan 30;(1)
17. Bachrach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia: what are the boundaries? *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 Supl 407: 6-10.
18. Baler R, Volkow N. Addiction as a systems failure: focus on adolescence and smoking. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50 (4): 329-39
19. Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J. V., Verheul, R., & Andrea, H. Treatment outcome of 18-month, day hospital Mentalization-Based Treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of Personality Disorders*; 2012, 26(4), 568–582. <http://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.568>
20. Bateman, A., & Fonagy, P. 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*; 2008, 165(5), 631-638. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
21. Bateman, A., & Fonagy, P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 1999a, 156(10), 1563-1569. <http://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>
22. Bateman, A., & Fonagy, P. Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*; 2003, 160(1), 169-171. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.169>
23. Bateman, A., & Fonagy, P. Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*; 2009, 166(12), 1355-1364. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
24. Bateman, A., & Fonagy, P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*; 2001, 158(1), 36–42. <http://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.36>
25. Bateman, A. W., Ryle, A., Fonagy, P., & Kerr, I. B. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*; 2007, 19(1), 51-62. <http://doi.org/10.1080/09540260601109422>
26. Baudinet J, Simic M and Eisler I. From Treatment Models to Manuals: Maudsley Single and Multifamily Therapy for Adolescent Eating Disorders. *Handbook of Systemic Approaches to Psychotherapy Manuals* Springer, Cham. 2021. 349-372.
27. Bellón JA, Conejo-Cerón S, Rodríguez-Bayón A, Ballesta-Rodríguez MI, Mendive JM, Moreno-Peral P. Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. *Informe SESPAS* 2020. *Gac Sanit*. 2020; 34:20-6.

28. Bindman J, Beck A, Glover G, et al. Evaluating mental health policy in England. Care programme Approach and Supervised Register. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 327-30.
29. Birchwood M, Singh SP. Mental health services for young people: matching the service to the need. *Br J Psychiatry* 2013;202(Suppl. 54):s1-2)
30. Biskin, R. S. Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2013, 22(3), 230–234.
31. Bo S, Vilmar JW, Jensen SL, Jørgensen MS, Kongerslev M, Lind M, Fonagy P, What works for adolescents with borderline personality disorder: Towards a developmentally informed understanding and structured treatment model, *Current Opinion in Psychology* 37:7-12, February 2021
32. Bourke J, Murphy A, Flunn D, Kells M, Joyce M y Hurley J. Borderline personality disorder: resource utilisation costs in Ireland. *Irish J Psychol Med*, 2021;38:169-176.
33. Bozzatello P, Garbarini C, Rocca P y Bellino S. Borderline personality disorder: Risk factors and early detection. *Diagnostics*, 2021; 11: 2142. <https://doi.org/10.3390/diagnostics11112142>
34. Bravo Ortiz, MF. “Rehabilitación psiquiátrica y orientación a la familia. Manual de Psiquiatría. Ed. Palomo T y Jimenez Arriero MA. 2009. Ene Life Ediciones ISBN 978-84-691-8569-8 Páginas 869-887
35. Bravo Ortiz MF. Trastornos psicóticos: Tratamientos psicosociales. En: Roca Bennasar M. Coordinador. Trastornos psicóticos. Barcelona: Ars Medica; 2007: 821-53.
36. Brimblecombe N. Developing intensive home treatment services: problems and issues. En: Brimblecome N (ed). *Acute mental health care in the community. Intensive home treatment*. Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001; 187-210.
37. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*. mayo de 2018; 50:83-108.
38. Calderón Gómez C, Mosquera Metcalfe I, Balagué Gea L, Retolaza Balsategui A, Baciagalupe de la Hera A, Belaunzaran Mendizabal J, et al. Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y retos metodológicos de una meta-revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. febrero de 2014; 88 (1):113-33.
39. Carlisle, C. E., Mamdani, M., Schachar, R., & To, T. Aftercare, emergency department visits, and readmission in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 2012, 51(3). <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.12.003>
40. Cátedra de Psiquiatría Infantil. Fundación Alicia Koplowitz-UCM. Libro Blanco de la Psiquiatría del Niño y el Adolescente. 2014. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dlibro blanco.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352858108951&ssbinary=true>
41. Centro de Investigaciones Sociológicas, CIS. Encuesta sobre la salud mental de los/as españoles/as durante la pandemia de la COVID-19. Número de estudio 332. Fecha 19 de febrero de 2021. Disponible en: http://www.cis.es/cis/opencm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=14551

42. Chamberlin J. User/consumer involvement in mental health service delivery. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2005; 14 (1):10-14.
43. Chiesa M, Fonagy P. Residential vs community treatment of personality disorders: a comparative study of three treatment programs. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1463-1470.
44. Choi-Kian LW, Albert EB y Gunderson JG. Evidence-based treatments for borderline personality disorders: Implementation, Integration and stepped care. *Hard Rev Psychiatry*, 2016; 24(5):342-56.
45. Cole MG. Can geriátrica psychiatry services make a difference?. *Int Psychogeriatr* 1998; 10; 349-350.
46. Comisión Consultiva de Cuidados de Salud Mental. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Servicio Madrileño de Salud. Manual de Procedimientos de enfermería de salud mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid.2022. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050728.pdf>
47. Comisión de las Comunidades Europeas, 2005. Libro Verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental.
48. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2015. Observaciones Unidas CRPD/C/EU/CO/1 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2 de octubre de 2015 Observaciones finales sobre el informe inicial de la Unión Europea. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/226/58/PDF/G1522658.pdf?OpenElement>
49. Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2019. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 9 de abril de 2019. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhs1xq2MulDp%2FqMKQ6SGOn0%2FM2iqPHauvLINGLuCsnFfZ4vRELH5%2FNh4FYriSa2QosgWlomBNlf3lidy8dmP2sajaD4jyCm5OYfQAamFv1l%2F5o>
50. Comunidad de Madrid. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/wleg_pub/secure/normativas/contenidoNormativa.jsf;jsessionid=D1AD9176087149734DC1DB-8F6F5E56B2.p0323335?opcion=VerHtml&nmnorma=403&cdestado=P#no-back-button
51. Comunidad de Madrid 2010. Plan Estrategico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid 2010. Available from: http://www.madrid.org/cs/satellite?c=pts_a_multimedia_fa&cid=1142585103457&pagename=portalsalud%2fpts_a_multimedia_fa%2fpts_a_enlaces
52. Comunidad de Madrid, 2007. Pacto social contra la Anorexia y la Bulimia. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/pacto_social_contra_tca.pdf
53. Comunidad de Madrid. Pacto Social de la Comunidad de Madrid contra los trastornos del comportamiento alimentario: la anorexia y la bulimia 2007. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheadervalue1=filename%3DPACTO+ANOREXIA.pdf&blobwhere=1158620171328&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf>
54. Comunidad de Madrid. Declaración de Madrid contra el estigma y la discriminación de las personas con enfermedad mental. 2011. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142635733039&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal

55. Comunidad de Madrid. Estrategia de Inclusión Social de la Comunidad de Madrid 2016- 2021. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM013999.pdf>
56. Comunidad de Madrid. Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud. Portal de la salud Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354183538063&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_servicioPrincipal&vest=1354183538063
57. Consejería de Economía e Innovación Tecnológica de la Comunidad de Madrid; Universidad Complutense de Madrid. Atlas de la comunidad de Madrid en el umbral del siglo XXI. Imagen socioeconómica de una región receptora de inmigrantes. 2002. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadernamel=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DAtlas+de+la+CM.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352859524802&ssbinary=true>
58. Consejería de Economía, Empleo y Hacienda de la Comunidad de Madrid. Atlas Estadístico de la Comunidad de Madrid. 2015: 27. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/general/territorio/descarga/atlasestadistico15.pdf>
59. Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid. Actividades de Sensibilización Social y Lucha contra el Estigma. Resumen y Balance 2019. Julio de 2021. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050409.pdf>
60. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. DG de Juventud. Guía de padres. Nuevas Tecnologías. 2021. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/juventud/cuidate-guia_padres_nuevas_tecnologias.pdf
61. Consejería de Familia, Juventud y Política Social. DG de Juventud. Estudio sobre el impacto socioeconómico del COVID-19 en la población joven de la Comunidad de Madrid. 2022. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/juventud/cd-estudio-impacto-covid-juventud.pdf>
62. Consejería de Sanidad - D. G. de Humanización y Atención al Paciente. Guía de acogida Centros de Salud Mental. Publicación en línea Madrid, 2018. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020251.pdf>
63. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid 2010. Plan Estrategico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2010-2014. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/satellite?c=ptsa_multimedia_fa&cid=1142585103457&pagename=portalsalud%2Fptsa_multimedia_fa%2Fptsa_enlaces
64. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2016. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/881_232_bvcm017902_0.pdf
65. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan de Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental 2003-2008. Disponible en: [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadernamel=Content-disposition&blobheadervalue1=filename%3DPlan+de+Salud+Mental+0308.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158629122962&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadernamel=Content-disposition&blobheadernam2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPlan+de+Salud+Mental+0308.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1158629122962&ssbinary=true)
66. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Seguridad del Pacientes del Servicio Madrileño de Salud 2015-2020. 2015. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354517872086&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura

67. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2018. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>
68. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Subdirección general de vigilancia en salud pública. Dirección general de salud pública. Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas. Año 2019
69. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. 2021. Evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-20. Documento interno, en proceso de publicación en web.
70. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Subdirección general de vigilancia en salud pública. Dirección General de Salud Pública. Características de los pacientes incluidos en el registro acumulativo de drogodependientes (RAD). Año 2020.
71. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Subdirección general de vigilancia en salud pública. Dirección General de Salud Pública. Encuesta Sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias. ESTUDES. Año 2021
72. Consejería De Sanidad de la Comunidad de Madrid. 2022. Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud 2027. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM050736.pdf>
73. Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Marzo de 2017. Disponible en: <https://amsmblog.files.wordpress.com/2017/07/informe-del-relator-de-la-onu.pdf>
74. Consejo de la Unión Europea. Conclusiones del Consejo de 2 de junio de 2003 sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación con la enfermedad mental. Diario Oficial de la Unión Europea (2003/C 141/01), 17 de junio de 2003. Disponible en: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003XG0617\(01\)&from=ES](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52003XG0617(01)&from=ES)
75. Crespo-Facorro B, Bernardo M, Argimon JM, Arrojo M, Bravo-Ortiz MF, Cabrera-Cifuentes A, Carretero-Román J, Franco-Martín MA, García-Portilla P, Haro JM, Olivares JM, Penadés R, Del Pino-Montes J, Sanjuán J, Arango C. Effectiveness, efficiency and efficacy in the multidimensional treatment of schizophrenia: Rethinking Project. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2017 Jan - Mar; 10(1):4-20.
76. Cvinar JG. Do suicide survivors suffer social stigma. A review of the literature. *Perspect Psychiatr Care*, 2005; 41:14-21
77. Daniel, S. S., Goldston, D. B., Harris, A. E., Kelley, A. E., & Palmes, G. K. Review of literature on aftercare services among children and adolescents. *Psychiatric Services*; 2004, 55(8), 901-912. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.55.8.901>
78. Delgado, C. (2015). *Atrapa: Acciones para el Tratamiento de la personalidad en la adolescencia*. (Centro de). Madrid.
79. Després Del Suicidi--Associació De Supervivents [internet] Disponible en: <http://www.despresdelsuicidi.org/>
80. Devescovi R, Monasta L, Mancini A, Bin M, Vellante V, Carrozzi M, et al. Early diagnosis and Early Start Denver Model intervention in autism spectrum disorders delivered in an Italian Public Health System service. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016; 12: 1379-84.

81. Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 1. Art. No.: CD007906.
82. Draper B. The Effectiveness Of Old Age Psychiatry Services *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 4; 576-692.
83. European Comission, 2005. Libro verde. Mejorar la Salud Mental de la Población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de Salud Mental. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
84. European Comission, 2008. Pacto europeo para la salud mental y el bienestar. Conferencia de alto nivel de la Unión Europea 2008. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_es.pdf
85. European Comission, 2017. Draft Horizon 2020 Work Programme 2016-2017 in the área of Health, demographic and well-being. Disponible en: http://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/wp/2016_2017/main/h2020-wp1617-health_en.pdf
86. European Union, 2021. European Parliamentary Research Service. Mental Health and the pandemic.
87. European Joint Action on Mental Health and Well-being Situation analysis and recommendations for action. (2013-2016). <https://mentalhealthandwellbeing.eu/publications/>
88. European Joint Action on Mental Health and Well-being. TOWARDS COMMUNITY-BASED AND SOCIALLY INCLUSIVE MENTAL HEALTH CARE. Situation analysis and recommendations for action. https://ec.europa.eu/health/system/files/2019-02/2017_towardsmhcare_en_0.pdf
89. European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing, 21 - 22 January 2016. https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/oth.r/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf
90. European Regions Enforcing Actions Against Suicide EUROGENAS [internet] Directrices Generales para la Prevención del suicidio (Directrices éticas, Prevención en los entornos escolar y laboral, Recomendaciones Medios de Comunicación). Disponible en: www.euregenas.es/index.php/euregenas/2013-11-29-08-16-03
91. Eurostat. Regional yearbook, 2015. Disponible en: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/7018888/KS-HA-15-001-EN-N.pdf>
92. Fahy AE, Stansfeld SA, Smuk M, Smith NR, Cummins S, Clark C. Longitudinal Associations Between Cyberbullying Involvement and Adolescent Mental Health. *J Adolesc Health*. 2016; 59(5): 502-509. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27528471>
93. Fernández-Aranda, F. Eating Disorders during the COVID-19 Pandemic. *European Eating Disorders Review*. 25 september 2020.
94. Fernández-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., y Menchón, JM. COVID-19 and implications for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 2020; 28(3), 239.
95. Fernández Rivas, A. Anorexia nerviosa del adolescente y COVID-19: la pandemia colateral, *Revista Española de Endocrinología pediátrica*; 2021, 12, (2).
96. Ferrer, M., Prat, M., Calvo, N., & Andiñ, Ó. Prevención del trastorno límite de la personalidad del adulto tratamiento de los adolescentes con síntomas límites. *Revista de Psicopatología Y Salud Mental Del Niño Y Del Adolescente*; 2013, 4(22), 65-70. Retrieved from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4527641>

97. Fleischmann A. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ.* 2008; 86(9):703-9. <https://doi.org/10.2471/BLT.07.046995>
98. Fossati, A. Borderline personality disorder in adolescence: Phenomenology and construct validity. In *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* 2014. 19–34. http://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1_3
99. Foster, E. M. Do aftercare services reduce inpatient psychiatric readmissions? *Health Services Research.* 1999; 34(3), 715–36.
100. Foster, E. M. Is more better than less? An analysis of children's mental health services. *Health Services Research,* 2000; 35(5 Pt 2): 1135–58.
101. Fundación HUMANS. 2020. Humanización en Salud Mental. Disponible en: <https://fundacionhumans.com/wp-content/uploads/2020/02/informe-humanizacion-en-salud-mental.pdf>
102. Galea S, Merchant Raina M, Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. : The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med.* 2020; 180(6):817-818. [doi: 10.1001/jamainternmed.2020.1562](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.1562)
103. García Ibáñez J. Grupo de trabajo sobre los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Generalitat de Catalunya. Recomendaciones para la atención de los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. *Quaderns de Salut Mental.* 2004
104. García-Ríos, C.A., y García-Ríos, V.E. Trastornos de la conducta alimentaria en población infantil durante la pandemia de COVID-19. *Dominio de las Ciencias;* 2021, 7(3), 1353-1363.
105. Gartlehner G, Crotty K, Kennedy S, Edlund MJ, Ali R, Siddiqui M, Fortman R. Wines R, Persad E y Viswanathan M. Pharmacological treatments for borderline personality disorders: A systematic review and meta-analysis. *CNS Drugs,* 2021; 35:1053-1067.
106. Geller JL. The last half-century of psychiatric services as reflected in psychiatric services. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 41-67.
107. Geralda T, Valdez C, Edith O, Gamez, 2020 prevalencia del trastorno del espectro autista: una revisión de la literatura.
108. GETEA (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista) ISCIII. 2004 Situación Actual de la Investigación de los TEA en España y futuros planes de actuación (2002-20).
109. Gili M, Roca M, Stuckler D, Basu S, McKee M. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health.* 2013; 23: 103-8.
110. Gold J. Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers. *BMJ* 2020;369:m1815. [doi: 10.1136/bmj.m1815](https://doi.org/10.1136/bmj.m1815) (Published 5 May 2020).
111. Goffman, I. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity.* 1963. London. Penguin Books.
112. Gómez Beneyto M, et al. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud.* Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
113. González Torres MA, Mirapeix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Psiquiatría.com* 2006;10(1). Disponible

- en: <https://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?artid=6031&idrev=1&idvol=73&pag=>
114. Glover G, Arts G, Babu KS. Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 441- 5.
 115. Graell, M.; Morón-Nozaleda G; Camarneiro R; Villaseñor A; Yáñez Muñoz R; Martínez-Núñez B; Miguélez-Fernández C; Muñoz M; Faya M. Children and adolescents with eating disorders during COVID-19 confinement: Difficulties and future challenges. *European Eating Disorders Review*; 2020; Nov, Vol 28.
 116. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2.
 117. Gunderson JG. Trastorno límite de la personalidad: guía clínica. Barcelona, Ars medica. 2002.
 118. Haripersad, YV., Kannegiesser-Bailey, M., Morton, K., Skeldon, S., Shipton, N., Edwards, K., ... y Martin, A.C. Outbreak of anorexia nervosa admissions during the COVID-19 pandemic. *Archives of Disease in Childhood*; 2021, 106(3), e15-e15.
 119. Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. «Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study». *Medicina Clinica*. 2006; 126. (12): 445-451
 120. Hart, J. R., Venta, A., & Sharp, C. Attachment and thought problems in an adolescent inpatient sample: The mediational role of theory of mind. *Comprehensive Psychiatry*. 2017; 78: 38-47. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.002>
 121. Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Townsend, E., Hazell, P. Interventions for self-harm in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2015, 12(12).
 122. Henggeler SW, Rowland MD, Randall J, Ward DM, Pickrel SG, Cunningham PB, Miller SL, Edwards J, Zealberg JJ, Hand LD, Santos AB. Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis: clinical outcomes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Nov; 38(11):1331-9.
 123. Herpertz-Dahlmann, B; Borzi Kowsky C; Altdorf S; Heider K; Dempfle A; Dahmen B. Therapists in action. Home Treatment in adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*. Jun 2020.
 124. Hill, A., Zuckerman, K., & Fombonne, E. . Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. En M. Robinson-Agramonte, *Translational Approaches to Autism Spectrum Disorder*. 2015: 12-38.
 125. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Memoria del Servicio. 2015. Disponible en. http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142662634860&language=es&pagename=HospitalGregorioMarañon%2FPage%2FHGMA_ServiciosPrincipal#
 126. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (23 de febrero de 2021). El Hospital Niño Jesús registra un 20% más de ingresos por trastornos de conducta alimentaria. Noticias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.>

[madrid/hospital/ninojesus/noticia/hospital-nino-jesusregistra-20-ingresos-trastornos-conducta-alimentaria](#)

127. Hospital Niño Jesús. Servicio de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Memoria del Servicio. 2015
128. Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Memoria 2020 Unidad de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño y el Adolescente. Servicio de Psiquiatría.
129. Houvenagle F. Clinician's Guide To Partial Hospitalization and Intensive Outpatient Practice. New York, NY: Springer Publishing Company; 2015.
130. Howard L M, Piot P, Stein A. No health without perinatal mental health. Lancet. 2014; 384(9956): 1723-1724.
131. Howlin P. Outcomes in autism spectrum disorders. In: Volkmar FR KA, Paul R, Cohen DJ, editor. Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. 3rd. ed. Hoboken, NJ Wiley; 2005.
132. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10.
133. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Interim Briefing Note addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak Version 1.5. February 2020.
134. Insel T. Translating scientific opportunity into public health impact. Arch Gen Psychiatry 2009; 66: 128-133.
135. Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid. Estadística de padrón continuo de la Comunidad de Madrid. 2015:19 Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/fijas/estructu/demograficas/padron/descarga/pc15cu.pdf>
136. Instituto Nacional de Estadística. Spanish Statistical Office [base de datos en internet]. Madrid Disponible en: <http://www.ine.es/>
137. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) año 2020. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175
138. INE (26 de abril de 2021). Encuesta Europea de Salud en España (ESEE). Año 2020. [Nota de prensa]. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: www.infocoponline.es/pdf/eese_2020.pdf
139. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Nacional de Salud (ENSE) año 2017. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&secc=1254736195650&idp=1254735573175
140. Instituto Nacional de Estadística (INE). Estadística de defunciones según causa de muerte año. [Web]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=resultados&idp=1254735573175
141. Infocop (2021). La necesidad de prevenir y abordar de forma temprana los trastornos de la alimentación. https://www.infocop.es/view_article.asp?id=18486
142. BOE. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. núm. 96, de 21 de abril de 2008, páginas 20648 a 20659 Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/ai/2006/12/13/(1)/con)

143. Jacobs R, Barrenho E. Impact of crisis resolution and home treatment teams on psychiatric admissions in England. *Br J Psychiatry* 2011 Jul; 199(1):71-6.
144. Jiménez, E. & cols. (2016): Riesgos y oportunidades en internet y uso de dispositivos móviles entre menores españoles (2010-2015). [Red.es-EHU](#)
145. Joint Action in Mental Health and Wellbeing. 2013. Accesible en: <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action>
146. Josep M Haro, Concepció Palacín, Gemma Vilagut, Montse Martínez, Mariola Bernal, Inma Luque, Miquel Codony, Montse Dolz, Jordi Alonso. «Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study». *Medicina Clínica*. 2006. 126 (12). 445-451
147. Johnson S. Crisis resolution and intensive home treatment teams. *Psychiatry*; 2007; 6: 339-342.
148. Johnson 2013. Crisis resolution and home treatment teams: an evolving model *Advances in psychiatric treatment*. 2013; 19: 115-123.
149. Joyce, V. W., King, C. D., Nash, C. C., Lebois, L. A. M., Ressler, K. J., & Buonopane, R. J. Predicting Psychiatric Rehospitalization in Adolescents. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*; 2019, 46(6), 807-820.
150. Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, Mueser KT, Penn DL, Rosenheck RA et al. Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis: 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry*. 2016; 173(4):362-72.
151. Kang L et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 2020 Mar; 3(3): e203976. Published online 2020 Mar 23. [doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976)
152. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Ustün TB, Wang PS. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009; 18(1): 23-33. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19378696>
153. Kessler RC, Ustun B. The WHO world mental health surveys. Global perspectives of mental health surveys. Cambridge University Press, New York, First Edition, 2008.
154. Knapp M. Health Economics. En Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E and Thapar A. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Fifth Edition. Blackwell Publishing Ltd. Oxford, UK. 2008: 123-133.
155. Knapp M, McDaid D, Parsoage M. Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention. The Economic Case. Department of Health, London Ed. 2011.
156. Kogan MD, Strickland BB, Blumberg SJ, Singh GK, Perrin JM, van Dyck PC. A national profile of the health care experiences and family impact of autism spectrum disorder among children in the United States, 2005-2006. *Pediatrics*. 2008;122 (6):e1149-58.
157. Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age: A critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological Bulletin*. 2014; 140(4): 1073-1137. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0035618>, (50)
158. Krauss MW, Gulley S, Sciegaj M, Wells N. Access to specialty medical care for children with mental retardation, autism, and other special health care needs. *Mental retardation*. 2003; 41 (5):329-39.

159. Kwok, K.H.R., Yuan, S.N.V. and Ougrin, D. Review: Alternatives to inpatient care for children and adolescents with mental health disorders. *Child Adolesc Ment Health*; 2016, 21: 3-10. <https://doi.org/10.1111/camh.12123>
160. Lai MC, Kasse C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, Szatmari P, Ameis SH Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2019 Oct;6(10):819-829.
161. Lalucat, L; Casalé, D, Catalá, A; Ciutat, A, San Emeterio, M; Teixidó, M & Villegas, F. Plan integral de atención al trastorno mental severo en la comunidad: dispositivos, programas y servicios. In *Atención Comunitaria, Rehabilitación y Empleo. II Congreso de Rehabilitación en Salud Mental*. 2013 (pp. 269-288).
162. Lamb, Clare E Alternatives to admission for children and adolescents: providing intensive mental healthcare services at home and in communities: what works?, *Current Opinion in Psychiatry*: July 2009 - Volume 22 - Issue 4 - p 345-350. [doi: 10.1097/YCO.0b013e32832c9082](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32832c9082)
163. Lamb HR. Desinstitutionalization at the crossroads. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 941-5.
164. Lana Moliner F, González Torres MA, Mirapeix C. Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de personalidad. *Psiquiatría.com*, 2006; 10(1). https://psiquiatria.com/article.php?ar=tr_personalidad_y_habitos&wurl=niveles-asistenciales-y-requisitos-organizativos-en-el-tratamiento-de-los-trastornos-de-personalidad
165. Lasa-Zulueta A, Jorquera-Cuevas C, Solana-Azurmendi B, Del Arco-Heras S. Evaluación de la calidad asistencial en el SNS de los trastornos mentales graves en la infancia. *Estudio en salud mental infanto-juvenil*. 2014.
166. Laurensen, E. M., Smits, M. L., Bales, D. L., Feenstra, D. J., Eeren, H. V, Noom, M. J., ... Verheul, R. Day hospital Mentalization-based treatment versus intensive outpatient Mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: protocol of a multicentre randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*; 2014, 14(1), 1–12. <http://doi.org/10.1186/s12888-014-0301-0>
167. Lev-Ran S, Imtiaz S, Rehm J Le Foll B. Exploring the association between life time prevalence of mental illness and the transition from substance use to SUD: results from the NESARC. *The American J of Addictions*. 2013;22 (2):93-8.
168. Lock et al. *Treatment Manual for Anorexia Nervosa. A Family based approach*. The Guilford Press, Londres, 2001.
169. López-Castroman J, Baca-García E, Oquendo M. A.Trastorno bipolar: ¿qué efecto tiene el cumplimiento terapéutico en el riesgo de conductas suicidas? *Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona)*, 2009; 2: 42-48
170. Lord C, Charman T, Havdahl A, Carbone P, Anagnostou E, Boyd B, Carr T, de Vries PJ, Dissanayake C, Divan G, Freitag CM, Gotelli MM, Kasari C, Knapp M, Mundy P, Plank A, Scahill L, Servili C, Shattuck P, Simonoff E, Singer AT, Slonims V, Wang PP, Ysraelit MC, Jellet R, Pickles A, Cusack J, Howlin P, Szatmari P, Holbrook A, Toolan C, McCauley JB. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *Lancet*. 2022 Jan 15;399(10321): 271-334.
171. Lordo DN, Bertolin M, E LS, Keith C, Braddock B, Kaufman DA. Parents Perceive Improvements in Socio-emotional Functioning in Adolescents with ASD Following Social Skills Treatment. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016. Epub 2016/11/22.

172. Luxton DD, June JD, Comtois KA. Can postdischarge follow-up contacts prevent suicide and suicidal behaviour? A review of the evidence. *Crisis*. 2013; 34(1):32-41.
173. [Madrid.org](http://intranet.madrid.org/csedicion/Satellite?cid=1354398844851&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354398844851) [internet] Prevención de la Depresión y el Suicidio. Comunidad de Madrid. Disponible en: http://intranet.madrid.org/csedicion/Satellite?cid=1354398844851&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1354398844851
174. [Madrid.org](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1152602564936&language=es&pagename=HospitalJoseGermain%2FPage%2FHGER_pintarContenidoFinal). [Internet] Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación (UHTR) de la Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1152602564936&language=es&pagename=HospitalJoseGermain%2FPage%2FHGER_pintarContenidoFinal
175. [Madrid.org](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354298732115&language=es&pageid=1155722722619&pagename=HospitalRodriguezLafora%2FCM_Actualidad_FA%2FHFAF_pintarActualidad). [Internet]. Unidad de Trastornos de la Personalidad de la Comunidad de Madrid. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354298732115&language=es&pageid=1155722722619&pagename=HospitalRodriguezLafora%2FCM_Actualidad_FA%2FHFAF_pintarActualidad
176. Manifiesto de Oviedo contra el Estigma en Salud Mental. Oviedo; 2011. Disponible en: <https://www.bioeticadesdeasturias.com/wp-content/uploads/2013/07/Manifiesto-contra-el-estigma-en-salud-mental.pdf>
177. Massa Domínguez B. La hospitalización a domicilio en el siglo XXI. *Hosp Domic*. 2017;1(1):7-9
178. Mateos R. Asistencia en psiquiatría geriátrica, de la teoría a la praxis. En Agüera L, Martín, M, Cervilla J: «Psiquiatría Geriátrica 2 ed» 2006; 909-945. Elsevier.
179. McGorry P, Dodd S, Purcell R, Yung, Thompson A, Goldstone S, Killackey E. Australian Clinical Guidelines For Early Psychosis © Orygen. The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, 2016.
180. McGorry PD. Early Intervention in Psychosis Obvious, Effective, Overdue. *The Journal of Nervous and Mental Disease*; 2015, 203 (5).
181. Melendo Granados JJ, Cabrera Ortega C. Guía Clínica para el trastorno límite de la personalidad (para profesionales). Madrid, IM&C. 2009
182. Meltzer-Brody S, Brandon A, Pearson B, Burns L, Raines C, Bullard E, Rubinow D. Evaluating the clinical effectiveness of a Specialized Perinatal Psychiatry Inpatient Unit. *Arch Women Ment Health*. 2014; 17(2):107-113
183. Mental Health Europe. From Exclusion to Inclusion- The way forward to Promoting Social Inclusion of People with Mental Health Problems in Europe 2008. Edición parcial de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES). 2009. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Delaexclusionalainclusion.pdf>
184. Miller, A.L; Rathus, J.H & Linehan, M. (2007). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York.
185. Ministerio de Sanidad. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP). <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
186. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026 [Internet]. 2022 Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>

187. Ministerio de Sanidad. 2017. Portal Estadístico. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Medicamentos. [Web]. Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/C/base-de-datos-de-clinicos-de-atencion-primaria-bdcap/medicamentos>
188. Ministerio de Sanidad. 2020. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. [Web]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/home.htm>
189. Ministerio de Sanidad, 2020. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria 2017. BDCAP Series 2. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf
190. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. BOE, núm. 2019; 109:48652-48670.
191. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España. 2006. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>
192. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2011. 2012. <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
193. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta suicida. 2011b. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
194. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. 2011a. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
195. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, Estudio e Investigación. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. 2013. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/pdf/II_PLAN_ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf
196. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf
197. Ministerio de Sanidad 2022. El Plan de Acción sobre Adicciones 2021-24.
198. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05.
199. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de salud 2006. (2007). Disponible en: https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
200. Molina JD, Benavente López S, Andrés Prado MJ, Pérez Ros Y, Rubio Valladolid G, Rodríguez-Jiménez R. Diagnostic concordance between Primary Care and Mental Health. Actas Esp Psiquiatr. 2021; 49(4):129-34.

201. Monteleone, A. M., Cascino, G., Marciello, F., Abbate-Daga, G., Baiano, M., Balestrieri, M., Barone, E., Bertelli, S., Carpiniello, B., Castellini, G., Zeppegno, P., & Monteleone, P. Risk and resilience factors for specific and general psychopathology worsening in people with Eating Disorders during COVID-19 pandemic: a retrospective Italian multicentre study. *Eating and Weight Disorders*. (2021). <https://doi.org/10.1007/s40519-020-01097-x>
202. Morandé G. Graell Berna M, Trastornos de la Conducta Alimentaria en Adolescentes. Indicación Terapéutica. En: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad Un enfoque integral. En Morandé, G.; Graell, M.; Blanco, MA. Madrid: Panamericana; 2014. p. 197-200.
203. Moreno C, Paniagua C, Rivera F et al. Adolescentes adoptados: análisis de sus estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/fr/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2014/HBSC2014_AdolescentesAdoptados.pdf
204. Moreno, FJ., Benitez, N, Pinto, B., Ramallo, Y., Díaz, C. Prevalencia de los TCA en España. Necesidad de revisión. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*; 2019, 23,10-131.
205. Moreno MC. Muñoz MV, Pérez PJ, Sánchez I. Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002) 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>
206. Mötteli S, Jäger M, Hepp U, Wyder L, Vetter S, Seifritz E, Stulz N. Home Treatment for Acute Mental Healthcare: Who Benefits Most? *Community Ment Health J*. 2021 Jul;57(5):828-835.
207. Murphy S, Irving CB, Adams CE, Driver R. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;5:CD001087.
208. National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Borderline personality disorder: recognition and management. Clinical guideline. 2009. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
209. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Implementing the early intervention in psychosis access and waiting time standard: Guidance. NHS England Publications; 2016. Gateway Reference 04294. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/mentalhealth/wp-content/uploads/sites/29/2016/04/eip-guidance.pdf>
210. Naciones Unidas, 2006. Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
211. Naciones Unidas. Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible. Objetivos de Desarrollo Sostenible. 2015.
212. Naciones Unidas, 2015. Observaciones Unidas CRPD/C/EU/CO/1 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2 de octubre de 2015 Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Observaciones finales sobre el informe inicial de la Unión Europea. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/226/58/PDF/G1522658.pdf?OpenElement>

213. Naciones Unidas, 2019. Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 9 de abril de 2019. <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhs1xq2MulDp%2FqMKQ6SGOn0%2FM2iqPHauvLINGLuCsnFfZ4vRELH5%2FNh4FYriSa2QosgWlomBNlf3lidy8dmP2sajaD4jyCm5OYfQAamFv1l%2F5o>
214. NIMH, 2020. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
215. NIMHE. Crisis resolution and home treatment. NIMHE West Midlands. Worcestershire B97 4DE.
216. NHS 2018. <https://www.gov.uk/government/publications/severe-mental-illness-smi-physical-health-inequalities/severe-mental-illness-and-physical-health-inequalities-briefin>
217. Organización de Naciones Unidas, 2006. Convención Internacional de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad hecho en Nueva York de 2006.
218. OECD. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies. 2014.
219. OECD/EU (2018). Chapter 1: Promoting mental health in Europe: Why and how? In: Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing. Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
220. OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
221. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM). Comunidad de Madrid. Documento Base para la Elaboración del Plan de Salud Mental. 2017. [Documento Interno]
222. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA). Guía de Actuaciones en psiquiatría, salud mental y apoyo psicosocial. Abril 2020. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050277.pdf>
223. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones (ORCSMyA). Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental en la crisis COVID19. Junio 2020. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050142.pdf>
224. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Informe de evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental 2010 - 2014. 2016. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-disposition&blobheadervalue2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DEVALUACION+DEL+PLAN+ESTRATEGICO+DE+SALUD+MENTAL+2010-2014.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352906783373&ssbinary=true
225. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM) de la Comunidad de Madrid. Recomendaciones para el Programa de Continuidad de Cuidados de Niños y Adolescentes. Una propuesta de trabajo en los Equipos de Salud Mental infanto-Juvenil. 2014. [Documento Interno]
226. Oliva J, González B, Barber P, Peña-Longobardo LM, Urbanos RM, Zozaya N. El impacto de la Gran Recesión en la salud mental en España. Informe SESPAS 2020, Gaceta Sanitaria. 2020 34, (1): 48-53.

227. Olivera J, Benabarre S, Lorente T, Rodríguez M, Pelegrín C, Calvo JM, Leris JM, Idáñez D, Arnal S. Prevalence of psychiatric symptoms and mental disorders detected in primary care in an elderly Spanish population. The PSICOTARD Study: preliminary findings. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008 Sep; 23(9):915-21.
228. Olza Fernández I, Palanca Maresca I, González-Villalobos Rincón I, Malalana Martínez AM, Contreras Sales A. La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. *Cuadernos de Psicopatología y Psiquiatría de Enlace*. 2014: 109.
229. Organización de Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. 2006.
230. Disponible en: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>
231. Organización de Naciones Unidas. Declaración de Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolución 46/119; 1991: 207. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/RESOLUTION/GEN/NR0/588/73/IMG/NR058873.pdf?OpenElement>
232. Organización Mundial de la Salud, OMS. 2022. CIE11, Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
233. Organización Mundial de la Salud. Atlas de la Salud Mental 2014. (2015). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1
234. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covid-timeline>
235. Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la Salud en el Mundo. OMS, 1-209.
236. Organización Mundial de la salud. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social.; 2012. Disponible en: http://www.who.int/topics/human_rights/Instrument_derechos_OMS_spa.pdf
237. Organización Mundial de la Salud. Multisite intervention study on suicidal behaviours SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS. Geneva WHO. 2002.
238. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción Integral para la Salud Mental 2013-2020. 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
239. Organización Mundial de la Salud. Prevención del Suicidio. Un instrumento para médicos generalistas. 2000b. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf
240. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra, 2000a. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
241. Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide. A global imperative. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1

242. OMS. Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado / informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne. Ginebra. 2004.
243. Organización Mundial de la Salud-Región Europea. Conferencia Ministerial para la Salud Mental de Helsinki. 2005. Disponible en: www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
244. Otto A; Jary D.; Sturza J; Miller,C ; Prohaska N.; Bravender,T;Van Huysse,J.Medical Admissions Among Adolescents With Eating Disorders During the COVID-19 Pandemic. Pediatrics 2021,148(4).
245. Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: Systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2015. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
246. Padilla Torres, D., Albaladejo Gutiérrez, E.F & Palanca Maresca, I. Psicoterapias intensivas prolongadas ambulatorias para niños y adolescentes con trastorno mental grave, (2021), Clínica Contemporánea. Vol. 15. 1-16.
247. Parellada M, Boada L, Moreno C, Llorente C, Romo J, Muela C, et al. Specialty Care Programme for autism spectrum disorders in an urban population: A case-management model for health care delivery in an ASD population. European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists. 2013;28(2):102-9.
248. Parés-Badell O, Barbaglia G, Jerinic P, Gustavsson A, Salvador-Carulla L, Alonso J. Cost of disorders of the brain in Spain. PLoS One. 2014; 9(8).
249. Parlamento Europeo. Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de julio de 2022, sobre la salud mental en el mundo laboral digital (2021/2098(INI)).
250. Parlamento Europeo. Comisión de Medio Ambiente, Salud Pública y Seguridad Alimentaria. Informe Sobre La Salud Mental 2008/2009. 2009. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A6-2009-0034+0+DOC+XML+V0//ES>
251. Pedreira JL, Basile H. El acoso moral entre pares (bullying). En: Saad E, Belfort E, Camarena E, Chamorro R, Martínez JC. Salud Mental Infanto-juvenil: Prioridad de la humanidad. Quito: Ediciones Científicas APAL-OPS (Sección V); 2010. p. 838-863.
252. Perlis Roy H. Exercising Heart and Head in Managing Coronavirus Disease 2019 in Wuhan. JAMA Netw Open. 2020; 3 (3):e204006. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.4006
253. Piek E, van der Meer K, Penninx BW, Verhaak PF, Nolen WA. Referral of patients with depression to mental health care by Dutch general practitioners: an observational study. BMC Fam Pract. diciembre de 2011; 12(1):41.
254. Pozo Rivera, E. y García Palomares JC. Evolución reciente y pautas de distribución espacial de las migraciones internas de extranjeros: el caso de la Comunidad de Madrid (1997-2008). Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. [En línea]. 2011, 15(384). Disponible en: www.ub.es/geocrit/sn/sn-384.htm
255. Prego R, Béjar A. La psiquiatría perinatal y la psiquiatría del bebé. En: Psiquiatría Perinatal y del Niño de 0-3 años. Asociación Española de Neuropsiquiatría AEN Digital Ed. Madrid; 2015: 15-22.

256. Psychiatrists RC of. Building and Sustaining Specialist CAMHS to Improve Outcomes for Children and Young People; 2013.
257. Reichow B, Steiner AM, Volkmar F. Cochrane review: social skills groups for people aged 6 to 21 with autism spectrum disorders (ASD). Evidence-based child health: a Cochrane review journal. 2013; 8(2):266-315.
258. Reid GJ, Irvine MJ, McCrindle BW, Sananes R, Ritvo PG, Siu SC, et al. Prevalence and correlates of successful transfer from pediatric to adult health care among a cohort of young adults with complex congenital heart defects. Pediatrics. 2004; 113: 197-205.
259. Reneses B, Garrido S, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M, Moreno J, López-Ibor JJ. Psychiatric morbidity and predisposing factors in a primary care population in Madrid. Int J Soc Psychiatry. 2015 May;61(3):275-86.
260. Rezende Borges, Livia Cristina Características clínicas y evolución de los pacientes dados de alta a la comunidad desde las Unidades de Cuidados Psiquiátricos Prolongados en el Servicio Madrileño de Salud: estudio observacional. TFG Master de salud pública. Escuela Nacional de Sanidad, 2021. Tutores: Dr. Ignacio Vera López Psiquiatra del Hospital General Universitario Gregorio Marañón y Dr. Julián Rodríguez Quirós Psiquiatra Coordinador Asistencial. ORCSMyA.
261. Rocamora Sarabia,P. Impacto de la COVID-19 en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. 2021 Universidad Miguel Hernández.
262. Rodriguez A, Bravo Ortiz M. El quehacer en rehabilitación psicosocial: Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave: Marco general y conceptualización. En: Gisbert C. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: AEN Estudios N° 28; 2003. 28: 15-53.
263. Rodriguez C, Des Rivierères-Pigeon. A literatura review on integrated perinatal care. Int. J. Integrated care.2007; 7: 1-15. Disponible en: <http://www.ijic.org/articles/10.5334/ijic.202/>.
264. Rosen DS. Transition from Pediatric to Adult-Oriented Health Care for the Adolescent with Chronic Illness or Disability. Adolescent medicine. 1994; 5(2):241-8.
265. Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51(12). <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
266. Roy-Byrne P, MD, reviewing Lai J et al. Mental Health Effects of COVID-19 on Healthcare Workers in China. JAMA Netw Open 2020 Mar 23.
267. Ruíz Sancho, A.M & Mayoral, M. (2014). Ruíz Sancho, A.M & Mayoral, M. (2014). Piensa: Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis.
268. Rubio G et al. Integración de los grupos de autoayuda para familiares en un programa público de tratamiento del alcoholismo. Revista Adicciones. 2013; 25 (1): 37-44.
269. Rutter M, Stevenson J. Using Epidemiology to Plan Services: A Conceptual Approach. En Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E and Thapar A. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Fifth Edition. Blackwell Publishing Ltd. Oxford, UK. 2008: 71-80.
270. Sah P, Lee SK, Mori R, Reichman B, Hakanson S, Feliciano LS, et al. The International Network for Evaluating of very low birth weight, very preterm neonates (iNeo): a protocol for collaborative comparisons of international health services for quality improve-

- ment in neonatal care. BMC Pediatrics.2014; 14:110. Disponible en: <http://biomedcentral.com/1471/14/110>
271. Samatán EM, Ruíz, PM. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: estudio transversal. REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL; 2021, 38,1. 40-52
 272. Sanchez-Valle E, Posada M, Villaverde-Hueso A, Tourino E, Ferrari-Arroyo MJ, Boada L, et al. Estimating the burden of disease for autism spectrum disorders in Spain in 2003. Journal of autism and developmental disorders. 2008; 38(2):288-96.
 273. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet. noviembre de 2021; 398(10312):1700-12.
 274. Sawyer SM, Blair S, Bowes G. Chronic illness in adolescents: transfer or transition to adult services? J Paediatr Child Health. 1997, 33 (2): 88-90.
 275. Scal P, Ireland M. Addressing transition to adult health care for adolescents with special health care needs. Pediatrics. 2005; 115(6):1607-12.
 276. Schinnar AP, Rothbard AB, Kanter R, et al. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. Am J Psychiatry 1990; 147: 1602-8.
 277. Sendra-Gutiérrez J M, Esteban-Vasallo M, Domínguez-Berjón M F. Características de la conducta suicida y factores asociados a su mortalidad en el ámbito hospitalario. Revista de psiquiatría y salud mental (Barcelona). 2016.
 278. Serrano- Blanco A, Palao D, Haro JM. Estudio de la prevalencia de la depresión mayor y otros trastornos mentales en atención primaria en Cataluña. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006.
 279. Servicio Madrileño de Salud. Guía de Recursos de Atención a la Salud Mental 2016 Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DGUIA_RECURSOS.Act+septiembre+2017+.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352937527601&ssbinary=true
 280. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010;45 (2):201-10.
 281. Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2011, 50(6), 563-5. <http://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
 282. Sharp, C. & T. Handbook of Borderline Personality Disorders in Children and Adolescents. In C. & T. Sharp (Ed.), 2015, New York: Springer.
 283. Sharp, C., & Tackett, J. L. (2014). Introduction: An idea whose time has come. Handbook of Sociaux l'Institut national d'excellence en santé et en services. Intensive Out-patient Services for Youths with Psychoactive Substance Use Disorders English Summary; 2019.

284. Sharp, C., Tackett, J.L. (2014). Introduction: An Idea Whose Time Has Come. In: Sharp, C., Tackett, J. (eds) *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*. Springer, New York, NY. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1>
285. Shek E, Stein AT, Shansis FM, Marshall M, Crowther R, Tyrer P. Day hospital versus outpatient care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4).
286. Shepperd S, Doll H, Gowers S, James A, Fazel M, Fitzpatrick R, Pollock J. Alternatives to inpatient mental health care for children and young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;(2).
287. Silva M, Resurrección DM, Antunes A, Frasilho D, Cardoso G. Impact of economic crises on mental health care: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018 Nov 13;29:e7.
288. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(8):921-9.
289. Singh SP, Chavan B.S., Arun P, Lobraj Sidana A. Geriatric Out-Patients with Psychiatric Illnesses in a Teaching hospital setting - A Retrospective Study. *Indian J Psychiatry*. 2004; 46(2):140-143.
290. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T, McLaren S et al. Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study. *Br J Psychiatry*. 2010; 197(4):305-312.
291. Singh SP, Paul M, Ford T, Kramer T, Weaver T. Transitions of care from Child and Adolescent Mental Health Services to Adult Mental Health Services (TRACK Study): a study of protocols in Greater London. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8:135.
292. Singh SP. Transition of care from child to adult mental health services: the great divide. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22:386-390.
293. Sjolie H, Karlsson B & Kim HS. Crisis resolution and home treatment: structure, process, and outcome – a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2010, 17, 881-892.
294. Soeteman DI, Verheul R, Busschbach JJV. The burden of disease in personality disorders: Diagnosis-specific quality of life. *J Personal Dis* 2008; 22(3):259-268.
295. Spettigue, W., Obeid, N., Erbach, M., Feder, S., Finner, N., Harrison, M.E., .. y Norris, M.L. (2021). The impact of COVID-19 on adolescents with eating disorders: a cohort study. *Journal of Eating Disorders*, 9 (1), 1-8.
296. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 2014; 43(2): 476-493. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3997379/>
297. Stoffers-Winterling JM, Storebo OJ, Kongerslev MT, Faltinsen E, Todorovac A, Jorgensen MS, Sales CP, Callesen HE, Pereira Ribeiro J, Vollm BA, Lieb K y Simonsen E. Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 2022; Jan 28;1-15.
298. Stroul B. Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1989; 12(3): 10-26.



299. Sullivan K, Stone WL, Dawson G. Potential neural mechanisms underlying the effectiveness of early intervention for children with autism spectrum disorder. *Research in developmental disabilities*. 2014; 35(11):2921-32.
300. Swendsen J, Le Moal M. Individual vulnerability to addiction. *Ann.N.Y. Acad.Sci*. 2011; 1216: 73-85.
301. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, Basurte I, Vega P, Baca-García E. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse*. 2012 Mar; 47(4):383-9.
302. Talbott JA. Editor. *The chronic mental patient: Five years later* N.Y. Grunne and Stratton; 1984.
303. Taquet M, Geddes JR, Luciano S, Harrison PJ. Incidence and outcomes of eating disorders during the COVID-19 pandemic. *The British Journal of Psychiatry* 2021.
304. Treasure Janet .*Los Trastornos de la Alimentación. Guía Práctica: Cómo cuidar de un ser querido*. 2012.
305. Viner R. Transition from pediatric to adult care. *Arch Dis Child* 1999; 81: 271-275.
306. Vivanti G, Dissanayake C, Victorian AT. Outcome for Children Receiving the Early Start Denver Model Before and After 48 Months. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016;46(7):2441-9.
307. Vivanti G, Paynter J, Duncan E, Fothergill H, Dissanayake C, Rogers SJ, et al. Effectiveness and feasibility of the early start denver model implemented in a group-based community childcare setting. *Journal of autism and developmental disorders*. 2014;44(12): 3140-53.
308. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014;53(2):237-57.
309. Vijverberg R, Ferdinand R, Beekman A, van Meijel B. Factors associated with treatment intensification in child and adolescent psychiatry: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):291. [doi: 10.1186/s12888-018-1874-9](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1874-9)
310. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. *Psychological medicine*. 2013;43(12):2477-500. <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>
311. Weatherston D. The infant mental health specialist. *Zero to Three*; 2000 Oct/Nov: 3-9.
312. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005 ;15(4):357-76.
313. WHO, 2013.Regional Office for Europe. WHO. *The European Mental Health Action Plan 2013-2020*.
314. WHO. *World mental health report: transforming mental health for all. Executive summary*. Geneva: World Health Organization; 2022.
315. WHO. *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva: World Health Organization; 2021.

316. WHO European Framework for Action on Mental Health (EFAMH), 2021–2025. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344609/WHO-EURO-2021-3147-42905-59865-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=The%20WHO%20European%20Framework%20for,mental%20health%20and%20well%2Dbeing>
317. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf;jsessionid=0E635E2D1886F11F9FCA0A5924ABB2B1?sequence=1
318. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht . Geneva. 2004.
319. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: A Framework, Ginebra. 2012. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
320. World Health Organization, 2003. World Health Survey. Health statistics and information systems. [Web]. Disponible en: <https://www.who.int/healthinfo/survey/en/>
321. Wu, J., Liu, J., Li, S., Ma, H., y Wang, Y. (2020). Trends in the prevalence and disability-adjusted life years of eating disorders from 1990 to 2017: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.
322. World Health Organization. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva; 2022. <https://reliefweb.int/report/world/world-mental-health-report-transforming-mental-health-all>

GLOSARIO

- AEN.** Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- AGC.** Área de Gestión Clínica.
- AMI-TEA.** Atención Médica Integral a personas con Trastornos del Espectro del Autismo.
- AP.** Atención Primaria.
- ARSUIC.** Programa de atención al riesgo suicida de Madrid.
- AVAD.** Años de Vida Ajustados por Discapacidad.
- BDCAP.** Base de Datos Clínica de Atención Primaria.
- CAD.** Centro de Atención al drogodependiente.
- CAF.** Comisión de Apoyo Familiar.
- CAID.** Centro de Atención Integral al Drogodependiente.
- CAT.** Centros de tratamiento de Adicciones.
- CEP.** Centro de Especialidades Periféricas.
- CET.** Centros Educativos Terapéuticos.
- CIAP.** Clasificación Internacional de Atención Primaria.
- CIS.** Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CM.** Comunidad de Madrid.
- CMBD.** Conjunto Mínimo Básico de Datos.
- CRL.** Centro de rehabilitación laboral.
- CRPS.** Centro de Rehabilitación Psicosocial.
- CS.** Centro de Salud de Atención Primaria.
- CSM.** Centro de Salud Mental.
- DAAP.** Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
- DDD.** Dosis Diana Definida.
- DGSISD.** Dirección General de Sistemas de Información y Salud Digital.
- DHD.** Dosis por 1000 habitantes.
- EASC.** Equipos de Apoyo Social Comunitario.
- EASC.** Equipo de Atención Social Comunitaria.
- ECASAM.** Equipo de calle de Salud Mental.
- EESE.** Encuesta Europea de Salud en España.
- EIR.** Enfermera Interna Residente.



- ENSE.** Encuesta Nacional de Salud de España.
- ESMAD.** Equipo de Salud Mental de Ayuda Domiciliaria.
- GPC.** Guía de Práctica Clínica.
- HCE.** Historia Clínica Electrónica.
- HD.** Hospital de Día.
- HGUGM.** Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
- HHSC.** Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón.
- HNJ.** Hospital Niño Jesús.
- HU.** Hospital Universitario.
- INE.** Instituto Nacional de Estadística.
- LGS.** Ley General de Sanidad.
- MIR.** Médico Interno Residente.
- MPSI.** Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- MSSSI.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- OCDE.** Organización para la Cooperación y el Desarrollo en Europa.
- OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- ORCSMA.** Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
- PAIPSE.** Plan de atención integral al profesional sanitario enfermo.
- PCC.** Programa de continuidad de cuidados.
- PCC-IA.** Programa de continuidad de cuidados en la infancia y adolescencia (es equiparable al PCC-IJ: PCC Infanto-juvenil).
- PIB.** Producto Interior Bruto.
- PIR.** Psicólogo Interno Residente.
- PND.** Plan Nacional sobre Drogas.
- PTCI.** Programa Tratamiento Comunitario Intensivo.
- RS.** Rondas de Seguridad.
- SCAE.** Sistema de citación de Atención Especializada.
- SESM-DI.** Servicio de salud Mental para personas con Discapacidad Intelectual.
- SIAE.** Sistema de Información de Atención Especializada.
- SICYT.** Sistema de Información de Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas.
- SM.** Salud Mental.
- SPCD.** Síntomas Psicológicos y Conductuales.
- SSM.** Servicio de salud Mental.
- TAC.** Tratamiento Asertivo Comunitario.
- TCA.** Trastorno de la conducta alimentaria.



- TCI.** Tratamiento Comunitario Intensivo.
- TEA.** Trastorno del espectro autista.
- TEC.** Terapia Electroconvulsiva.
- TIC.** Tecnologías de la Información y Comunicación.
- TMG.** Trastorno mental grave.
- TPG.** Trastorno de la personalidad grave.
- TPG.** Trastorno de Personalidad Grave.
- UCPP.** Unidades hospitalarias de Cuidados Prolongados.
- UHB.** Unidad de Hospitalización breve.
- UHTR.** Unidad hospitalaria de tratamiento y rehabilitación.
- UME.** Unidad de Media Estancia.
- URRC.** Unidad de Rehabilitación y Retorno a la Comunidad.
- UVOPSE.** Unidad de valoración y orientación del profesional sanitario enfermo.
- VG.** Violencia de Género.
- VHC.** Virus de la Hepatitis C.
- VIH.** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- VPE.** Valoración Previa por el Especialista.



Dirección General del Proceso
Integrado de Salud
CONSEJERÍA DE SANIDAD